

**Kontrollüberzeugungen und kognitive Leistungsfähigkeit
bei alkoholabhängigen Patienten**

–

**Veränderungen während stationärer Therapie und ein
Jahr danach**

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

des

Fachbereichs I – Psychologie

der

Universität Trier

vorgelegt von

Christina Anna Zingg

März 2010

Referent: Prof. Dr. phil. Günter Krampen

Korreferentin: Dr. rer. nat. Petra Hank

Dissertationsort: Trier

Tag der mündlichen Prüfung: 14. Juli 2010

Für meine Eltern

Danksagung

Mein grösster und herzlichster Dank gebührt Herrn Professor Günter Krampen, Ordinarius für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Wissenschaftsforschung an der Universität Trier. Seine fachliche und menschliche Unterstützung in jeder Phase der Arbeit waren mir eine grosse Hilfe. Frau Dr. Petra Hank, Akademische Oberrätin an der Universität Trier, danke ich bestens für ihr Engagement als Zweitgutachterin.

Ein sehr grosses Danke geht auch an Herrn Professor Michael Soyka, Ärztlicher Direktor der Privatklinik Meiringen, der es mir grosszügigerweise ermöglichte, die Datenerhebung im Rahmen einer Anstellung an seiner Klinik durchzuführen. Von seinem Fachwissen und seiner wohlwollenden Förderung konnte ich sehr viel profitieren. Er bot mir auch Gelegenheit, meine Arbeit auf nationalen und internationalen Fachtagungen zu präsentieren.

Dem Schweizerischen Verband der Akademikerinnen danke ich bestens für den finanziellen Beitrag an das Untersuchungsmaterial.

Den Patienten möchte ich für ihre Geduld und ihren Mut zur Teilnahme an der Studie ebenso grossen Dank aussprechen wie allen Mitarbeitern der Privatklinik Meiringen, die mich in irgendeiner Form bei der Durchführung unterstützt haben.

Schliesslich danke ich meinem Ehemann sowie allen mir nahe stehenden Personen von Herzen für die liebevolle Begleitung und die tatkräftige Hilfe während der vergangenen vier Jahre.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Danksagung | 4 |
| Zusammenfassung | 8 |
| 1 Einleitung | 10 |
| 2 Forschungsstand I: Kontrollüberzeugungen..... | 14 |
| 2.1 Definition und theoretische Einordnung | 14 |
| 2.1.1 Begriffsabgrenzung | 14 |
| 2.1.2 Historische Einbettung | 16 |
| 2.2 Die soziale Lerntheorie der Persönlichkeit von Rotter | 18 |
| 2.3 Das handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit von Krampen ... | 22 |
| 2.4 Das Modell der gelernten Hilflosigkeit von Seligman..... | 24 |
| 2.5 Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit von Bandura | 26 |
| 2.6 Empirische Untersuchungen bei Alkoholabhängigkeit..... | 28 |
| 2.6.1 Die Bedeutung der Kontrollüberzeugungen..... | 29 |
| 2.6.2 Die Bedeutung der Selbstwirksamkeit | 32 |
| 3 Forschungsstand II: Störungen durch Alkohol..... | 35 |
| 3.1 Wirkungsweise von Alkohol..... | 35 |
| 3.1.1 Pharmakokinetik des Alkohols..... | 36 |
| 3.1.2 Pharmakologisch-toxische Wirkung von Alkohol | 36 |
| 3.2 Epidemiologie | 37 |
| 3.3 Diagnostik der Alkoholabhängigkeit | 38 |
| 3.4 Erklärungsmodelle für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit | 41 |
| 3.4.1 Neurobiologische Faktoren | 41 |
| 3.4.2 Psychosoziale Faktoren | 44 |
| 3.4.3 Persönlichkeitstheorien | 46 |
| 3.4.4 Verhaltens- und kognitive Theorien..... | 48 |
| 3.5 Komorbidität bei Störungen durch Alkohol..... | 49 |
| 3.5.1 Definition | 49 |
| 3.5.2 Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität | 49 |
| 3.5.3 Ätiologiemodelle zur Komorbidität | 52 |
| 3.6 Rückfallgeschehen | 54 |
| 3.6.1 Häufigkeit von Rückfällen | 54 |
| 3.6.2 Erklärungsmodelle für die Entstehung von Rückfällen | 56 |
| 3.6.3 Prädiktoren für den Behandlungserfolg | 59 |
| 3.7 Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung bei Alkoholabhängigkeit 61 | |
| 3.8 Kognitive Veränderungen bei Substanzmissbrauch und –abhängigkeit | 62 |
| 3.8.1 Alkohol..... | 62 |
| 3.8.2 Opioide, Kokain, Cannabis und Polysubstanzgebrauch..... | 68 |
| 3.9 Die Einschätzung eigener Fähigkeiten | 71 |
| 3.9.1 Selbsteinschätzung und Substanzabhängigkeit | 71 |
| 3.9.2 Die Operationalisierung der Selbsteinschätzung – Empirische Studien | 72 |
| 4 Fragestellungen und Hypothesen | 75 |
| 5 Methode..... | 78 |

| | | |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.1 | Stichprobe und Durchführung | 78 |
| 5.2 | Material | 84 |
| 5.2.1 | Interviews | 84 |
| 5.2.2 | Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS-G)..... | 85 |
| 5.2.3 | Brief Symptom Inventory (BSI)..... | 86 |
| 5.2.4 | Fragebogen zur Erfassung der Behandlungsmotivation (EFB)..... | 86 |
| 5.2.5 | Fragebogen zu Kontrollorientierungen bei Alkoholikern (IPC-A) | 87 |
| 5.2.6 | Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)..... | 89 |
| 5.2.7 | Mehrfachwahl-Wortschatz-Test (MWT-B) | 90 |
| 5.2.8 | Mosaik-Test..... | 91 |
| 5.3 | Modifizierter Wisconsin Card Sorting-Test (MCST) | 91 |
| 5.4 | Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP)..... | 92 |
| 5.5 | Ratingskala für die Selbsteinschätzung der Leistung..... | 94 |
| 6 | Ergebnisse | 95 |
| 6.1 | Reliabilitäts- und Korrelationsanalysen | 98 |
| 6.1.1 | Normwerte in den Fragebogen- und Leistungstestverfahren | 101 |
| 6.2 | Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen bei der gesamten Stichprobe | 103 |
| 6.3 | Unterschiede zwischen rückfälligen und abstinenten Patienten | 105 |
| 6.3.1 | Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen während der Behandlung ... | 113 |
| 6.3.2 | Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen von Behandlungsbeginn bis zur Katamnese | 117 |
| 6.3.3 | Symptombelastung und Kontrollüberzeugungen | 121 |
| 6.3.4 | Prädiktoren für die Abstinenz bis zur Ein-Jahres-Katamnese..... | 122 |
| 6.4 | Behandlungsmotivation und Kontrollüberzeugungen..... | 123 |
| 6.5 | Suchtverlangen und Kontrollüberzeugungen | 125 |
| 6.6 | Komorbide Depression und Kontrollüberzeugungen..... | 126 |
| 6.7 | Veränderungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit während der Behandlung 127 | |
| 6.8 | Kontrollüberzeugungen und kognitive Leistungsfähigkeit | 129 |
| 6.9 | Selbsteinschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit | 133 |
| 7 | Diskussion | 138 |
| 7.1 | Patientencharakteristika | 138 |
| 7.2 | Veränderungen in den Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen..... | 139 |
| 7.3 | Unterschiede zwischen rückfälligen und abstinenten Patienten | 141 |
| 7.4 | Prädiktoren für die Abstinenz | 146 |
| 7.5 | Der Einfluss von Behandlungsmotivation und Suchtverlangen..... | 148 |
| 7.6 | Kognitive Leistungsfähigkeit und Kontrollüberzeugungen | 151 |
| 7.7 | Die Rolle der Selbsteinschätzung..... | 153 |
| 7.8 | Kritik | 154 |
| 7.9 | Fazit und Ausblick | 156 |
| 8 | Literaturverzeichnis..... | 159 |
| 9 | Tabellenverzeichnis..... | 186 |
| 10 | Abbildungsverzeichnis | 188 |
| 11 | Anhang A | 189 |
| 12 | Anhang B..... | 192 |

| | | |
|----|----------------|-----|
| 13 | Anhang C..... | 203 |
| 14 | Anhang D | 209 |
| 15 | Anhang E..... | 220 |
| 16 | Anhang F..... | 221 |
| 17 | Anhang G | 222 |

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund der vorliegenden Arbeit bildet das Persönlichkeitskonstrukt der Kontrollüberzeugungen (*locus of control*). Es wurde im Rahmen der sozialen Lerntheorie von Rotter (1954, 1966) entwickelt und beinhaltet generalisierte Handlungs-Ergebnis-Erwartungen. Die zunächst eindimensionale Erfassung der internalen versus externalen Kontrollüberzeugungen erfuhr – nicht zuletzt aufgrund widersprüchlicher empirischer Befunde – durch Levenson (1972) eine Differenzierung in eine sozial bedingte und eine fatalistische Externalität. In Bezug auf die Vorhersage des Behandlungserfolgs bei Alkoholabhängigkeit hat sich in bisherigen Studien die mehrdimensionale, bereichsspezifische Erfassung der Kontrollüberzeugungen sowie der Selbstwirksamkeit etabliert. In den zahlreichen Untersuchungen, die sich allerdings in ihrer Methodik stark voneinander unterscheiden, stellte sich eine höhere Internalität als prädiktiv für eine günstige, eine erhöhte fatalistische Externalität hingegen als prädiktiv für eine ungünstige Prognose heraus. Dabei wird von einem umgekehrt u-förmigen Verlauf eines günstigen Kontrollüberzeugungsstils ausgegangen, wonach sowohl eine zu hohe als auch eine zu niedrige Internalität zu einer inadäquaten Wahrnehmung der eigenen Kontrollmöglichkeiten führen.

In dieser Arbeit interessieren nun die Veränderungen in den generalisierten und bereichsspezifischen Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen bei stationär behandelten alkoholabhängigen Patienten. Unter Berücksichtigung weiterer Variablen wie Therapiemotivation, psychopathologische Symptombelastung, Suchtverlangen und komorbide depressive Erkrankung sollen Prädiktoren für die Rückfälligkeit während der Behandlung sowie bis zu einem Jahr danach identifiziert werden. Im Weiteren werden bedeutsame Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und kognitiven Leistungseintrüchtigungen vermutet. Externale Kontrollüberzeugungen werden dabei mit Leistungsdefiziten in Verbindung gebracht. Zur Untersuchung der Frage, ob eine hohe Internalität mit einer generellen Überschätzung der eigenen Fähigkeiten und damit einem ungünstigeren Behandlungsergebnis einhergeht, soll die Selbsteinschätzung in fünf neuropsychologischen Testverfahren herangezogen werden.

Es wurden 102 männliche und weibliche alkoholabhängige Patienten in die Studie eingeschlossen. 81 davon konnten sowohl am Anfang als auch am Ende einer durchschnittlich zehnwöchigen stationären Behandlung untersucht werden. 51 Patienten wurden zusätzlich

nach einem Jahr schriftlich befragt. Der Behandlungserfolg wurde anhand der Totalabstinenz definiert. Als Rückfall wurde die Aufnahme jeglichen Alkoholkonsums nach Beginn der Behandlung gewertet.

Während der Behandlung konnten bei der gesamten Stichprobe, insbesondere bei Patienten mit einem ungünstigeren Kontrollüberzeugungsstil, Veränderungen in die gewünschte Richtung beobachtet werden: Das Selbstkonzept und die Internalität nahmen zu, während sich die sozial bedingte und fatalistische Externalität verringerten. Als einziger signifikanter Prädiktor für die Ein-Jahres-Abstinenz stellte sich das bereichsspezifische, prospektiv ausgerichtete Selbstkonzept zu Beginn der Behandlung heraus. Die bei Behandlungsende erhobenen Variablen besaßen keinen Vorhersagewert. Insofern kann angenommen werden, dass die Veränderungen während der Behandlung in nicht unerheblichem Masse durch kurzzeitige Hospitalisations- und soziale Erwünschtheitseffekte beeinflusst worden sind.

Patienten, die bereits während der Behandlung rückfällig wurden, zeichneten sich im Vergleich zu abstinenten Patienten bereits zu Beginn durch ein niedrigeres Selbstkonzept, eine niedrigere Internalität sowie eine erhöhte fatalistische Externalität aus. Sie waren psychisch belasteter, hatten ein grösseres Suchtverlangen und wiesen häufiger eine komorbide depressive Störung auf. Bezüglich der bereichsspezifischen, nicht jedoch der generalisierten Kontrollüberzeugungen unterschieden sie sich am Ende der Behandlung noch deutlicher von abstinenten Patienten. Die Differenzen blieben bis zur Ein-Jahres-Katamnese bestehen. Insgesamt stellten für die Rückfälligkeit während der Behandlung ein ungünstigerer Kontrollüberzeugungsstil, eine depressive Erkrankung, ein hohes Suchtverlangen und kognitive Leistungseinbussen Risikofaktoren dar, die sich wechselseitig beeinflussten.

Patienten mit sehr hoher Internalität zeichneten sich durch eine generelle Überschätzung ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit aus. Übereinstimmend damit schützte eine sehr hohe Internalität nicht vor Rückfälligkeit. Eine niedrige Internalität ging hingegen mit einer Unterschätzung der Leistungsfähigkeit in zwei von fünf Tests einher.

Die Ergebnisse entsprechen grösstenteils den Erwartungen. Sie werden abschliessend unter Berücksichtigung der methodischen Stärken und Schwächen der vorliegenden empirischen Untersuchung erörtert, in den aktuellen Kenntnisstand eingeordnet und im Hinblick auf zukünftige Forschungsperspektiven diskutiert.

1 Einleitung

Ausstiegsversuche aus dem Teufelskreis einer Alkoholabhängigkeit sind oft durch ein jahrelanges Wechselspiel von Abstinenzperioden und Rückfällen gekennzeichnet. Unter welchen Umständen ist ein Durchbrechen dieser Dynamik möglich? Welche Faktoren begünstigen den Behandlungserfolg? Die vorliegende Arbeit will einen Beitrag zu diesen Grundfragen in der Therapie der Alkoholabhängigkeit leisten.

Die Versuche, das Phänomen der Alkoholabhängigkeit wissenschaftlich zu durchdringen und Ansätze für Therapien zu entwickeln, reichen weit zurück. So beschrieb im Jahr 1772 etwa einer der Gründungsväter der Vereinigten Staaten von Amerika, der Arzt Benjamin Rush, erstmals die Zwanghaftigkeit des exzessiven Trinkens. Er vertrat die Auffassung, Trunksucht sei eine „Krankheit des Willens“, eine Art „Willensdefekt“. Unfähigkeit zur Enthaltensamkeit und Kontrollverlust seien in der Persönlichkeit des Trinkers begründet, der moralisch versagt habe. Zeitgenossen Rushs hatten andere Vorstellungen. Einige glaubten, die Ursache der Sucht liege in der Substanz selbst. Der schottische Arzt Thomas Trotter etwa schrieb 1780, die Begierde nach häufiger Trunkenheit werde durch die chemische Zusammensetzung des Alkohols hervorgerufen. Er wies zugleich darauf hin, dass die Krankheit auch stark von gesellschaftlichen Umständen abhängig sei. Vieltrinkerei hielt er für ein psychisches Leiden und Trunksucht für eine Zivilisationskrankheit, die nur durch geistige Disziplin zu heilen sei.

Manche der hier angesprochenen Fragen haben bis heute nichts an Aktualität eingebüsst. Dazu gehört etwa die Frage, wie weit die Überwindung von Alkoholsucht „Willenssache“ sei. Andere Fragen dagegen können als geklärt gelten. So ist heute unbestritten, dass Alkoholabhängigkeit eine Krankheit ist – und nicht ein Charaktermangel, wie Rush meinte. In Deutschland ist dies seit einem Urteil des Bundessozialgerichtes vom 18. Juni 1968 offiziell anerkannt. Die Justiz geht seither davon aus, dass krankhafter Zwang der Sucht zugrunde liegt, ausgelöst durch dauerhafte Veränderungen des Gehirns infolge des Substanzkonsums. Aktuelle neurobiologische Befunde zu Veränderungen in den Hirnstrukturen und in fast allen Neurotransmittersystemen als direkte Folge von Alkoholkonsum belegen diese Annahme. Man geht heute auch davon aus, dass die Entstehung von Alkoholabhängigkeit zu ca. 50% auf genetische Faktoren zurückgeführt werden kann (McGue, 1999). Die Rückfallraten sind – mit diesem Befund korrespondierend – entsprechend hoch: Sie reichen von ca. 50% im ersten

Jahr nach erfolgter Entwöhnungsbehandlung bis zu 80% nach fünf Jahren (Körkel & Schindler, 2003).

Die Lebenszeitprävalenz beträgt für Alkoholabhängigkeit ca. 4.8% und für Alkoholmissbrauch ca 11.4% (Bühringer et al., 2000). Damit gehören Störungen durch Alkohol zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Die volkswirtschaftlichen Kosten sind hoch: In der Schweiz verursacht allein der missbräuchliche Konsum von Alkohol Kosten von rund 6.5 Milliarden Franken pro Jahr (Jeanrenaud, 2003). Nur ein kleiner Teil aller Alkoholabhängigen wird einer professionellen Behandlung zugewiesen. Deutlich erschwert wird diese – nebst somatischer Folgeschäden – durch die häufig auftretenden komorbiden psychiatrischen Erkrankungen: Etwa 80% aller Alkoholabhängigen berichteten im US-National Comorbidity Survey über mindestens eine weitere psychische oder substanzbedingte Störung (Kessler et al., 1994). Diese Zahlen verdeutlichen, weshalb das Forschungsinteresse an der Suche nach geeigneten Prädiktoren für Therapie und Prognose von Abhängigkeitserkrankungen hoch ist.

Auch mehr als 200 Jahre nach Rush werden von professionellen Behandlern oft mangelnde Krankheitseinsicht und gar Verleugnung der Abhängigkeit, fehlende Veränderungsbereitschaft und Therapiemotivation, kurzum der fehlende Wille, für Behandlungsmisserfolge verantwortlich gemacht. Die jahrzehntelangen Bemühungen zur Beschreibung einer Suchtpersönlichkeit als Erklärung für die oftmals chronischen Krankheitsverläufe können jedoch als gescheitert betrachtet werden. Vielversprechender sind Ansätze, welche das Verhalten aufgrund erwartungs-wert-theoretischer Überlegungen vorherzusagen versuchen. Die zentrale Annahme dieser Ansätze besteht darin, dass menschliches Handeln durch (1) subjektive Bewertungen von Handlungsergebnissen bzw. Handlungsfolgen und (2) subjektive Erwartungen darüber, dass einer bestimmten (intendierten) Handlung ein Ereignis folgt oder nicht folgt, beschrieben, erklärt und vorhergesagt werden kann (Krampen, 2000). Handlungssteuernde Variablen sind demnach Valenzen (Bewertungen) und subjektive Erwartungen. Die Erwartungen werden einerseits aufgrund früherer Erfahrungen mit ähnlichen Situationen gebildet, andererseits werden sie durch handlungstheoretische Persönlichkeitskonstrukte beeinflusst, die ihrerseits Generalisierungen früherer Lernerfahrungen darstellen.

Das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen nimmt in diesem Zusammenhang eine herausragende Stellung ein. In seinen Grundzügen wurde es Mitte des letzten Jahrhunderts von Rotter im Rahmen seiner sozialen Lerntheorie zur Vorhersage von Verhalten entwickelt (Rotter, 1954, 1966). Seither wurde es in einer schwer überblickbaren Anzahl von Untersuchungen als

plausibles Modell für die Erklärung von Erkrankungen und Genesungsprozessen bestätigt. In der psychologischen Fachdatenbank PSYINDEX sind seit 1977 insgesamt 1'656 im deutschen Sprachraum publizierte Studien verzeichnet, die den Begriff der Kontrollüberzeugungen tangieren. Unter dem Stichwort „internal external locus of control“ finden sich in der von der National Institutes of Health zur Verfügung gestellten US-amerikanischen Fachdatenbank PubMed seit 1965 über 13'000 publizierte Studien.

Die von Rotter (1966) zunächst vorgenommene eindimensionale Einteilung des Konstrukts in internale und externale Kontrollüberzeugungen erfuhr durch die Arbeiten Levensons (1972) eine Erweiterung durch die explizite Zweiteilung in eine sozial bedingte und fatalistische Externalität. Die Annahme einer Mehrdimensionalität des Konstrukts hat sich empirisch bewährt. Inwiefern Menschen die Kontrolle über wichtige Ereignisse in ihrem Leben in der eigenen Person, in (mächtigen) Dritten oder aber im Schicksal lokalisieren, spielt offensichtlich für die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen eine zentrale Rolle. Externale – insbesondere fatalistische – Kontrollüberzeugungen stellen nach heutigem Forschungsstand ungünstige, internale eher günstige Voraussetzungen für den Genesungsprozess dar. Dabei wird von einem umgekehrt u-förmigen Verlauf zwischen positiven Behandlungsergebnissen und internalen Kontrollüberzeugungen ausgegangen: Eine unterdurchschnittliche Internalität führt zu einer Illusion der Inkompetenz, eine überdurchschnittliche Internalität hingegen zu Kontrollillusion (Krampen, 1985). Beide Extremausprägungen haben eine unrealistische Einschätzung der eigenen Handlungsalternativen zur Folge. Im Falle von Abhängigkeitserkrankungen betrifft dies die Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten von Risikosituationen, die zum Konsum führen können. In verschiedenen Studien hat sich die Zuversicht, Rückfallrisiken bewältigen und ein Leben ohne Alkohol führen zu können, als starker Prädiktor für die Aufrechterhaltung von Abstinenz herausgestellt (z. B. Moos & Moos, 2006).

Die vorliegende Arbeit hat sich zum Ziel gesetzt, Veränderungen in generalisierten und bereichsspezifischen Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen bei alkoholabhängigen Patienten im Verlauf einer stationären Behandlung und ein Jahr danach zu untersuchen. Aus den erhobenen Daten sollen Prädiktoren für die Aufrechterhaltung von Abstinenz identifiziert und Hinweise für Therapieoptimierungen gewonnen werden. Dabei wird – vor dem Hintergrund des Ausgeführten – folgende Möglichkeit stets mitgedacht: Die von psychotherapeutischen Interventionen im Allgemeinen angestrebte Erhöhung der Internalität könnte auch kontrapro-

duktiv sein, wenn die Steigerung der erlebten Kontrollfähigkeit verstärkte Schuld- und Insuffizienzgefühle oder aber eine Überschätzung der eigenen Kontrollmöglichkeiten im Sinne eines Allmachtsgefühls zur Folge hat.

Zudem sollen mögliche Zusammenhänge zwischen Kontrollüberzeugungen und kognitiver Leistungsfähigkeit analysiert werden. Es wird vermutet, dass kognitive Defizite zu einer unrealistischen Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten führen, was sich sowohl in einer unrealistischen Einschätzung der eigenen Leistung in neuropsychologischen Testverfahren als auch in ungünstigeren Ausprägungen der Kontrollüberzeugungen widerspiegeln könnte.

Die Arbeit gliedert sich wie folgt: Das sich der Einleitung (1) anschliessende Kapitel (2) bietet eine Einführung in das differentialpsychologische Konstrukt der Kontrollüberzeugungen. Auf die begriffliche Abgrenzung von verwandten Konzepten folgen ein Abriss seiner historischen Entwicklung, eine Darstellung relevanter theoretischer Ansätze und eine Übersicht über den aktuellen Stand der Forschung. Die klinische Relevanz im Hinblick auf Alkoholabhängigkeit findet dabei besondere Berücksichtigung. Im folgenden Kapitel (3) wird das komplexe Bedingungsgefüge alkoholbedingter Störungen dargestellt. Schwerpunkte bilden die Erklärungsmodelle für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Alkoholabhängigkeit, die Komorbidität und deren Ätiologie sowie die heutige Befundlage hinsichtlich des Rückfallgeschehens und der Prädiktoren für den Behandlungserfolg. Anschliessend werden Beeinträchtigungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit aufgrund chronischen Alkoholkonsums und weiterer substanzbedingter Störungen erörtert. Die Darstellung bisheriger Untersuchungen und Versuche zur Operationalisierung der Einschätzung eigener Fähigkeiten bildet den Abschluss des theoretischen Teils. Es folgen im nächsten Kapitel (4) die Fragestellungen und einzelnen Hypothesen der empirischen Untersuchung. Das daran anschliessende Kapitel (5) befasst sich mit der Beschreibung der Durchführung, Stichprobenszusammensetzung sowie der verwendeten psychometrischen und neuropsychologischen Testverfahren. Die Ergebnisse der statistischen Analysen folgen der Struktur der Hypothesen und sind Gegenstand des folgenden Kapitels (6). Im darauf folgenden Diskussionsteil (Kapitel 7) werden die Befunde kritisch erörtert sowie mit bisherigen Studienresultaten verglichen und in Beziehung gesetzt. Den Schluss der Arbeit bilden Überlegungen dazu, wie sich diese in den aktuellen Forschungsstand einordnen lässt, welche klinisch-praktischen Hinweise daraus abgeleitet werden können und welche Möglichkeiten sich für zukünftige Forschungsfragen ergeben.

2 Forschungsstand I: Kontrollüberzeugungen

2.1 Definition und theoretische Einordnung

Dieses Kapitel enthält zunächst eine Bestimmung des Begriffs der Kontrollüberzeugungen und einen Überblick über die historische Entwicklung der lerntheoretischen Ansätze. Anschließend werden einzelne ausgewählte, zentrale Theorien sowie inhaltlich verwandte Konzepte näher vorgestellt: die soziale Lerntheorie von Rotter, das handlungstheoretische Partiamodell der Persönlichkeit von Krampen, das Konzept der gelernten Hilflosigkeit von Seligman und die sozial-kognitive Lerntheorie Banduras. Ausführlichere Erläuterungen zur Konstrukterhellung finden sich bei Krampen (1982, 2000; 2004; 2005) und Flammer (1990).

2.1.1 Begriffsabgrenzung

Seit den um die Jahrhundertwende entstandenen Arbeiten zur Intelligenz hat kaum ein Persönlichkeitskonstrukt vergleichbare Aufmerksamkeit erfahren wie jenes der Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1992). Seine herausragende Bedeutung für Gesundheit und Krankheit wurde in Hunderten, wenn nicht Tausenden Studien nachgewiesen. Der Begriff der Kontrollüberzeugung ist eine gängig gewordene deutsche Übersetzung des von Rotter geprägten Begriffs des *locus of control* (Rotter, 1954). Einer Definition Krampens zufolge (2000) sind Kontrollüberzeugungen „handlungstheoretisch als Generalisierungen von situationsspezifischen Handlungs-Ergebnis-Erwartungen konzipiert. Sie beinhalten [...] situativ und zeitlich relativ stabile Überzeugungen einer Person darüber, in welchem Masse Umweltereignisse („Ergebnisse“ und „Folgen“) durch eigenes Handeln beeinflusst werden. Es handelt sich um das zu einem Persönlichkeitskonstrukt entwickelte Extrakt aus Kontingenz- und Nicht-Kontingenz-Erfahrungen zwischen Handeln und Handlungsergebnissen/-folgen einer Person.“ (S. 109).

Das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen kennt mehrere Varianten und verwandte Formen. Seine konzeptionelle Erfassung und Abgrenzung wird dadurch tendenziell erschwert. Das am engsten verwandte Konstrukt ist jenes der Kausalattributionen; es wurde 1944 von Heider entwickelt. Der wichtigste Unterschied zwischen den beiden Ansätzen besteht darin, dass Kausalattributionen *retrospektive* kausale Interpretationen darstellen, denen für spätere Handlungen prognostische Bedeutung zuerkannt wird. Das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen

hingegen bezieht sich auf *zukünftige* Handlungsmöglichkeiten, die aufgrund früherer Erfahrungen eingeschätzt werden.

Ein Beispiel soll zunächst das Konstrukt der Kausalattributionen verdeutlichen: Wenn ein Misserfolg, beispielsweise eine nicht bestandene Prüfung, auf eine internale, variable Ursache (etwa mangelnde Anstrengung) zurückgeführt wird, kann dies andere Verhaltenskonsequenzen nach sich ziehen als wenn er auf internale stabile Ursachen (etwa eigene Unfähigkeit) oder externale stabile Umstände (etwa Unfähigkeit des Experten) zurückgeführt wird. Das Konstrukt der Kausalattributionen wurde mit der Zeit immer differenzierter. Die von Heider (1958) bereits vor den Arbeiten Rotters vorgenommene Zweiteilung in internale versus externale Attributionen wurde später von Weiner (1980) um die Dimension „Stabilität versus Variabilität einer Ursache“ zum bekannten Vierfelderschema erweitert. Dieses wurde später durch die Dimension „Kontrollierbarkeit“ zu einem Achtfelderschema ergänzt. Die folgende Tabelle 2-1 zeigt dieses Schema:

Tabelle 2-1 Achtfelderschema der Kausalattributionsdimensionen (nach Weiner, 1980)

| | Kontrollierbar | | Unkontrollierbar | |
|----------|----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| | stabil | variabel | stabil | variabel |
| Internal | konstante eigene Anstrengung | variable eigene Anstrengung | Eigene Fähigkeit | Eigene Müdigkeit und Stimmung; Fluktuation der eigenen Fähigkeit |
| External | konstante Anstrengung anderer Personen | variable Anstrengung anderer Personen | Fähigkeit anderer; Aufgabenschwierigkeit | Müdigkeit; Stimmung und Fluktuation der Fähigkeit anderer; Zufall |

Das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen soll ebenfalls anhand eines Beispiels verdeutlicht werden. Wo eine Person die Kontrolle für das Bestehen einer bevorstehenden Prüfung ansiedelt, in der eigenen Person (internale Kontrollüberzeugung), in der Person des Experten (sozial bedingte externale Kontrollüberzeugung) oder im Zufall (fatalistische Kontrollüberzeugung) wird ihr Handeln im Hinblick auf die Prüfung massgeblich beeinflussen. Im ersten Fall wird sie an die eigenen Fähigkeiten appellieren, sie wird beispielsweise mehr lernen oder während der Prüfung besonders freundlich sein, während ausschliesslich externale Kontrollüberzeugungen mit weniger hoher Wahrscheinlichkeit zu eigenen Anstrengungen führen werden.

Kausalattributionen sind situationsspezifisch. Es verdient Erwähnung, dass sie von den generalisierten Kontrollüberzeugungen einer Person unabhängig sein können. Wenn eine Person beispielsweise eine Prüfung nicht bestanden hat, im Allgemeinen aber von ihren Fähigkeiten überzeugt ist, ist es dennoch möglich, dass sie diesen spezifischen Misserfolg ihrer mangelnden Tagesform zuschreibt. Die Attributionstheorie ist allgemeinspsychologischer Natur und situationsbezogen, während es sich beim Konstrukt der Kontrollüberzeugungen um einen persönlichkeitspsychologischen Theorieansatz handelt (Krampen, 2000).

2.1.2 Historische Einbettung

Zur Kategorie der psychologischen Handlungstheorien als einer Untergruppe kognitivistischer Kognitionstheorien zählt eine Reihe von wissenschaftlichen Ansätzen. Für die vorliegende Arbeit relevant ist die Theorienfamilie der Erwartungs-Wert-Modelle. Ihr liegt die Kernannahme zugrunde, „dass menschliches Handeln durch (1) subjektive Bewertungen von Handlungsergebnissen bzw. Handlungsfolgen und (2) subjektive Erwartungen darüber, dass einer bestimmten (intendierten) Handlung ein Ereignis folgt oder nicht folgt, beschrieben, erklärt und vorhergesagt werden kann“ (Krampen, 2000, S. 17). Als handlungsrelevante Variablen gelten somit subjektive Erwartungen – auch bezeichnet als instrumentelle Überzeugungen – und Valenzen. Unter Valenzen werden subjektive Ziel-, Ereignis-, Ergebnis- oder Folgebewertungen verstanden.

Wissenschaftler beschäftigten sich schon lange vor der kognitiven Wende mit der Frage, warum Menschen und Tiere bestimmte Verhaltensweisen erlernen und aufrechterhalten und andere nicht. Erste handlungstheoretische Überlegungen stammen von Ach (1910, 1914; in Krampen 2000), der den „primären Willensakt“, d. h. die Herstellung von Absicht, von der „vollständigen Handlung“, d. h. der Realisierung der Absicht, unterschied. Die Differenzierung zwischen Handlungsintentionen und Handlungsrealisationen wurde für die späteren Erwartungs-Wert-Modelle wegleitend.

Thorndike (1933, in Krampen 1982) ging als Erster davon aus, dass nicht nur das Auftreten von Verstärkern für das Verhalten entscheidend ist. Er verwies auf deren Wirkung, die aus dem späteren Verhalten der Person erschlossen wird (*law of effect*). Demnach folgen Handlungen Zustände, die vom Individuum zu vermeiden oder herbeizuführen versucht werden. Die sich an Thorndikes Lerntheorien anschliessenden Arbeiten – die systematische Verhaltenstheorie von Hull (1943, in Krampen, 1982) und die neobehavioristische Stimulus-Stimulus-Theorie von Tolman (1938, in Krampen 2000) – entwickelten sich vor dem

Hintergrund der Kritik am primären Behaviorismus. Hull beschrieb die Aufrechterhaltung von Verhalten durch Erfolgserlebnisse, die auf der Befriedigung (physiologischer) Bedürfnisse basieren. Er nannte die Zustände, die ein Verhalten fördern, Verstärkung. Damit wurde dem Organismus – im Gegensatz zur originären behavioristischen Auffassung – Einfluss auf eigene Reaktionen eingestanden.

Tolman schreibt in seiner Theorie instrumentellen Reiz-Reiz-Verbindungen eine zentrale Rolle zu. In einer gegenwärtigen Situation werden Erwartungen ausgelöst, die über intendierte Verhaltensweisen zum Erreichen von bestimmten Zielen führen (*means-end-readiness*). Die Reiz-Reiz-Verbindungen werden in kognitiven Strukturen, sogenannten *cognitive maps*, zusammengefasst. Unter Berücksichtigung der subjektiven Wertigkeit der Ziele wird versucht, das Entscheidungsverhalten vorherzusagen. Tolmans allgemeine Theorie des zielgerichteten Verhaltens kann als erstes formalisiertes psychologisches Erwartungs-Wert-Modell bezeichnet werden (Krampen, 2000).

Auch Skinner (1953) – ein Vertreter des Radikalen Behaviorismus – sah den ursprünglichen Grund für Verhalten im Organismus selber. Er war jedoch der Auffassung, dass innerpsychische Prozesse, falls überhaupt, nur vom Individuum selber beobachtet werden können und nie von Aussenstehenden. Er prägte den Begriff der operanten Konditionierung. Verhalten ist Skinner zufolge in der Hauptsache nicht eine passive Reaktion auf Reize, sondern tritt spontan auf und wird anschliessend durch seine Konsequenzen geformt. Skinner führte zudem den Begriff der Selbstbekräftigung als Grundlage der Selbstkontrolle ein. Seine drei wichtigsten Annahmen mit Blick auf solche Selbstbekräftigungsprozesse sind: dass das Individuum sein eigener Bekräftigungsagent ist; dass die Bekräftiger dem Individuum frei zur Verfügung stehen; dass eine Selbstbekräftigung erst dann verabreicht wird, wenn das eigene Verhalten selbstgesetzten Anforderungen genügt hat (Krampen, 2000). Skinner trug massgeblich zur Anwendbarkeit lerntheoretischer Konzepte in der pädagogischen und klinischen Praxis bei. Als Beispiel sei das sogenannte *token economy*-System erwähnt, das durch die Belohnung erwünschter Verhaltensweisen Verhaltensänderungen bewirken will.

Gleichzeitig mit Tolman und Hull befasste sich Lewin mit ähnlichen Fragestellungen. Auch er ging von einer wechselseitigen Beeinflussung von Person und Situation aus. Seiner kognitivistischen Feldtheorie zufolge ist Verhalten durch die Kräfte der Person, zum Beispiel momentane Bedürfnisse, und durch den Aufforderungscharakter von Grössen im Feld bedingt (Lewin, 1963). Er bezeichnete den Aufforderungscharakter als Valenz und die vom Individu-

um wahrgenommenen Möglichkeiten zur Erreichung eines bestimmten Objekts im Lebensraum als subjektive Wahrscheinlichkeiten. Wegen des ständigen Wandels der Umstände muss sich der Mensch immer wieder neu strukturieren. Lewins feldtheoretische Sichtweise findet sich später ansatzweise in Handlungstheorien wieder. Für eine eingehendere Auseinandersetzung mit den historischen Entwicklungslinien der lerntheoretischen Ansätze in der Differentiellen Psychologie und Persönlichkeitspsychologie sei auf Krampen (1993, 2000, 2004) oder Bodenmann, Perrez, Schär und Trepp (2004) verwiesen.

2.2 Die soziale Lerntheorie der Persönlichkeit von Rotter

In dieser Studie wird auf der grundsätzlichen Ebene an von Julian B. Rotter entwickelte Überlegungen angeknüpft, die im Folgenden in den Grundzügen vorgestellt werden. Rotter gilt als *der* Pionier der Kontrollpsychologie und als einer der Wegbereiter der kognitiven Wende. Seine Theorie des sozialen Lernens (Rotter, 1954) geht auf die im vorherigen Kapitel erwähnten Arbeiten von Lewin und Tolman, aber auch auf klassische behavioristische Theorien – etwa jene von Thorndike – zurück. Sie wurde später als der erste empirisch prüfbare attributionstheoretische Ansatz bezeichnet (Heckhausen, 1980). Weitere bedeutende Verdienste der Theorie sind der explizit gemachte Versuch einer Systematisierung der Persönlichkeitsforschung und die Überwindung des Behaviorismus durch den Einbezug kognitiver Aspekte. Rotter entwickelte das erste Erwartungs-Wert-Modell, das sowohl situationspezifische subjektive Erwartungen als auch Persönlichkeitszüge berücksichtigt (Krampen, 2005).

Rotters soziale Lerntheorie der Persönlichkeit geht grundsätzlich davon aus, dass bei der Erforschung der Persönlichkeit Person-Umwelt-Interaktionen im Fokus der Untersuchung stehen müssen. Personen können nicht ohne Bezug auf die Umwelt verstanden werden, und Umweltmerkmale sind stets als von den betroffenen Personen wahrgenommene und interpretierte Phänomene zu begreifen. Eine zweite Grundannahme lautet, dass die Persönlichkeit eine „Einheit“ darstellt. Damit ist die Zunahme von Stabilität und Allgemeinheit des Verhaltens im Lebenslauf einer Person gemeint. Rotter lehnt insbesondere Reduktionismus und Dualismus für Persönlichkeitskonstrukte ab. So können sie beispielsweise nicht durch biochemische Prozesse erklärt werden und die Persönlichkeit bildet immer eine Einheit, auch wenn ihre Beschreibung durch verschiedene Konstrukte unterschiedlich ist.

Persönlichkeitskonstrukte sind zudem erst ab einer bestimmten phylogenetischen und ontoge-

netischen Entwicklungsstufe für Verhaltensklärungen nützlich – nämlich dann, wenn es um das Handeln geht (Krampen, 1992).

Das gegenwärtige Verhalten eines Individuums ist Rotter zufolge das Ergebnis der Erfahrungen, die es in seiner persönlichen Vergangenheit gemacht hat. Es kann durch neue Erfahrungen verändert werden, wobei die früheren Erfahrungen wiederum das neue Lernen beeinflussen. Verhalten wird als *zielorientiert* begriffen, es umfasst jede Handlung eines Menschen, die eine Reaktion auf einen Reiz darstellt und entweder direkt oder indirekt beobachtet oder gemessen werden kann.

Rotter beschreibt vier Variablen, die das Verhalten eines Individuums in einer bestimmten Situation festlegen. Sie sollen kurz vorgestellt werden:

1) Als *Verhaltenspotential (VP)* wird die Wahrscheinlichkeit bezeichnet, dass ein bestimmtes Verhalten in Zusammenhang mit einer ganz bestimmten Verstärkung in einer bestimmten Situation auftritt.

2) Die Variable *Erwartung (E)* ist definiert als die vom Individuum vermutete Wahrscheinlichkeit, dass ein bestimmtes Verhalten in einer bestimmten Situation zu einer bestimmten Verstärkung führt. Hier liegt eine besondere Stärke von Rotters Theorie: Er bezieht die Erwartung mit ein, ob ein bestimmtes Verhalten zu einem bestimmten Ergebnis führen wird. Das Verhalten ist somit nicht nur eine Funktion des angestrebten Verstärkungswertes, sondern auch Gegenstand eines Antizipationsprozesses, ob es gelingen wird, die angestrebte Verstärkung zu erlangen.

Wichtig ist nun: Erwartungen können spezifisch oder allgemein sein; die Unterschiede sind gradueller und nicht kategorialer Art. Auf der einen Seite des Spektrums steht die Erwartung im Hinblick auf eine ganz bestimmte Situation, auf der anderen Seite die generalisierte Erwartungshaltung einer Person, die in verschiedenen Situationen zum Ausdruck kommt und das Ergebnis gesammelter Erfahrungen darstellt. Hier ist das Konstrukt des *locus of control* einzuordnen (s. unten).

3) Die Variable *Verstärkungswert (VW)* bezieht sich auf den Grad der Präferenz für eine oder mehrere Verstärkungen bei gleicher Auftretenswahrscheinlichkeit.

4) Die vierte Variable ist die *psychologische Situation (S)*. Sie beschreibt die subjektive Bedeutung einer Situation, die massgeblich durch die individuelle Lerngeschichte geprägt ist.

Die Beziehung der vier Variablen untereinander kann in einer Formel zusammengefasst werden:

$$VP_{x, s|Va} = f(E_{x, Vasl} + VW_{a, s|}).$$

Die Formel bringt folgende Überlegungen zum Ausdruck: Das Potential (VP), dass das Verhalten x in der Situation I mit Aussicht auf die Verstärkung a auftritt, ist eine Funktion der Erwartung, dass die Verstärkung a dem Verhalten x in der Situation I auch wirklich folgt und eine Funktion des Wertes, den die Verstärkung a in der Situation I hat (Rotter, 1954).

Beim Konstrukt des *locus of control* (Rotter, 1966) handelt es sich um generalisierte Erwartungen mit Blick darauf, ob die Kontrolle über das Eintreten von Verstärkungen nach eigenem Handeln grundsätzlich innerhalb (internal) oder ausserhalb (external) der Person liegt. Rotter beschreibt diese beiden Grundvarianten generalisierter Erwartungen wörtlich wie folgt:

„When a reinforcement is perceived by the subject as following some action of his own but not being entirely contingent upon his action, then, in our culture, it is typically perceived as the result of luck, chance, fate, as under the control of powerful others, or as unpredictable because of the great complexity of the forces surrounding him. When the event is interpreted in this way by an individual, we have labeled this a belief in *external control*. If the person perceives that the event is contingent upon his own behaviour or his own relatively permanent characteristics, we have termed this a belief in *internal control*.“ (Rotter, 1966, S. 1)

Der Kontrollüberzeugung kommt laut Rotter (1966) herausragende Bedeutung für das Verständnis von Lernprozessen in unterschiedlichen Lernsituationen zu. Dabei bestehen interindividuelle Unterschiede. Wichtige Thesen in diesem Zusammenhang sind erstens die Annahme, dass der externalen Kontrollüberzeugung eher negative Wirkung auf die Persönlichkeitsentwicklung zukommt. Zweitens stellen sowohl eine übermässige externale als auch eine übermässige internale Kontrollüberzeugung mit grosser Wahrscheinlichkeit unrealistische Einschätzungen der eigenen Möglichkeiten dar; sie sind deshalb maladaptiv.

Rotter ruft in Erinnerung, dass bereits Veblen (1899, zit. nach Rotter, 1966) den Glauben an Glück oder Pech als eher typisch für passive, unproduktive und barbarische Gesellschaften bezeichnete. Merton (1946, zit. nach Rotter, 1966) äusserte später die Auffassung, Schicksalsglaube stelle den Versuch dar, angesichts von Versagen das Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten. Er sieht wie Veblen einen Zusammenhang mit Passivität. Erwähnung verdient sodann, dass auch das soziologische Konzept der Entfremdung enge Verwandtschaft mit dem

Konstrukt externaler Kontrollüberzeugungen aufweist. Das entfremdete Individuum fühlt sich machtlos und unfähig, Kontrolle über sein eigenes Schicksal zu gewinnen. Weiter liegt auch allen Theorien menschlicher Determiniertheit eine externaler Kontrollüberzeugung zugrunde: die Vorstellung, anonyme historische oder gesellschaftliche Kräfte würden über das Schicksal bestimmen.

Verschiedene etablierte psychologische Konzepte weisen einen engen Bezug zur Frage der internalen resp. externalen Kontrolle auf. Dies gilt etwa für das Leistungsbedürfnis sowie die Feldabhängigkeit. Personen, die ein hohes Leistungsbedürfnis kennzeichnet, verfügen mit grosser Wahrscheinlichkeit auch über den Glauben in die eigenen Fähigkeiten, ihre Ziele erreichen zu können, auch wenn der Zusammenhang nicht linear sein muss. Der Glaube an die Wirksamkeit eigener Handlungen dürfte im Normalfall Voraussetzung für ein dauerhaftes Leistungsbedürfnis sein. Feldabhängige Personen orientieren sich mehr an ihrer Umwelt. Darin liegt – implizit – eine Relevanzzuschreibung an die Umwelt. Sie sind angepasster als feldunabhängige, die sich vor allem an der eigenen Person orientieren (Rotter, 1966).

Wie entwickelte sich das Konstrukt des *locus of control*, dem in dieser Arbeit strategische Bedeutung zukommt? In der sozialen Lerntheorie spielte es zunächst eine eher untergeordnete Rolle. Erst später wurde es von Rotter selbst eingehender erforscht – mit der Weiterentwicklung und Validierung einer ursprünglich von Phares (1957; in Rotter, 1966) entworfenen Skala zur Messung der Effekte von Zufall und Fähigkeit auf Verstärkungserwartungen zur sogenannten I-E-Skala. In den 1970er-Jahren kam es zu einem starken Anstieg der Studien zu Kontrollmeinungen und deren Operationalisierung. Hanna Levenson (1972) erweiterte die eindimensionale Erfassung der Kontrollüberzeugungen zur mehrdimensionalen. Sie unterschied bei der Externalität nach zwei verschiedenen Quellen: fatalistische Externalität (*chance*), bei der die Kontrolle dem Glück, Zufall oder Schicksal zugewiesen wird, versus soziale Externalität, bei der die Kontrolle anderen Personen, sogenannten „mächtigen Dritten“ (*powerful others*) zugeschrieben wird. Die von ihr entworfene IPC-Skala (Levenson, 1972; dt. Übersetzung von Krampen, 1981) und ihre Weiterentwicklung zum Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen durch Krampen (1991; vgl. Kapitel 5.2.6) gehören mittlerweile zu den Klassikern der psychologischen Testverfahren. Weitere Forschungsarbeiten wurden insbesondere im Bereich der Erfassung von *bereichsspezifischen* Kontrollüberzeugungen unternommen (vgl. Krampen, 1982).

Die Theorie des sozialen Lernens sowie eng damit verwandte Erwartungs-Wert-Theorien wurden in einer Vielzahl von Studien bestätigt. Kritisiert wurde vor allem, etwa von Flammer (1990, S. 22), dass die Bereichsspezifität in Rotters Theorie weitgehend missachtet wird. Dies führe zur falschen Vorstellung, Kontrolle und Handlungsfreiheit seien Umstände, die einem Individuum unabhängig von seiner Umwelt, seinen Lebensbedingungen und seinen Zielen als Eigenschaft zukämen.

Leitend dürfte bei dieser Kritik die Annahme sein, generalisierte Erwartungen, d. h. Kontrollüberzeugungen, seien Moderatorvariablen für Vorhersagen im Rahmen von Erwartungs-Wert-Theorien. Rotter (1966) selbst geht von einer anderen Vorstellung aus. Seiner Meinung nach ist die psychologische Situation, namentlich die subjektive Neuheit einer Handlungssituation oder eines Lebensbereichs, Moderator für den relativen prognostischen Wert generalisierter – versus bereichsspezifischer versus situationsspezifischer – Erwartungen (Krampen, 2004, S. 292). Diese Konzeption hat den Vorteil, dass sie Poppers Postulat berücksichtigt (1971), dass sich eine gehaltvolle Hypothese stets durch Allgemeinheit und Bestimmtheit kennzeichnet.

2.3 Das handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit von Krampen

Günter Krampen entwickelte im Anschluss an die soziale Lerntheorie der Persönlichkeit Rotters ein differenziertes Erwartungs-Wert-Modell (1986, 1988, 2000). Er bezeichnete es als handlungstheoretisches Partialmodell der Persönlichkeit. Zentral ist in diesem Modell, dass ein Zusammenhang zwischen situations- und handlungsspezifischen Konzepten und situationsüberdauernden, zeitlich relativ stabilen Persönlichkeitsvariablen hergestellt wird. Zu den situations- und handlungsspezifischen Konzepten zählen die Kompetenz-, Kontroll-, Situations-Ereigniserwartungen, Ereignisvalenzen und Instrumentalitätserwartungen, während zu den situationsüberdauernden und zeitlich relativ stabilen Persönlichkeitsvariablen das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, Kontrollüberzeugungen, Vertrauen, Wertorientierungen und Interessen sowie das Konzeptualisierungsniveau resp. subjektive Wissen gehören. Krampens Modell ermöglicht die Systematisierung von person- und umweltbezogenen Kognitionen, die aus eigenen sowie über Modelllernen vermittelten Erfahrungen im Sinne von Person-Umwelt-Interaktionen entstanden sind.

Krampen geht – vor dem Hintergrund eines dynamischen Interaktionismus von Situations- und Personfaktoren – von einer *hierarchischen Struktur* der Persönlichkeit aus. Mit Blick auf die Rottersche Hypothese der Moderatorwirkung der Situationswahrnehmung postuliert er,

dass in subjektiv bekannten und gut strukturierten Situationen oder Lebensbereichen eher auf situations- und handlungsspezifische Erlebens- und Verhaltensmuster zurückgegriffen wird. In subjektiv neuartigen und weniger gut strukturierbaren Situationen werden hingegen eher Persönlichkeitsvariablen handlungswirksam. Die Beziehung zwischen handlungsspezifischen Personmerkmalen und Persönlichkeitsvariablen ist dabei besser als Kontinuum denn als Dichotomie aufzufassen. Die hierarchische Struktur umfasst Krampens zufolge mindestens vier Ebenen mit immer höherem Generalisierungsgrad. Auf der untersten Ebene stehen situationspezifische Erwartungen, gefolgt von bereichsspezifischen und, auf einer dritten Ebene, generalisierten selbst- und umweltbezogenen Kognitionen. Auf der obersten Ebene finden sich die handlungstheoretischen Persönlichkeitskonstrukte. Da es sich beim handlungstheoretischen *Partialmodell* der Persönlichkeit nur um eine partielle, nicht um eine umfassende Persönlichkeitstheorie handelt, ist die Ergänzung durch andere Persönlichkeitsmodelle und -variablen (zum Beispiel Neurotizismus oder Extraversion) auf der obersten Ebene möglich.

Die folgende Abbildung 2-1 zeigt Krampens Modell im Überblick. Die situations- und handlungsspezifischen Personvariablen befinden sich im mittleren Bereich, die handlungstheoretischen Persönlichkeitsvariablen im äusseren Bereich:

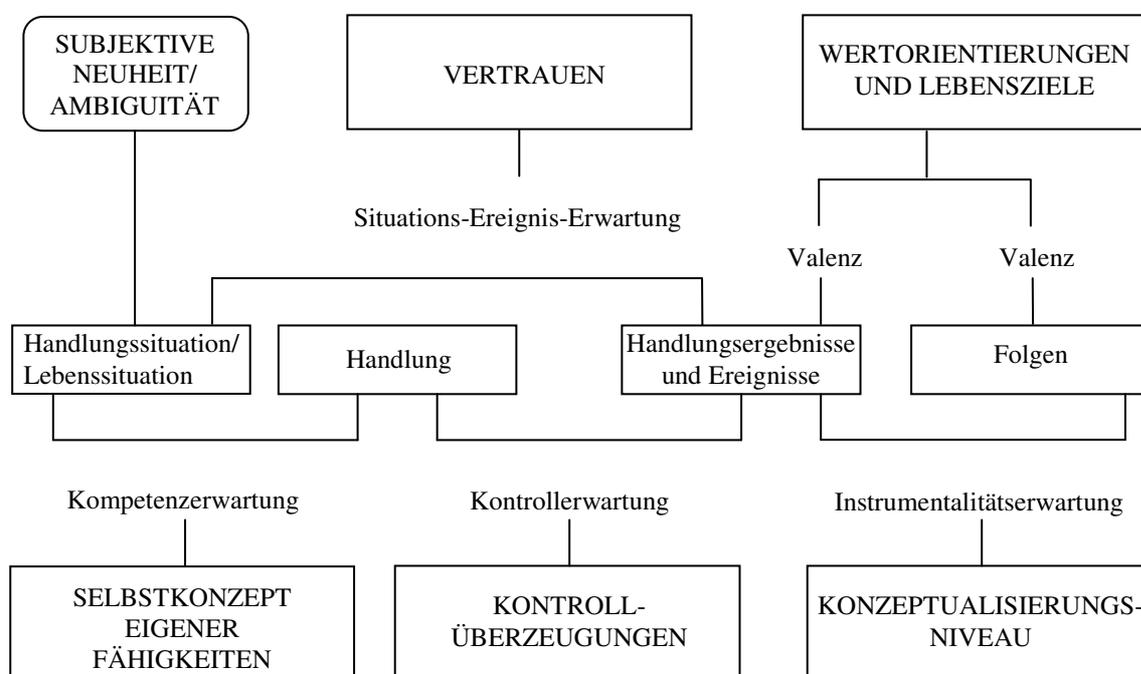


Abbildung 2-1 Handlungstheoretisches Partialmodell der Persönlichkeit (nach Krampen, 2004)

Das Modell umfasst nach Krampen (2004) die folgenden fünf Persönlichkeitsvariablen, die mit definierten situations- und handlungsspezifischen Konzepten in Zusammenhang stehen (in Klammern):

- 1) Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (situationsspezifische Kompetenz- oder Wirksamkeits- oder Situations-Handlungs-Erwartungen)
- 2) Kontrollüberzeugungen (Kontroll-, Kontingenz- oder Handlungs-Ergebnis-Erwartungen)
- 3) Vertrauen (Situations-Ereignis-Erwartungen, d. h. die Erwartung, dass bestimmte Ereignisse ohne eigenes Handeln auftreten)
- 4) Wertorientierungen und Interessen (Ereignis- und Folgevalenzen, Handlungsanreize)
- 5) das Konzeptualisierungsniveau/subjektive Wissen (Instrumentalitäts- oder Ereignis-Folge-Erwartungen)

Die Adäquanz der Annahmen des handlungstheoretischen Partialmodells zu Deskription, Rekonstruktion und Prognose inter- und intraindividuelle Unterschiede konnte in vielen Studien empirisch nachgewiesen werden. Als Beispiele seien hier Untersuchungen zum Therapieerfolg bei Alkoholikern (Krampen, 1986), zum Verlauf chronischer Schmerzen (Nilges, 1999) oder zur Bedeutung von Vertrauen (Hewig, 2008; Krampen & Hank, 2004) genannt.

2.4 Das Modell der gelernten Hilflosigkeit von Seligman

Für das Verständnis der hier interessierenden Fragen von Bedeutung ist auch das Modell der gelernten Hilflosigkeit von Martin E. P. Seligman (1979) als weiteres erwartungs-wert-theoretisches Konzept. Es bietet einen Erklärungsansatz für die Entstehung von Handlungsdefiziten und trägt zum Verständnis der Hintergründe externaler Kontrollüberzeugungen bei.

Hilflosigkeit ist der Gegenbegriff zu jenem der Kontrolle. Sie besteht dann, wenn das Individuum zwischen einem (subjektiv wichtigen) Ereignis und eigenem Verhalten keinen Zusammenhang, d. h. eine vermeintliche oder tatsächliche Nichtkontingenz, feststellt, oder auch – anders formuliert – der Meinung ist, ein Ziel nicht kontrollieren zu können (Flammer, 1990; Krampen, 2000).

Wichtig ist das Phänomen der *gelernten*, i. e. der erworbenen Hilflosigkeit. Es wurde im Rahmen einer triadischen Untersuchung an Hunden zur klassischen Konditionierung von Angstreaktionen von Overmier und Seligman untersucht (1967, in Krampen, 2000). Sie stell-

ten fest, dass Hunde, die in einer ersten Lernbedingung zwischen eigenem Verhalten und einem nachfolgenden Ereignis (hier die Bestrafung durch Elektroschocks) keine Kontingenzerfahrung machen konnten; sie liessen sodann dieselben aversiven Reize in einer zweiten Lernbedingung widerstandslos über sich ergehen, obwohl sie in dieser Situation die Kontrolle über die Reize hätten erlangen können. Hunde hingegen, die in der ersten Lernbedingung entweder eine Kontingenzerfahrung machen konnten oder gar keiner Intervention ausgesetzt waren, lernten in der zweiten Bedingung deutlich schneller, den aversiven Reizen zu entkommen. Hiroto (1974) gelang es, die Entstehung von gelernter Hilflosigkeit in ähnlichen Experimenten, wenn auch mit extrem lauten Tönen statt mit Elektroschocks, beim Menschen nachzuweisen.

Seligman definiert die Bedingungen des Auftretens von Hilflosigkeit folgendermassen: Individuen oder Tiere sind einer Konsequenz gegenüber hilflos, wenn diese unabhängig von all ihren willentlichen Reaktionen eintritt (Seligman, 1979, S. 15). Indem er Hilflosigkeit als *Überzeugung* versteht, dass Ereignisse von eigenen willentlichen Reaktionen unabhängig eintreten, geht Seligman von einem grundsätzlich kognitiven Phänomen aus. Die Folgen von Hilflosigkeit betreffen die motivationale, emotionale, behaviorale und die kognitive Ebene. Die Erfahrung der Unvermeidlichkeit von Ereignissen erschwert oder verhindert gar die Wahrnehmung von neuen Zusammenhängen zwischen Verhalten und Folgen. Die Überzeugung von Unkontrollierbarkeit wiederum führt zu Angst, Resignation und sogar zu depressiven Zuständen. Neue Kontrollerfahrungen werden durch Passivität verhindert, da dem Individuum oder dem Tier kein Wirkverhalten als sinnvoll erscheint.

Die Theorie der gelernten Hilflosigkeit wurde Ende der 1970er-Jahre durch den Einbezug attributionstheoretischer Konzepte erweitert und verfeinert (Abramson et al., 1978, in Krampen 2000). Man ging nun davon aus, dass die Erfahrung der Hilflosigkeit nicht nur von realer Nichtkontigenz abhängt, sondern auch durch die – in Arbeiten von Heider, Rotter und Weiner bestimmten – Attributionsdimensionen der Internalität/Externalität, Stabilität/Variabilität und Globalität/Spezifität beeinflusst wird (vgl. Kapitel 2.1.2). In mehreren Studien konnte bestätigt werden, dass die Attribution der Unkontrollierbarkeitserfahrung als internal, stabil und global negativere Auswirkungen auf den Selbstwert hat und damit depressionsfördernd wirkt, als wenn diese als external, variabel und spezifisch gesehen wird (für einen Überblick s. Sweeney, Anderson & Bailey, 1986). Allerdings konnten auch umgekehrte Wirkungszusammenhänge von Ursachenzuschreibung und Emotion festgestellt werden. Es scheint plausibel, von deren wechselseitigen Beeinflussung auszugehen. In mehreren Untersuchungen

konnte beispielsweise gezeigt werden, dass negative Stimmungen im Allgemeinen selbstkritischer und weniger selbstwertdienliche Attributionen erzeugen (Forgas & Locke, 2005).

Hoffnungslosigkeit ist ein Spezialfall von Hilflosigkeit. Sie unterscheidet sich von dieser durch die Erwartung, dass ein als unkontrollierbar eingestuftes Ereignis *sicher* ($p(E)=1$) eintreten wird, wenn es ein unerwünschtes ist, bzw. *sicher nicht* ($p(E)=0$) eintreten wird, wenn es ein erwünschtes ist. Bei Hilflosigkeit liegt demgegenüber die Erwartung vor, dass die Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines unkontrollierbaren Ereignisses bei 0, bei 1 oder irgendwo dazwischen liegt – unabhängig davon, was ein Individuum unternimmt (Flammer, 1990).

2.5 Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit von Bandura

Das im Folgenden vorgestellte Konstrukt der Selbstwirksamkeit Albert Banduras (1977, 1979) ist zentraler Bestandteil seiner sozial-kognitiven Lerntheorie. Es ist von Interesse, weil es sich auf Situations-Handlungs-Erwartungen bezieht. Bei den Wirksamkeitserwartungen handelt es sich um Annahmen des Individuums über die Realisierungsmöglichkeiten einer bestimmten Verhaltensalternative unter bestimmten situativen Randbedingungen. Der Unterschied zu Handlungs-Ergebnis-Erwartungen besteht darin, dass die Person einer Handlungsalternative Wirksamkeit bezüglich der Erreichung von bestimmten Ereignissen zusprechen, aber gleichzeitig die Überzeugung haben kann, diese Handlungsalternative nicht ausführen zu können (Krampen, 2000).

Bandura befasst sich im Rahmen seiner Theorie zur Selbstwirksamkeit (*self efficacy theory*) mit den Wechselwirkungen zwischen Umwelt, Person und Verhalten. Dabei geht er von einer triadischen Reziprozität zwischen Umwelt, Person (Kognition, Emotion und biologische Merkmale) und Verhalten aus, wobei er die Bedeutung von Persönlichkeitsvariablen als zeitlich und situativ relativ stabile Charakteristika negiert (Krampen, 1992).

Das Vorliegen von Verhaltensanreizen und hinreichenden Wirksamkeits- und Ergebniserwartungen führt gemäss Bandura dazu, dass sich die Person als selbstwirksam erlebt (Bandura, 1977). Er versteht unter Verhaltensanreizen subjektive Diskrepanzen zwischen selbstgesetzten Verhaltensstandards und Selbstbewertungen. Ergebniserwartungen beziehen sich auf die subjektive Einschätzung eines Individuums, dass ein gegebenes Verhalten zu einem bestimmten Ergebnis führen wird. Wirksamkeitserwartungen sind Annahmen der Person über die Verfüg-

barkeit und Realisierungsmöglichkeit einer bestimmten Verhaltensalternative unter gegebenen situativen Bedingungen.

Die Selbstwirksamkeit als eine Form der Kontrollmeinung ist das zentrale Element der Theorie Banduras. Sie bezeichnet die subjektive Überzeugung einer Person, auf wichtige Ereignisse im Leben Kontrolle ausüben zu können und in der Lage zu sein, die hierfür notwendige Motivation, kognitiven Ressourcen und Handlungspläne aufzubringen (Bandura, 1990).

Grundlage von menschlichem Handeln ist die Selbstwirksamkeit, denn erst die Überzeugung, eine gewünschte Wirkung erreichen zu können, bietet den Anreiz zum Handeln. Im Gegensatz zu Rotter (1954, 1966), der davon ausgeht, dass das Verhalten durch die Person-Umwelt-Interaktion bestimmt wird, legt Bandura mehr Gewicht auf den Selbsteinfluss des Individuums, das hierdurch einen wesentlichen Teil zur Bildung seines Selbst beiträgt.

Wie oben erwähnt, unterscheiden sich Selbstwirksamkeitserwartungen von Handlungs-Ergebnis- und Ergebnis-Folge-Erwartungen dadurch, dass sie subjektive Erwartungen über die eigene Fähigkeit beinhalten. Sie weisen *keine* Bezüge zu möglichen Handlungsergebnissen resp. -folgen auf. Sie umfassen beispielsweise die allgemeine Überzeugung einer Person, über viele Möglichkeiten zu verfügen, sich vor Krankheiten zu schützen oder in schwierigen Situationen über viele verschiedene Handlungsalternativen zu verfügen, ohne Bezug auf die Ergebniserwartung. Es handelt sich also um Situations-Handlungs-Erwartungen, die mit dem Konstrukt des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten von Krampen (1991) identisch ist. Situations-Handlungs- und Handlungs-Ergebnis-Erwartungen werden in der Forschung zur Selbstwirksamkeit jedoch häufig konfundiert, weshalb dann auch enge Beziehungen zwischen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und Kontrollüberzeugungen empirisch auftreten (Krampen, 2000).

Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung beeinflusst Bandura (1977) zufolge die Auswahl von Handlungen sowie die Quantität und Dauer der Anstrengungen bei Widrigkeiten. Menschen mit hoher Selbstwirksamkeit bewältigen schwierige Situationen problem- und lösungsorientiert. Sie attribuieren Misserfolge eher internal und variabel, was zu vermehrter Anstrengung und damit eher zur Zielerreichung führt. Menschen mit niedriger Selbstwirksamkeit stellen bei der Bewältigung von Problemsituationen eher persönliche Mängel und Konsequenzen eines Misserfolgs in den Vordergrund, was besonders negative emotionale Zustände und eine Reduktion ihrer Anstrengungen zur Folge hat. Der positive Effekt einer hohen Selbstwirk-

samkeit auf die psychische Gesundheit konnte bislang in einer Vielzahl von Studien nachgewiesen werden (zum Beispiel in der Alkoholismusforschung, vgl. Kapitel 2.6.2).

Als wichtigste Quelle für die Ausgestaltung der Selbstwirksamkeit nennt Bandura (1977) das Ausführen von Handlungen (*performance accomplishments*). Er meint damit die direkten persönlichen Erfahrungen bezüglich Erfolg und Misserfolg. Stellvertretende Erfahrungen (*vicarious experiences*) können, wenn auch weniger stark als persönliche Handlungen, ebenfalls die Selbstwirksamkeitsüberzeugung beeinflussen. Das Beobachten von anderen Personen beim Lösen schwieriger Aufgaben kann beim Zuschauenden Erwartungen in Bezug auf die eigenen Fähigkeiten auslösen. Eine dritte Quelle der Selbstwirksamkeit ist die verbale Überzeugung (*verbal persuasion*), zum Beispiel durch Suggestion, und die physiologische Erregung (*physiological arousal*), die als Indikator für die eigene Stressanfälligkeit gilt. Unerwünschte Erregungen werden als Erfolgshindernis interpretiert, und die Wahrnehmung erster emotionaler Reaktionen kann weitere Emotionen auslösen, die ihrerseits Einfluss auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugung nehmen.

Bandura (1977) unterscheidet Selbstwirksamkeitserwartungen nach Umfang (*magnitude*), Stärke sowie Allgemeingrad. Die erste Dimension bezieht sich auf verschiedene Schwierigkeitsgrade einer Situation, die sich eine Person noch zutraut, die zweite beinhaltet die Löschesistenz und die dritte Dimension erfasst das Ausmass der Generalisierung von Selbstwirksamkeitserwartungen auf verschiedene Situationen. Diese Differenzierung stellt eine genuin persönlichkeitspsychologische Ausweitung des Ansatzes dar. Sie führt allerdings letztlich – aufgrund der grundsätzlichen Beschränkung auf dieses eine Konstrukt – zu einem persönlichkeitspsychologischen Reduktionismus (Krampen, 2004). Kritik erfuhr Banduras Theorie auch von Phillips und Orton (1983), die ihr die Diffusität des reziproken Interaktionismus zum Vorwurf machen, d. h. der nicht klaren Unterscheidung zwischen abhängigen (Verhalten) und unabhängigen (Person, Situation) Variablen. Smedslund (1978) bemängelt unter Rekurs auf sprachanalytische Argumente, dass es sich um „common sense“-Theoreme handelt, die a priori wahr und a posteriori daher nicht prüfbar seien.

2.6 Empirische Untersuchungen bei Alkoholabhängigkeit

Alkoholkonsum kann aus handlungstheoretischer Sicht eine Möglichkeit zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben darstellen. Eigene und stellvertretende Erfahrungen führen für bestimmte Handlungssituationen zu spezifischen Erwartungen an den Konsum. Diese können

sich über Generalisierungslernen zu allgemeinen Erwartungen – wie etwa bereichsspezifische oder generalisierte Kontrollüberzeugungen – entwickeln (Krampen & Fischer, 1988b).

Die empirische Forschung zur Rolle von Kontrollüberzeugungen bei Alkoholabhängigkeit setzte kurz nach Rotters wegweisender Publikation zum *locus of control* im Jahr 1966 ein. Hintergrund war die ätiologische These des Kontrollverlusts beim Trinken (Jellinek, 1960). Bis ca. Mitte der 1980er-Jahre wurden sehr viele Studien veröffentlicht, die das Persönlichkeitskonstrukt bei Alkoholikern, regelmässigen Alkoholkonsumenten und Abstinente(n) untersuchten (für einen Literaturüberblick s. Krampen & Fischer, 1988a). Aufgrund der Überlegenheit bereichsspezifischer Skalen in Untersuchungen – die sowohl generalisierte als auch bereichsspezifische Messinstrumente eingesetzt haben (z. B. Bollman, 1997) – ist man dazu übergegangen, vermehrt bereichsspezifische Skalen zur Vorhersage des Behandlungserfolgs und anderer Ergebnisvariablen einzusetzen. Der Versuch von Krampen und Fischer (1988b), ein Messmodell zur differentiellen Beschreibung des *locus of control* bei Alkoholikern (IPC-A) zu entwickeln, scheiterte an ungenügenden teststatistischen Kennwerten für die Hälfte der acht entworfenen Subskalen. Leider wurde dieser Ansatz nicht weiterentwickelt. In der vorliegenden empirischen Untersuchung sollen die vier IPC-A-Skalen nun zur Vorhersage des Behandlungserfolgs herangezogen werden.

Seit den Arbeiten von Marlatt und Gordon (1985) zur sozial-kognitiven Theorie des Rückfalls, in welcher der Selbstwirksamkeit eine zentrale Rolle zukommt, scheint sich das Forschungsinteresse hauptsächlich auf die Untersuchung von bereichsspezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen und Abstinenzzuversicht in rückfallgefährdenden Situationen zu konzentrieren. Davon zeugen auch die speziell hierzu entwickelten Fragebogenskalen wie beispielsweise das Situational Confidence Questionnaire SCQ-39 (Annis & Graham, 1988) oder die Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale AASE (DiClemente, Carbonari, Montgomery & Hughes, 1994).

Im Folgenden soll zunächst auf die Forschungslage in Bezug auf die Kontrollüberzeugungen bei Alkoholabhängigkeit eingegangen werden. Anschliessend werden neuere Befunde zur Selbstwirksamkeit und Abstinenzzuversicht vorgestellt.

2.6.1 Die Bedeutung der Kontrollüberzeugungen

Die Befundlage der Studien mit eindimensionaler Erfassung der Kontrollüberzeugungen gemäss Rotter (1966) ist widersprüchlich. Der Literaturüberblick zu Kontrollüberzeugungen in der Alkoholismusforschung von 1977 bis 1986 (in Krampen & Fischer, 1988a) sowie noch

frühere Arbeiten offenbaren dies deutlich. Einerseits wurde bei Alkoholikern eine erhöhte Internalität, andererseits eine erhöhte Externalität festgestellt. Im ersten Fall kann argumentiert werden, dass Alkoholiker durch den Konsum ihre subjektive Befindlichkeit regulieren können und somit über den wichtigsten Verstärker in ihrem Leben, den Alkohol, Kontrolle besitzen. Im zweiten Fall führt die Substanzabhängigkeit zu einem Verlust der Fähigkeit, mit der Umwelt zu interagieren und dadurch zum Verlust der internalen Kontrolle über wichtige Verstärkerquellen (Weissbach, Vogler & Compton, 1976).

Konsistenter sind hingegen Untersuchungsergebnisse von Studien, die mit dem mehrdimensionalen IPC-Fragebogen (Levenson, 1972; Krampen, 1981) erfasst wurden. Sie weisen einerseits auf eine erhöhte fatalistische Externalität bei Alkoholabhängigen vor und am Anfang einer Behandlung hin, insbesondere bei Therapieabbrechern und Rückfälligen (z. B. Wright & Obitz, 1984; Prasadarao & Mishra, 1992). Andererseits stellen sie eine Zunahme der Internalität während der Behandlung fest (z. B. Abbott, 1984). Krampen und Fischer (1988b) weisen allerdings darauf hin, dass letzterer Befund nicht unbedingt den Therapieerfolg widerspiegelt; vielmehr könnten dafür auch Hospitalisierungs- und Erwünschtheitseffekte verantwortlich sein. Auch der Erhebungszeitpunkt scheint zentrale Bedeutung zu haben (vor, zu Beginn, während, gegen Ende, am Ende oder eine bestimmte Zeit nach der Behandlung). Es zeigte sich weiter auch eine prognostische Überlegenheit bereichsspezifischer Messungen für den Therapieerfolg gegenüber generalisierten Messansätzen. Donovan und O'Leary (1978) fanden beispielsweise signifikante Unterschiede zwischen internalen und externalen Alkoholabhängigen – etwa bezüglich zwanghaftem Trinken, Kontrollverlust und vorherigen Behandlungsversuchen – wenn die Kontrollüberzeugungen mit der von Keyson und Janda (unveröffentlicht, in Donovan & O'Leary, 1978) entwickelten bereichsspezifischen Drinking-Related Locus of Control (DRIE) -Skala gemessen wurden, jedoch nicht bei Verwendung von Rotters I-E-Skala. In einer Untersuchung von Koski-Jännes (1994) mit der DRIE-Skala zeigte sich, dass Abhängige mit internalen Kontrollüberzeugungen im Vergleich zu solchen mit externalen nach einer Behandlung länger abstinent blieben, bei einem Rückfall weniger und für einen kürzeren Zeitraum tranken. Auch Bollman (1997) fand eine internalere Kontrollüberzeugung bei abstinenten Alkoholikern im Vergleich zu rückfälligen, sofern bereichsspezifisch gemessen wurde. Huckstadt (1987) konnte zeigen, dass nicht-abstinente Alkoholabhängige auf der DRIE-Skala externalere Erklärungsmuster aufwiesen als abstinente. Nicht-abhängige Kontrollpersonen hatten dabei die am stärksten ausgeprägten internalen Überzeugungsmuster.

Krampen (1991) unterbreitete Alkoholikern bei Behandlungsbeginn einen von ihm entwickelten Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Er fand im Vergleich zur Normstichprobe erhöhte Werte sowohl auf beiden Externalitätsskalen als auch auf der Internalitätsskala. Einen niedrigeren Wert stellte er hingegen für das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten fest. Laut Autor könnte die erhöhte Internalität auf einer Internalisierung einseitiger Schuldzuweisungen durch Bezugspersonen basieren. In einigen Arbeiten wird vermutet, dass sowohl stärkere interne Orientierung als auch geringere fatalistische Externalität die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs erhöhen (z. B. Krampen & Nispel, 1983). Laut Krampen und Fischer (1988a, b) bestehen überdies deutliche Beziehungen zwischen (fatalistisch) externalen Kontrollüberzeugungen einerseits und depressiver Symptomatik sowie reduzierter kognitiver Leistungsfähigkeit andererseits.

Scheller und Lemke (1994) verglichen Alkoholabhängige in stationärer Behandlung, gesunde Kontrollprobanden und in Selbsthilfegruppen organisierte abstinente Alkoholiker hinsichtlich Stressbewältigungsverhalten, Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen. Die Autoren fanden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der generalisierten Kontrollüberzeugungen Internalität sowie soziale und fatalistische Externalität. Hingegen waren die Mittelwerte der generalisierten Kompetenzüberzeugungen signifikant niedriger bei den stationären Alkoholabhängigen im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen. Die fehlenden Unterschiede in den generalisierten Kontrollüberzeugungen könnten gemäss Autoren darauf zurückzuführen sein, dass sich die stationären Alkoholabhängigen zum Zeitpunkt der Erhebung bereits über zehn Wochen in Behandlung befanden und sich vermutlich bereits Veränderungen seit Behandlungsbeginn eingestellt haben dürften. Diesen Veränderungen über die Zeit ging Ruth Eisenmayr (2008) nach. Sie untersuchte 50 Alkoholiker zu Beginn und am Ende einer dreiwöchigen stationären Entzugsbehandlung im Hinblick auf Veränderungen in Kontrollüberzeugungen, Abstinenzzuversicht und Selbstkonzept. Es ergaben sich signifikante Zunahmen im Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und in der Abstinenzzuversicht sowie eine signifikante Abnahme in der sozialen Externalität im Verlauf der Behandlung. Patienten mit grösseren finanziellen, familiären und psychischen Belastungen zeigten dabei geringere Veränderungen im Selbstkonzept. Ob sich diese Veränderungen auf längere Sicht prognostisch günstig auswirkten oder lediglich als kurzzeitige Hospitalisationseffekte fungierten, wurde leider nicht untersucht.

2.6.2 Die Bedeutung der Selbstwirksamkeit

Das Konzept der Selbstwirksamkeit im Sinne von Bandura (1977) fand vor allem im sozial-kognitiven Rückfallmodell von Marlatt und Gordon (1985; vgl. Kapitel 3.6.2) Eingang in die Forschung zur Alkoholabhängigkeit. Marlatt und Gordon schreiben ihm eine Schlüsselrolle bei der Entstehung von Rückfällen zu. Ihre Annahmen konnten bislang in einer Reihe von empirischen Untersuchungen belegt werden, indem später abstinente Alkoholabhängige höhere Selbstwirksamkeitserwartungen aufweisen als rückfällige (Allsop, Saunders & Phillips, 2000; Demmel, Rist & Olbrich, 2001; Fäh, Sieber & Uchtenhagen, 1991; Goldbeck, Myatt & Aitchison, 1997; Maisto, McKay & O'Farrell, 1998; Rychtarik, Prue, Rapp & King, 1992; Schindler & Körkel, 1995).

Aufgrund der inkonsistenten Befundlage bei der Erhebung generalisierter versus spezifischer Selbstwirksamkeit wurde letztere in den meisten Studien seit Beginn der 1990er-Jahre reichsspezifisch erfasst (für eine Übersicht s. Zingg & Soyka, 2009). Sie wird verstanden als Zuversicht einer Person, in bestimmten Risikosituationen auf das Trinken von Alkohol verzichten zu können. Dabei konnte zum einen eine positive Korrelation zwischen Selbstwirksamkeit und längerem Intervall zwischen Behandlung und Rückfall gefunden werden (Greenfield et al., 2000; Allsop et al., 2000). Zum anderen erwies sich die Selbstwirksamkeit in mehreren Studien als stärkster Prädiktor für die Aufrechterhaltung der Abstinenz. Berücksichtigt wurden Variablen wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Abhängigkeitsdauer, Teilnahme an Selbsthilfegruppen sowie Attributions- und Copingstile (z. B. Moos & Moos, 2006; Vielva & Iraurgi, 2001). In mehreren Untersuchungen stellte sich heraus, dass die Abstinenz-zuversicht bei später abstinenten alkohol- oder drogenabhängigen Patienten während stationärer Behandlung stärker zunimmt als bei rückfälligen (Burling, Reilly, Moltzen & Ziff, 1989; DiClemente et al., 2001; Solomon & Annis, 1990). In anderen Studien fanden sich auch gegenteilige Befunde, indem die Gruppe der Abstinenten im Vergleich zu den Rückfälligen einen signifikant geringeren Anstieg der Abstinenzzuversicht vom Behandlungsbeginn bis zum Behandlungsende aufwies (Schneider, Brenner, Funke & Garbe, 2002). Diese Inkonsistenz könnte einerseits durch Merkmale der untersuchten Stichproben (Schwere der Abhängigkeit, Geschlecht der Patienten, Erhebungszeitpunkt usw.) oder der angewandten Messinstrumente erklärt werden. Andererseits neigen alkoholabhängige Patienten häufig zu einer unrealistischen Unterschätzung des eigenen Rückfallrisikos und somit zu überhöhten Selbstwirksamkeitserwartungen. Zu hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugungen können zu einer Überschätzung der eigenen Fähigkeiten und somit zu einer „Kontrollillusion“ führen, während zu niedrige

Selbstwirksamkeitsüberzeugungen eine „Illusion der Inkompetenz“ widerspiegeln, die sich in einer antizipierten unrealistischen Hilflosigkeit angesichts von Risikosituationen niederschlägt (Krampen, 1985).

Nach Goldbeck et al. (1997) dürfte der prädiktive Wert der Selbstwirksamkeit einem Deckeneffekt unterliegen. Rückfällige geben trotz ihres offensichtlichen Misserfolgs meist weiterhin relativ hohe Selbstwirksamkeitseinschätzungen ab. Dies erstaunt umso mehr, als frühere Erfahrungen die gegenwärtige Selbstwirksamkeit stark beeinflussen. Es kann angenommen werden, dass die soziale Erwünschtheit sowie Selbsttäuschung zu den noch immer hohen Selbstwirksamkeitseinschätzungen von Rückfälligen führen (vgl. auch Kapitel 3.9). Goldbeck et al. (1997) bieten, nebst dem *self-serving bias* und Selbsttäuschung, weitere interessante Erklärungen für das gefundene Phänomen an. Erstens können sich Patienten aufgrund der Untersuchungssituation unter Druck gesetzt fühlen, zuversichtlicher erscheinen zu müssen, als sie es tatsächlich sind. Zweitens können stressvolle Lebensereignisse für normale Umstände haltbare Selbsteinschätzungen in Frage stellen und die Person überfordern. Drittens könnte die Erhebungsmethode verantwortlich sein, wie beispielsweise mangelnde Sensitivität der verwendeten Skalen, fehlende Varianz in den Schwierigkeitsstufen der dargestellten Situationen oder generell fehlende Spezifizierung der situationalen Umstände. Dies könnte die Probanden dazu verleiten, stets von *best-case*-Szenarien für die Einschätzung ihrer Selbstwirksamkeit auszugehen (s. auch Forsyth & Carey, 1998). Auch eine unreflektierte Überschätzung eigener Fähigkeiten bei gleichzeitiger Unterschätzung risikoreicher situationaler Umstände können zu optimistischen Erwartungen führen (Körkel, 2001). Polivy und Hermann (2002) beschreiben das sogenannte *false hope-syndrome*, welches durch den Kreislauf von Misserfolg und erneuter Anstrengung charakterisiert ist. Niederlagen werden dabei auf externale und variable Ursachen zurückgeführt.

Demmel, Nicolai & Jenko (2006) untersuchten an einer Stichprobe von 142 alkoholabhängigen Patienten die Einschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit sowie die Einschätzung der Selbstwirksamkeit von anderen Personen. Tatsächlich war die Einschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit nicht prädiktiv für das Trinkverhalten nach Behandlungsende, sehr wohl aber die Einschätzung des Erfolgs von anderen.

In einer deutschen Studie mit 168 alkoholabhängigen Patienten, die sich entweder in einer ambulanten Behandlung, in einer stationären Kurzzeit- oder in einer stationären Langzeitbehandlung befanden, hatte die Selbstwirksamkeit in der stationären Kurzzeitgruppe den relativ

stärksten prädiktiven Wert für die Abstinenz über zwei Jahre (Zingg et al., 2008). Während die Selbstwirksamkeit im Verlauf der Behandlung in jeder Gruppe deutlich zunahm, hielt dieser Trend nur für die stationäre Kurzzeitgruppe auch über den Katamnesezeitraum von zwei Jahren an. In der stationären Langzeitgruppe, in der relativ am meisten Patienten rückfällig wurden, gab es einen gegenteiligen Verlauf, ihre Zuversicht, auf Alkohol verzichten zu können, nahm über die Zeit geringfügig ab. In dieser Gruppe hatte die Selbstwirksamkeit keinerlei prädiktiven Wert für die Abstinenz nach zweijährigem Katamnesezeitraum, was auf überhöhte Selbstwirksamkeitserwartungen und eine Überschätzung der eigenen Fähigkeiten hinweisen könnte, wie dies bereits in anderen Studien vermutet wurde (Goldbeck et al., 1997; Demmel et al., 2006). Chicharro Romero, Pedrero Pérez und Pérez López (2007) fanden einen Zusammenhang zwischen sehr niedriger sowie sehr hoher Selbstwirksamkeit und psychopathologischen Variablen. Die Korrelation zwischen Behandlungserfolg und Selbstwirksamkeit scheint einen umgekehrt u-förmigen Verlauf zu haben, indem vor allem mittlere Selbstwirksamkeitsausprägungen am höchsten mit dem Behandlungserfolg korrelieren.

Die Studien zum Vorhersagewert der Selbstwirksamkeit unterscheiden sich erheblich bezüglich ihrer Methodik. Eine wichtige Rolle spielen der Erhebungszeitpunkt, aber auch die Dauer der Behandlung sowie die verwendeten psychometrischen Instrumente, die teilweise sehr unterschiedliche Konstrukte erfassen oder sogar miteinander konfundieren (bereichsspezifische Selbstwirksamkeit, generalisierte versus bereichsspezifische Kontrollüberzeugungen). Ebenfalls gibt es teilweise erhebliche Differenzen in der Zusammensetzung der Stichproben bezüglich der Diagnosen, des Alters und weiterer soziodemografischer Charakteristika. Ein für Regressionsanalysen zentraler Punkt ist auch die Art und Anzahl der neben der Selbstwirksamkeit mitberücksichtigten Variablen. Nichtsdestotrotz kann nach heutigem Forschungsstand angenommen werden, dass der Selbstwirksamkeit eine eigenständige und bedeutsame Moderatorfunktion in der Aufrechterhaltung von langfristiger Abstinenz zukommt.

3 Forschungsstand II: Störungen durch Alkohol

In diesem Kapitel wird der Forschungsstand bei Störungen durch Alkohol skizziert. Nach einer kurzen Einführung über Wirkung, Pharmakokinetik und pharmakologisch-toxische Effekte von Alkohol werden neuere Befunde bezüglich Epidemiologie, Entstehung, Aufrechterhaltung, Rückfallgeschehen, Komorbidität und Wirksamkeit therapeutischer Interventionen erörtert. Die Darstellung aktueller Erkenntnisse im Hinblick auf kognitive Veränderungen im Rahmen chronisch übermässigen Alkoholkonsums und weiteren Substanzen bildet den Abschluss.

Nicht eingegangen wird auf somatische Folgeschäden sowie neuropsychiatrische Komplikationen (zum Beispiel Alkoholhalluzinose, Delir, Wernicke-Korsakow-Enzephalopathie), was den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde. Für einen Überblick hierfür sei auf Soyka & Kufner (2008) verwiesen.

3.1 Wirkungsweise von Alkohol

Unter Alkohol wird im Allgemeinen nur Ethylalkohol (Ethanol, C_2H_5OH) verstanden. Als wasserlösliches Molekül kann es in alle Gewebe des Körpers eindringen. Ethanol wird bei der Herstellung alkoholischer Getränke aus kohlenhydrathaltigem Material durch eine durch Hefen ausgelöste Gärung bewusst in relativ grossen Mengen produziert. Er entsteht auch im menschlichen Körper, jedoch nur in sehr geringem Masse. Auf das einzelne Neuron wirkt er generell dämpfend. Um jedoch die Vielfalt seiner unterschiedlichen Wirkungen auf das neurobiologische Gesamtsystem sowie auf das Erleben und Verhalten erfassen zu können, muss zwischen grossen und kleinen Alkoholmengen sowie kurz- und langfristiger, positiver und negativer Wirkung differenziert werden. Kleine Mengen (bis ca. 30 Gramm) wirken kurzfristig eher aktivierend und entspannend, können aber auch ein Nachlassen der Steuerungsfähigkeit und eine Enthemmung nach sich ziehen. Grössere Mengen (mehr als 30 Gramm) haben einen stark dämpfenden Effekt und führen zu einem veränderten Bewusstseinszustand mit Wahrnehmungsstörungen, einem Verlust der Steuerungsfähigkeit sowie motorischen Auffälligkeiten. Langfristig haben kleine Mengen Alkohol unter Umständen eine protektive Wirkung, grosse Mengen führen zu einer Toleranzentwicklung und zu einer Gegenregulation des Organismus (Entzugserscheinungen), namentlich zu einer Abhängigkeit (Übersicht s. Soyka & Kufner, 2008 sowie Singer & Teysen, 2005).

3.1.1 Pharmakokinetik des Alkohols

Die Absorption von Alkohol führt zu einem schnellen Anstieg der Blutalkoholkonzentration (Absorptionsphase), dem ein langsamerer Abfall folgt (Eliminationsphase). Alkohol passiert rasch die Blut-Hirn-Schranke, wobei das zentrale Nervensystem empfindlich auf einen steilen Anstieg der Blutalkoholkonzentration reagiert. Durch den Blutstrom und den Vorgang der Diffusion wird Alkohol im Gewebe verteilt. Die Hauptabsorption erfolgt zu 20% im Magen und zu 80% im Dünndarm. Die Absorptionsgeschwindigkeit ist abhängig von der Alkoholkonzentration, der Kontaktzeit und vor allem der Durchblutung des Magens sowie Begleitstoffen alkoholischer Getränke. Nach etwa sechzig bis neunzig Minuten ist die Absorption von Alkohol im gesamten Körper abgeschlossen. Von diesem Zeitpunkt an entspricht die Blutalkoholkonzentration weitgehend der Konzentration im Gewebe und ist abhängig von der Alkoholmenge, der Absorptionsgeschwindigkeit, vom Körpergewicht bzw. der Menge des Körperwassers und von der Geschwindigkeit der Alkoholelimination.

Der Abbau des Alkohols im Körper geschieht durch drei vornehmlich in der Leber ablaufende Oxidationsprozesse: Erstens durch Oxidation zu Acetaldehyd (vorwiegend in der Leber), zweitens durch Oxidation von Acetaldehyd zu Acetat bzw. Acetyl-Coenzym A mit Hilfe der Acetaldehyddehydrogenase und drittens durch Oxidation des Acetyl-Coenzym A im Tricarbonsäurezyklus zu Kohlensäure bzw. Wasser. Vier Stoffwechselwege stehen dafür zur Verfügung, die Alkoholdehydrogenase, das mikrosomale Ethanol-oxidierende System, die Katalase sowie Bindung an die Glucuronsäure. Die Alkoholelimination über Atmung, Schweiß und Urin beträgt höchstens zwei bis fünf Prozent der aufgenommenen Menge. Mindestens 95% wird enzymatisch zu den Endprodukten Kohlenstoffdioxid und Wasser metabolisiert. Pro Stunde werden ca. sechs bis neun Gramm Alkohol abgebaut, weitgehend unabhängig von der Konzentration. Bei ausgeprägten Leberstörungen wie beispielsweise der Leberzirrhose kann es zu einer Verzögerung des Alkoholabbaus kommen.

Detailliertere Angaben zur Pharmakokinetik des Alkohols sind der Arbeit von Soyka und Küfner (2008) zu entnehmen.

3.1.2 Pharmakologisch-toxische Wirkung von Alkohol

Alkoholmissbrauch schädigt praktisch alle Organsysteme. Alkohol wirkt direkt toxisch auf Zellen und ihre Übertragungssysteme, führt zu lokalen Gewebsschädigungen und zu Veränderungen im Eiweiß-, Vitamin- und Mineralstoffwechsel. Weitere pharmakologisch-toxische Wirkungen kommen durch die Bildung von Metaboliten (Acetaldehyd, Lipogenese, Gluko-

neogenese), durch Durchblutungsstörungen sowie durch Dämpfung des zentralen Nervensystems zustande. Letzteres wird durch Alkohol auf morphologischem, biochemischem, pharmakologischem und elektrophysiologischem Gebiet beeinflusst, wobei es hier erhebliche intra- und interindividuelle Unterschiede gibt. Morphologisch führt übermässiger Alkoholkonsum hauptsächlich zu Schädigungen des periventrikulären Graus, bestimmter Abschnitte der Grosshirnrinde, vor allem des frontalen Kortex, der Neurone des Kleinhirns und des Hippocampus sowie der weissen Substanz. Diese Schädigungen sind computertomografisch resp. kernspintomografisch nachweisbar und durch Abstinenz teilweise reversibel (vgl. Soyka & Kűfner, 2008).

Die Wirkung von Alkohol auf biochemische Prozesse ist äusserst komplex. Nahezu jedes Neurotransmittersystem wird durch Alkohol beeinflusst. Hierzu sei auf Spezialliteratur verwiesen (z. B. Heinz & Batra, 2003; Ollat, Parvez & Parvez, 1988; Tsai, Gastfriend & Coyle, 1995). Die wichtigsten involvierten Neurotransmitter sind Dopamin, Noradrenalin, Serotonin, Acetylcholin, Glutamat, die Gamma-Aminobuttersäure (GABA) sowie das Opiat-Endorphinsystem. Von besonderer Bedeutung ist die Wirkung auf das Dopaminsystem, die jedoch dosisabhängig ist. In niedriger Dosierung stimuliert Alkohol das dopaminerge System. Es kommt zu einer verstärkten Freisetzung von Dopamin, in hoher Dosis hingegen zu einer Hemmung der Dopaminfreisetzung bei gleichzeitiger Stimulation der Dopaminsynthese. Chronische Alkoholbelastung führt zu einer verminderten Funktion des dopaminergen Systems mit einer reduzierten Dopaminsynthese und –freisetzung. Diese dopaminerge Hypofunktion führt zu einer Hypersensitivität der Dopaminrezeptoren. Im Alkoholentzug kommt es zu einer gesteigerten Dopaminfreisetzung bei gleichzeitiger Überempfindlichkeit der Dopaminrezeptoren, was das Auftreten von Halluzinationen und Wahnsymptomen erklären könnte. Der Hypofunktion des mesolimbischen Dopaminsystems dürfte auch beim Alkoholverlangen (Craving) bei Abstinenz eine Schlüsselrolle zukommen (s. auch Kapitel 3.4.1).

3.2 Epidemiologie

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung im Jahr 2002 ergab, dass rund 140'000 Frauen (4.4% der schweizerischen Gesamtbevölkerung) und 210'000 Männer (7.1%) einen chronischen Risikokonsum von Alkohol aufweisen (Annaheim & Gmel, 2004). Nach Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation liegt die Grenze bei 40 Gramm reinen Alkohols pro Tag für Männer und bei 20 Gramm für Frauen (Rehm et al., 2004). Die Altersgruppe der 55- bis 74-Jährigen zeigt dabei am häufigsten einen regelmässig-risikoreichen Konsum, während der

sporadisch-risikoreiche Konsum sowie das Rauschtrinken vorwiegend ein Phänomen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist. Beide Konsumarten, jedoch vor allem der sporadisch-risikoreiche Konsum, sind Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung eines schädlichen Gebrauchs resp. einer Abhängigkeit. Besonders das Rauschtrinken zeigt in den letzten Jahren eine besorgniserregende Zunahme in der Bevölkerung. In der Schweiz beispielsweise trinken sich rund 230'000 Personen monatlich in einen Rausch und konsumieren demnach definitivonsgemäss mehr als acht Gläser Alkohol (resp. sechs für Frauen) während einer Gelegenheit. 20% aller nicht abstinenten männlichen Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren sowie 6.2% aller weiblichen Jugendlichen sind Rauschtrinkende (Annaheim & Gmel, 2004).

Insgesamt weisen 8.5% der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren Abhängigkeitssymptome auf, was ca. 380'000 Personen entspricht. Mit zunehmendem Alter nimmt sowohl die Abhängigkeitssymptomatik als auch der schädliche Konsum kontinuierlich ab. Wittchen und Jacobi (2005) fanden in zwölf europäischen Repräsentativstudien eine 12-Monats-Prävalenzrate für die DSM-IV-Alkoholabhängigkeitsdiagnose zwischen 0.1 und 6.6%. Der Median liegt bei 2.4%. Die Alkoholabhängigkeit steht somit in Europa an vierter Stelle der häufigsten psychischen Störungen, nach der Gruppe der Angststörungen, den depressiven Störungen und den somatoformen Störungen. Nach Bühringer et al. (2000) beträgt die Lebenszeitprävalenz nach DSM-IV für Alkoholabhängigkeit ca. 4.8% und für Missbrauch 11.4%.

3.3 Diagnostik der Alkoholabhängigkeit

Sowohl im DSM-IV (Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) als auch in der ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2004) wird zwischen Missbrauch resp. schädlichem Gebrauch von Alkohol und Alkoholabhängigkeit unterschieden. Für die Diagnose des *Missbrauchs* nach DSM-IV muss mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums vorhanden sein:

- 1) Wiederholter Alkoholkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zuhause führt;
- 2) wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann;
- 3) wiederkehrende rechtliche Probleme in Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum;

- 4) fortgesetzter Alkoholkonsum trotz ständiger oder sich wiederholender sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen des Alkohols verursacht oder verstärkt werden.

Diese Symptome dürfen niemals die untenstehenden Kriterien für eine Abhängigkeit erfüllt haben.

In der ICD-10 wird der Begriff des „schädlichen Gebrauchs“ verwendet, der definiert ist durch ein Konsummuster psychotroper Substanzen (hier des Alkohols), das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als eine körperliche Störung auftreten oder als psychische Störung, z.B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum. Soziale Schäden werden in der ICD-10 leider nicht berücksichtigt.

Die Diagnose einer *Abhängigkeit* wird nach ICD-10 dann gestellt, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

- 1) Starker Wunsch oder eine Art Zwang, die psychotrope Substanz zu konsumieren;
- 2) verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums;
- 3) körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums;
- 4) Nachweis einer Toleranz;
- 5) fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums; erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen;
- 6) anhaltender Konsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken.

Die Diagnosestellung nach DSM-IV erfolgt nach analogen Kriterien.

Für die Sicherung der Diagnose können verschiedene und sehr unterschiedliche dieser Kriterien erfüllt sein, aber kein einzelnes muss zwingend vorhanden sein. Daraus ergibt sich, dass unter der Diagnose Alkoholabhängigkeit sehr differierende Typen von Abhängigen zusammengefasst werden. In den letzten Jahrzehnten hat dies dazu geführt, dass ein- und mehrdimensionale Typologien vorgeschlagen wurden, von denen jedoch nur wenige empirisch ausreichend überprüft wurden (Übersicht in Soyka 1995). Eine der ältesten ist diejenige von Jellinek (1960), die sich überwiegend am Trinkstil orientiert. Nach seiner Unterteilung sind die klinisch relevanten abhängigen Trinker der sogenannte Gamma-Typ mit zunächst psychi-

scher, später auch physischer Abhängigkeit mit Kontrollverlust sowie der Delta-Typ mit einem rauscharmen, kontinuierlichen Trinkmuster mit vorwiegend psychischer Abhängigkeit und ohne Kontrollverluste. Die Typologie von Cloninger (1987) unterscheidet einen prognostisch günstigeren Typ I-Alkoholiker (Beginn nach dem 25. Lebensjahr, eher von Umweltfaktoren abhängig) vom Typ II-Alkoholiker mit genetischen Einflussfaktoren und frühem Beginn. Auch Babor et al. (1992) macht die Unterteilung in einen Typ A mit späterem Krankheitsbeginn, weniger Komorbidität und besserer Prognose und einen Typ B mit früherem Störungsbeginn, familiärer Belastung, Risiko zu Mehrfachabhängigkeit und schlechterer Prognose. Bisherige Forschungsergebnisse weisen übereinstimmend auf einen – prognostisch ungünstigeren – Abhängigkeitstyp mit genetischen Risikofaktoren, frühem Ersterkrankungsalter und schwererem Krankheitsverlauf hin (Irwin, 1990).

Zur diagnostischen Sicherung einer Alkoholabhängigkeit dienen Screening-Instrumente (beispielsweise der CAGE-Test von Ewing, 1984; der Michigan Alcoholism Screening Test MAST von Selzer, 1971 oder der Alcohol Use Disorder Test AUDIT von Babor, De la Fuente, Saunders & Grant, 1989), standardisierte Interviews (zum Beispiel das Strukturierte Klinische Interview SKID von Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997 oder der European Addiction Severity Index EuropASI von Gsellhofer, 1999), Fragebogentests (zum Beispiel der Münchner Alkoholismus Test MALT von Feuerlein, Kufner, Ringer & Antons, 1979 oder die Göttinger Abhängigkeitsskala GABS von Jacobi, Brand-Jacobi & Marquardt, 1987) sowie mehrdimensionale Untersuchungsinstrumente, die u. a. auch Trinkmotive, Suchtverhalten, soziale Aspekte des Trinkens oder das Suchtverlangen erfassen (zum Beispiel das Trierer Alkoholismusinventar TAI von Scheller, Keller, Funke & Klein, 1984 oder die Obsessive-Compulsive-Drinking-Scale OCDS von Anton, Moak & Latham, 1995, 1996). Das klinische Erscheinungsbild und fremdanamnestiche Angaben können ebenfalls deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer Alkoholproblematik liefern. Bei evidentem klinischem Verdacht und/oder hartnäckigen Bagatellisierungstendenzen bietet sich auch der Einsatz biologischer Marker an. Die klinisch wichtigsten sind die drei Leberenzyme Gamma-Glutamyl-Transferase (Gamma-GT), Glutamat-Oxalacetat-Transaminase (GOT) und Glutamat-Pyruvat-Transaminase (GPT), die hämatologischen Parameter *mean corpuscular volume* (MCV) und *carbohydrate deficient transferrin* (CDT) sowie der Metabolit Ethylgluconid (ETG).

3.4 Erklärungsmodelle für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit

Die Mechanismen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit führen, sind äusserst komplex. Immer handelt es sich um ein dynamisches Zusammenspiel von genetischen, neurobiologischen, psychosozialen, persönlichkeitsbezogenen und somatisch-medizinischen Faktoren, die sich gegenseitig bedingen und verstärken.

Auf psychischer, sozialer und somatischer Ebene werden durch wiederholten, übermässigen Alkoholkonsum globale Teufelskreise in Gang gesetzt, die zu erneutem Trinken als allgemeine Problemlösungsstrategie mit verstärkten und verfestigten positiven Alkoholerwartungen führen. Dies ermöglicht kurzfristig Erleichterung, verschärft jedoch langfristig die Probleme und Konflikte.

In den folgenden Kapiteln wird im Einzelnen auf neurobiologische, psychosoziale und Persönlichkeitsfaktoren eingegangen, die hierzu einen Erklärungsbeitrag leisten. Es gilt zu bedenken, dass das individuelle Risiko, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln, bis heute nicht vorhergesagt werden kann (Soyka & Kufner, 2008).

3.4.1 Neurobiologische Faktoren

Für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit wird heute von einem hohen genetischen Anteil von ungefähr 50% ausgegangen (McGue, 1999). Neben diesen genetischen Faktoren finden sich umweltabhängige neurobiologische Marker als Risikofaktoren. So kann das Ausmass neuronaler Veränderungen nach (frühkindlichen) Traumatisierungen individuell unterschiedlich ausgeprägt sein, was zu einer quantitativ unterschiedlichen Vulnerabilität hinsichtlich der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit führt. Aber auch soziale Isolation hat eine hohe Bedeutung für eine spätere Alkoholabhängigkeit, wie Adoptionsstudien belegen (Bohmann, 1996; Cloninger, 1987). Für soziale Stressoren wie beispielsweise Arbeitslosigkeit oder fehlende soziale Integration bleiben empirische Belege für nachhaltige neurobiologische Veränderungen bisher aus (Mann, Hermann & Heinz, 2000).

Im Weiteren konnte das Ausmass der Toleranz, vor allem bei den ersten Erfahrungen mit Alkohol, als Risikofaktor identifiziert werden. Je geringer die Sensitivität bezüglich der eingenommenen Alkoholmenge ist, desto grösser ist das Risiko für die Entwicklung einer späteren Alkoholabhängigkeit. Die erhöhte Alkoholtoleranz ist verbunden mit einer verminderten Reaktion auf sedierende GABAerge Wirkungen des Alkohols und könnte Folge einer reduzier-

ten serotonergen Neurotransmission sein (Schuckit et al., 1999). Ähnliches konnte bei Menschen mit einer genetisch bedingten Verlangsamung des Alkoholabbaus festgestellt werden. Bei ihnen verhindert die erhöhte Alkoholunverträglichkeit möglicherweise die Entstehung einer Abhängigkeit, was die verminderte Prävalenz in Asien erklären könnte (Reich et al., 1998).

Von der grossen Menge an Kandidatengenen, die mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit assoziiert sind, konnten bisher nur genetische Varianten der alkoholabbauenden Enzyme Alkohol-Dehydrogenase 1B (ADH-1B) und Aldehyd-Dehydrogenase 2 (ALDH-2) als wirklich bedeutsam identifiziert werden. Die Rolle weiterer Kandidatengene wie GABA-Rezeptorgene, Dopamin-Rezeptor- und Transportergene, Serotonin-Rezeptor- und Transportergene sowie das Neuropeptid Y ist unvollständig geklärt (Übersicht bei Dick & Foroud, 2003). Trotz zunehmender Befunde zur Bedeutung glutamaterger Neurotransmitterveränderung bei Alkoholabhängigkeit sind wegweisende Studien zur Bedeutung genetischer Variationen des Glutamatsystems bestenfalls rar (Spanagel et al., 2005). Einen Überblick über genetische Einflüsse auf die Alkoholabhängigkeit gibt Schuckit (2009).

Für die Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit zentrale Mechanismen sind die Toleranzentwicklung und Entzugssymptomatik sowie der konditionierte Entzug und das Alkoholverlangen (Craving). Heute wird angenommen, dass das Gehirn in einem autoregulativen Prozess versucht, ein Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Alkohol vermittelt über GABAerge Rezeptoren eine sedierende Wirkung. Bei deren dauerhaften Aktivierung reagiert das Gehirn mit einer Reduktion der zur Verfügung stehenden GABA-A-Rezeptoren, um den sedierenden Effekt auszugleichen (Abi-Dargham et al., 1998). Im Gegensatz dazu hemmt Alkohol die Aktivität der NMDA-Rezeptoren (Subtypen der Glutamat-Rezeptoren). Glutamat gilt im zentralen Nervensystem als wichtigster exzitatorischer Neurotransmitter. So führt die dauerhafte Unterdrückung der Signalübertragung an glutamatergen NMDA-Rezeptoren zu deren Hochregulation, während GABA-A-Rezeptoren chronisch herunterreguliert werden. Bei Wegfall des Suchtmittels führt dies zu einer extremen Überempfindlichkeit bezüglich exzitatorischer Reize bei gleichzeitiger Unterempfindlichkeit gegenüber GABAerg wirkenden sedierenden Substanzen. Dieser Mechanismus erklärt Krampfanfälle oder andere zentrale Entzugssymptome wie Agitation, Halluzinationen oder Schlafstörungen (Tsai et al., 1995).

Entzugssymptome können aber auch ohne Beendigung des Konsums als sogenannte konditionierte Reaktionen auftreten. Dabei lösen Situationen oder Umweltreize, die der Alkoholab-

hängige mit dem Konsum verbindet, Erwartungen im Organismus aus, dass eine Alkoholfuhr direkt bevorsteht. Wenn diese ausbleibt, können entzugsähnliche Symptome entstehen als eine Reaktion des Körpers, um der Wirkung der Substanz entgegenzuwirken. Die zentralnervöse Übererregung als Reaktion auf die vom Körper antizipierte sedierende Wirkung des Alkohols wird vom Alkoholabhängigen als Unruhe, Ängstlichkeit und Craving interpretiert (Verheul, Van den Brink & Geerlings, 1999). Für die Entstehung konditionierter Entzugerscheinungen wird vermehrt eine Überaktivität des glutamatergen Systems angenommen, was auch die Wirkung von Acamprosat als Substanz zur Rückfallprophylaxe insbesondere bei Patienten mit einem erhöhten Alkoholverlangen erklärt (Übersicht bei Soyka & Preuss, 2003).

Die Interaktion zwischen dem opioidergen und dopaminergen Neurotransmittersystem hat ebenfalls eine sehr wichtige Funktion für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit. Die verhaltensverstärkende Wirkung des dopaminergen Systems geschieht dadurch, dass es vor allem durch überlebenswichtige Reize, die lustbetonte Gefühls- und Triebregungen auslösen, stimuliert wird und somit das Überleben einer Art sichert. Zahlreiche Rauschdrogen entfalten ihre psychotropen Effekte über eine Beeinflussung von Dopaminrezeptoren insbesondere im mesolimbischen Dopaminsystem (Schulteis & Koob, 1994). Eine wichtige Relaisstation ist der Nucleus accumbens, in dem eine enge Wechselwirkung zwischen Dopamin und endogenen Opioiden stattfindet. Die Stimulierung der Dopaminausschüttung durch Alkohol trägt daher wesentlich zur Entstehung von Craving bei. Aber auch die Aktivierung des Opiatsystems durch Alkohol intensiviert das Verlangen, indem es vor allem ein Gefühl des Wohlbefindens auslöst. Die Ausschüttung von Dopamin wird teilweise über eine Aktivierung von Opiatrezeptoren induziert. Die wiederholte Aktivierung beider Systeme kann zu einer zunehmenden Sensitivierung und Verstärkung führen, was eine immer höhere Attraktivität von alkoholassoziierten Reizen nach sich zieht. Durch Langzeitstimulation des dopaminerg-endorphinerg vermittelten Belohnungssystems scheint es zu einer neurochemisch und molekularbiologisch begründbaren Anpassung im zentralen Nervensystem zu kommen, die ihrerseits zu einer Aufrechterhaltung des Alkoholkonsums beiträgt. Die bei Wegfall der Alkoholstimulation anzunehmende Hypofunktion des mesolimbischen Dopaminsystems dürfte für eine Reihe von Symptomen verantwortlich sein, wie etwa das Alkoholverlangen bei Abstinenz. Wichtig für das Verständnis dieses sogenannten „Suchtgedächtnisses“ ist, dass es nicht nur durch alkoholspezifische, sondern wahrscheinlich auch durch eher unspezifische Umgebungsreize oder Stress angestoßen wird und auf diese Weise ebenfalls Suchtdruck auslösen kann (Soyka & Kufner, 2008).

Der zunehmende Wissensstand bezüglich neurobiologischer Mechanismen bietet Möglichkeiten sowohl zur Entwicklung neuartiger pharmakologischer als auch psychotherapeutischer Behandlungsansätze wie beispielsweise Reizexpositionsverfahren (*cue exposure*).

3.4.2 Psychosoziale Faktoren

Für Kinder aus Alkoholikerfamilien besteht ein Risiko von ca. 30% für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit und ist etwa doppelt so hoch wie bei Kindern aus Nicht-Alkoholikerfamilien (z. B. Knop et al., 1993; Schuckit & Smith, 1996). Trotz der Schwierigkeit, psychosoziale Merkmale der Familie von genetisch bedingten Effekten zu unterscheiden, konnten bei Alkoholikerfamilien einige Charakteristika identifiziert werden, die sich mit hoher Wahrscheinlichkeit negativ auf die Kindesentwicklung auswirken. Dazu gehören eine geringe Familienkohäsion, wenig emotionaler Austausch zwischen Eltern und Kindern sowie eine geringe Übereinstimmung zwischen beiden Elternteilen (Sher, Walitzer, Wood & Brent, 1991; West & Prinz, 1987; Zobel, 2006). Kinder aus Alkoholikerfamilien zeigen häufiger hyperaktives und delinquentes Verhalten, sind sozial weniger angepasst, haben ein niedrigeres Selbstwertgefühl, sind mehr auf Unterstützung angewiesen und haben allgemein mehr emotionale und gesundheitliche Probleme. Auch das elterliche Trinkverhalten und die elterliche Permissivität massiven Alkoholkonsums gegenüber zeigen einen Zusammenhang mit einem höheren Konsum bei den Jugendlichen (Dielmann, Butchart, Shope & Miller, 1991; Sieber, 1993). Traumatische Erfahrungen in der Kindheit tragen ebenfalls zu erhöhtem Substanzkonsum bei. So korreliert zumindest bei Frauen sexueller oder körperlicher Missbrauch deutlich mit einer späteren Suchtentwicklung (Langeland & Hartgers, 1998).

Auch ausserhalb der Familie konnten Risikofaktoren identifiziert werden. Das Familienklima und die Schumatmosphäre (zum Beispiel Klarheit der schulischen Regeln, Einflussmöglichkeiten der Schüler, Respekt gegenüber den Schülern) können sich wechselseitig beeinflussen und zusammen auf die Schulbildung und Selbstwirksamkeitserwartung als Merkmale der Person einwirken. Letztere beeinflussen die Interaktion mit der Peer-Gruppe, die einen direkten Einfluss auf die Suchtentstehung hat. Das Trinkverhalten sowie die alkoholbezogenen Normen und Einstellungen der gleichaltrigen Freunde sind prädiktiv für den Alkoholgebrauch von Jugendlichen, wobei auch eine entsprechende Beeinflussbarkeit in der Persönlichkeit des Jugendlichen, die wiederum im Wesentlichen durch die Eltern geprägt wird, angenommen werden muss (Überblick bei Dielmann et al., 1991).

Für die Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit im Erwachsenenalter konzentrierten sich die entsprechenden Untersuchungen hauptsächlich auf die Bedeutung des (weiblichen) Partners. Unter dem Begriff der „Ko-Abhängigkeit“ werden Verhaltensweisen von Bezugspersonen (meistens von Ehepartnern) subsumiert, welche die Defizite und Probleme des Alkoholabhängigen zu kompensieren versuchen und damit zur Aufrechterhaltung der Sucht beitragen (Günther, 1996; Rennert 1990). Die wenigen durchgeführten Studien bei Partnerschaften von Alkoholikerinnen deuten auf eine schwer gestörte Kommunikation zwischen den Partnern hin (Wood & Duffy, 1966). Die männlichen Partner von Alkoholikerinnen scheinen weniger extravertiert und weniger gesellig zu sein als die Männer der Kontrollgruppe (Busch, Körmendy & Feuerlein, 1973). Generell sind Störungen in der Interaktionsfähigkeit von chronisch Alkoholabhängigen in Partnerschaft und Familie sehr häufig. Sie zeigen sich in mangelnden Fähigkeiten, unangenehme und schmerzhaft Gefühle anzusprechen sowie Gefühle in ihrer Entwicklung zu verstehen. Oftmals nehmen Alkoholabhängige nur Ärger als Endzustand wahr. Zudem haben sie Schwierigkeiten, Versprechen einzuhalten, was zu Misstrauen unter den Familienmitgliedern führt (Werner, 1999). Inwiefern diese Kommunikations- und Interaktionsmuster Ursache oder Folge der Alkoholabhängigkeit sind, lässt sich nicht abschließend beantworten, es muss wohl auch hier von einem dynamischen Wechselspiel ausgegangen werden.

Vergleichsweise wenig untersucht wurde, inwieweit ungünstige soziale Bedingungen wie negative Lebensereignisse und soziale Belastungen zu einer Verstärkung des Alkoholkonsums im Erwachsenenalter beitragen. Bezüglich der Arbeitssituation wird für bestimmte Berufsgruppen (Berufe, die mit der Produktion und Vertrieb von Alkohol zu tun haben, ungelernete Arbeiter, Bau- und Metallberufe, Kontaktberufe, Freiberufler) eine besondere Alkoholgefährdung angenommen. Bisher konnten keine eindeutigen Zusammenhänge zwischen verschiedenen Arten von Belastungen am Arbeitsplatz und erhöhtem Alkoholkonsum gefunden werden (Renn, 1988). Es kann angenommen werden, dass Alkohol bei den unterschiedlichsten berufsbezogenen Belastungen zur Spannungsreduktion eingesetzt wird (zum Zusammenhang zwischen Stress und Alkohol s. unten). Arbeitslosigkeit scheint nicht generell zu einer Zunahme des Alkoholkonsums zu führen, vielmehr verschärft sie bereits zuvor bestehende Konsumgewohnheiten (Henkel & Zemlin, 2008). Das gesellige Trinken nimmt dabei eher ab, während das Erleichterungs- und Konfliktrinken zunimmt. Die Ergebnisse über den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Alkoholkonsum sind heterogen (Pritchard & Martin, 1996). Sowohl Wohlstand als auch finanzielle Not können zu einem An-

stieg des Konsums führen. Auch hier kommt es vermutlich zu einer Verstärkung von persönlichkeitsgetragenen Verhaltensmustern in Belastungssituationen.

Der Einfluss sozialer Faktoren auf den Alkoholkonsum wird immer über die Bedingungen des Individuums wie Lernerfahrungen, Einstellungen, Motive, Erwartungen und Attributionen vermittelt. Die genaue Kenntnis dieser Zusammenhänge und Wirkmechanismen ist gegenwärtig noch unvollständig. Verschiedene Hypothesen und Modelle werden diskutiert, beispielsweise die sogenannte Stress-Hypothese von Shiffman und Wills (1985). Sie geht von der stressreaktionsdämpfenden Wirkung von Alkohol aus und wurde besonders konsistent mit sozialen Stressoren nachgewiesen. Sayette (1993) erklärt dies anhand eines *appraisal-disruption*-Modells: Alkohol bewirkt eine Störung resp. Unterbrechung der (negativen) kognitiven Bewertung von belastenden Situationen durch die Begrenzung der Aktivierung assoziierter Informationen im semantischen Netzwerk des Langzeitgedächtnisses. Die stressreaktionsdämpfende Wirkung kommt besonders dann zum Tragen, wenn vor dem Eintreten einer als unangenehm bewerteten Situation getrunken wird, was beispielsweise das Trinken vor dem Besuch einer geselligen Veranstaltung erklärt.

Für die Bedeutung makrosozialer Umfeldbedingungen, wie beispielsweise Gesetze über Herstellung und Vertrieb von Alkohol, Preispolitik, Jugendschutz, Medien sowie kulturelle und religiöse Einflüsse, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit beitragen, wird aus Platzgründen auf weiterführende Literatur verwiesen (z. B. Babor et al., 2005).

3.4.3 Persönlichkeitstheorien

Nach heutigem Kenntnisstand muss die Suche nach *der* Suchtpersönlichkeit als forschungshistorische Fiktion bezeichnet werden. Obwohl sie über Jahrzehnte im Zentrum der Forschung zur Entstehung von Abhängigkeit stand, haben sich bis heute konsistent nur erhöhter Neurotizismus und insbesondere erhöhte Impulsivität bei Alkoholabhängigen im Vergleich zu Kontrollgruppen herausgestellt (Sher, Trull, Bartholow & Vieth, 1999). Die Merkmale *novelty seeking* und *sensation seeking*, die wiederum eng mit einer erhöhten Impulsivität zusammenhängen, konnten bei Jugendlichen ebenfalls als Risikofaktoren für die Entwicklung von riskanten Konsumgewohnheiten identifiziert werden. Sie gehen häufig einher mit Aggressivität, Hyperaktivität, dissozialem Verhalten, schlechten Schulleistungen und dem Gebrauch verschiedener Substanzen und erhöhen das Risiko für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung (vgl. Sher & Trull, 1994; Schuckit, 1994; Koglin & Petermann,

2008). In einer umfangreichen Längsschnittstudie an über 3'000 14- bis 24-Jährigen waren hingegen soziale Phobien und Panikattacken Prädiktoren für riskanten Alkoholkonsum und für die Persistenz einer Alkoholabhängigkeit (Zimmermann et al., 2003).

Verheul (2007) unterscheidet drei Teilmodelle, die den Entwicklungsweg von Persönlichkeitsmerkmalen zur Substanzabhängigkeit erklären und verbindet sie mit biologischen Grundlagen. Ein Modell geht von Sozialisationsdefiziten als Folge von *Verhaltensenthemmung* aus, der ein Serotoninmangel zugrunde liegt. Sozialisationsdefizite stehen in direktem Zusammenhang mit Substanzabhängigkeit. Im Modell der *Stressreaktivität* wird das Stress-Reaktionssystem durch kritische Lebensereignisse sensibilisiert, so dass eine Disposition zu Angst- und Stimmungslabilität besteht, die für eine Abhängigkeit anfällig macht. Biologisch wird eine GABAerge und glutamaterge Dysregulation angenommen. Das Modell der *Belohnungssensitivität* geht von einer stärkeren Abhängigkeit von kurzfristigen Belohnungen aus. Diese Belohnungssensitivität steht in Zusammenhang mit dem dopaminergen und opioidergen Belohnungssystem.

Aber nicht nur die Forschung zu persönlichkeitsbedingten Risikofaktoren, sondern auch zu ebensolchen Schutzfaktoren bieten Erhellungen über die Entstehung von Alkoholabhängigkeit. Resiliente Kinder, die in Suchtfamilien aufwachsen, zeichnen sich nach Wolin und Wolin (1995) dadurch aus, dass sie die Einsicht haben, dass mit dem alkoholabhängigen Elternteil etwas nicht stimmt, dass sie unabhängiger sind von den negativen Stimmungen in der Familie, dass sie Beziehungen zu anderen Personen ohne Suchtprobleme haben, sich sportlich oder sozial engagieren und dass sie Kreativität und Humor besitzen. In einer Studie von Werner (1999) wurden eine durchschnittliche Intelligenz und ausreichende Kommunikationsfähigkeit, eine starke allgemeine Leistungsorientierung, eine verantwortliche, sorgende Einstellung, ein positives Selbstwertgefühl, internale Kontrollüberzeugungen sowie eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung als protektive Faktoren von widerstandsfähigen Kindern aus Alkoholikerfamilien identifiziert.

Die perimorbide Persönlichkeit, d. h. die Überlagerung der prämorbidem Persönlichkeit mit den neurobiologischen und psychosozialen Auswirkungen des Substanzmissbrauchs, zeichnet sich durch eine hohe Heterogenität aus. Ältere Fragebogenuntersuchungen mit dem Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ergaben für Alkoholiker vor allem erhöhte Werte auf der Depressions- und der Psychopathieskala, aber auch die Kombinationen Psychopathie/Hypomanie sowie Depression/Psychasthenie waren relativ häufig (vgl. Kufner, 1981).

Bottlender und Soyka (2005a) konnten einen Zusammenhang zwischen Alkoholrückfälligkeit und höheren Neurotizismuswerten sowie niedrigeren Werten der Skala Gewissenhaftigkeit im NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI) nachweisen. Ganz allgemein erschwert das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung Therapie und Behandlung der Alkoholabhängigkeit in besonderem Masse (vgl. Kapitel 3.5).

3.4.4 Verhaltens- und kognitive Theorien

In den verschiedenen Ansätzen der Verhaltenstheorien wird die Sucht als gelerntes Verhalten betrachtet, das denselben Lernprinzipien wie andere Verhaltensstörungen unterliegt.

Gemäss sozial-kognitiver Lerntheorie werden mittels Modelllernen die ersten Erfahrungen mit Alkohol in der Familie oder in der Peergruppe gemacht (Bandura, 1979). Die entspannende, Stress dämpfende, stimulierende und enthemmende Wirkung von Alkohol fungiert als positiver und negativer Verstärker im Sinne einer operanten Konditionierung, wobei vor allem die Reduzierung aversiver Zustände, d. h. die negative Verstärkung, als besonders verhaltenswirksam angesehen wird (vgl. SORKC-Modell nach Kanfer u. Saslow, 1974).

Das sozial-kognitive Rückfallmodell von Marlatt und Gordon (1985) geht davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit für Alkoholkonsum in einer Situation abhängig ist von der Höhe der erlebten Belastung, der Wahrnehmung eigener Kontrollmöglichkeiten (vgl. Kapitel 2.6), dem Verfügen über alternative Bewältigungsstrategien, den Wirkungserwartungen an den Alkohol als Bewältigungsform und schliesslich der Präsenz von Alkohol und sozialer Trinkaufforderungen.

Im Selbstregulationskonzept von Kanfer (1986) wird Alkoholabhängigkeit als Störung der Selbstregulation, d. h. als fehlgeleitetes Entscheidungs- und Handlungsverhalten, aufgefasst. Beck, Wright, Newman & Liese (1997) betonen die kognitive Komponente im Sinne von aktivierten Grundannahmen, automatischen Gedanken, Erwartungen über Folgen des Verhaltens sowie Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, die in einer bestimmten Auslösesituation überhaupt erst zum Verlangen nach Alkohol führen.

3.5 Komorbidität bei Störungen durch Alkohol

Das Vorliegen komorbider psychischer Störungen stellt bei der Alkoholabhängigkeit eher die Regel als die Ausnahme dar. Komorbidität stellt Therapie und Prognose vor besondere Herausforderungen, weshalb sie in den folgenden Unterkapiteln näher beleuchtet werden soll.

3.5.1 Definition

Unter dem Begriff der Komorbidität wird das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehr psychischen Störungen bei derselben Person in einem bestimmten Zeitraum verstanden (Wittchen, 1996). Im Gegensatz dazu bezieht sich der heutzutage immer seltener verwendete Begriff der Doppeldiagnose gemäss Dilling (2002) auf einen Spezialfall von Komorbidität, nämlich auf das gemeinsame Auftreten einer psychischen Störung und einer Substanzstörung. Von Komorbidität oder Doppeldiagnose im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch resp. -abhängigkeit spricht man jedoch nur bei gleichzeitigem Vorhandensein einer substanz-*unabhängigen* psychischen Störung, die auch unter mehrwöchiger Abstinenz persistiert und bereits vor der Substanzstörung aufgetreten ist (Moggi, 2007b).

3.5.2 Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität

Die differenziertesten epidemiologischen Befunde zur Komorbidität von substanzbezogenen Störungen mit anderen psychischen Störungen stammen aus dem Epidemiological Catchment Area Program ECA (Robins und Regier 1991) und aus dem US-National Comorbidity Survey NCS (Kessler et al., 1994). 45% aller ECA-Probanden mit der Lebenszeitdiagnose eines Alkoholmissbrauchs oder einer -abhängigkeit wiesen zusätzlich eine weitere psychische Störung oder eine auf illegale Drogen zurückführbare Substanzstörung auf. Für Probanden ohne Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch wurde eine nur halb so hohe Rate (25%) ermittelt. Auch im NCS berichteten 78% der Männer und 86% der Frauen mit einer Alkoholabhängigkeit mindestens eine weitere psychische oder substanzbedingte Störung.

Tabelle 3-1 gibt die Häufigkeiten der Komorbidität von Substanzstörungen mit Schizophrenie, Depression, Dysthymie, Angststörungen und antisozialer Persönlichkeitsstörung wieder.

Tabelle 3-1 Häufigkeit der Komorbidität von substanzbezogenen Störungen mit anderen psychischen Störungen in Prozent und odds ratios (nach Moggi & Donati, 2004)

| Substanzstörung | Alkoholmissbrauch | | Alkoholabhängigkeit | | Drogenmissbrauch | | Drogenabhängigkeit | | Irgendeine Substanzstörung | |
|------------------------------------|-------------------|-------------|---------------------|--------------|------------------|-------------|--------------------|--------------|----------------------------|--------------|
| | % | OR | % | OR | % | OR | % | OR | % | OR |
| Psychische Störung | | | | | | | | | | |
| Schizophrenie | | | | | | | | | | |
| ECA | 9.7 | 1.9 | 24.0 | 3.8* | 14.6 | 6.9* | 12.9 | 4.2* | 47.0 | 4.6* |
| Major Depression | | | | | | | | | | |
| ECA | 5.0 | 0.9 | 11.6 | 1.6 | 7.3 | 3.3* | 10.7 | 3.7* | 27.2 | 1.9* |
| NCS | 9.1 | 1.0 | 26.4 | 2.7* | 6.6 | 1.7* | 15.4 | 2.8* | 41.4 | 2.3* |
| Dysthymie | | | | | | | | | | |
| ECA | 4.8 | 0.8 | 18.9 | 3.9* | 8.1 | 3.6 | 10.8 | 3.6* | 31.4 | 2.4* |
| NCS | 8.6 | 0.9 | 28.7 | 1.0 | 5.8 | 1.3 | 16.7 | 2.5 | 40.0 | 1.9 |
| Angststörungen | | | | | | | | | | |
| ECA | 5.8 | 1.0 | 12.2 | 1.8* | 5.0 | 2.3* | 6.9 | 2.4* | 23.7 | 1.7* |
| NCS | 40.9 | 2.1* | 44.9 | 2.2* | 47.6 | 2.5* | 55.4 | 3.3* | - | - |
| Antisoziale Persönlichkeitsstörung | | | | | | | | | | |
| ECA | 22.1 | 5.4* | 51.5 | 14.7* | 11.2 | 5.2* | 30.8 | 15.6* | 83.6 | 29.6* |
| NCS | 25.7 | 8.8* | 37.1 | 9.9* | 33.8 | 8.3* | 43.9 | 9.8* | - | - |

Anmerkungen. * $p < .05$.

ECA=Epidemiological Catchment Area Program, Robins & Regier, 1991; $N=18572$

NCS=US-National Comorbidity Survey, Kessler et al., 1994; $N=8098$.

Die Wahrscheinlichkeit, beim Vorliegen einer Schizophrenie eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln, ist um das knapp Vierfache erhöht. Eine majore Depression birgt ein zwei bis drei Mal so hohes, eine Dysthymie sogar ein vier Mal so hohes Risiko, zusätzlich an einer Alkoholabhängigkeit zu erkranken. Fast doppelt so hoch ist dieses Risiko beim Vorliegen einer Angststörung. Bemerkenswert ist, dass eine antisoziale Persönlichkeitsstörung im NCS eine um das Zehnfache, im ECA sogar eine um das Fünzfache erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit nach sich zieht. Die Wahrscheinlichkeiten für die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit sind ungefähr gleich gross oder liegen etwas darüber.

Wie aus Abbildung 3-1 ersichtlich wird, manifestiert sich die komorbide Störung bei Alkoholabhängigkeit überwiegend erstmalig vor dem Erstauftreten der Alkoholstörung. Dieselbe zeitliche Abfolge wurde auch für den Alkoholmissbrauch gefunden (Kessler et al., 1997, in Lieb & Isensee, 2007).

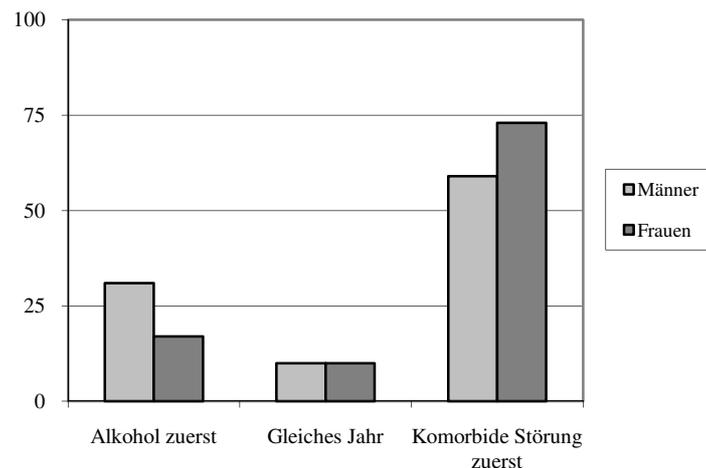


Abbildung 3-1 Zeitliches Muster der Komorbidität von Alkoholabhängigkeit mit anderen psychischen Störungen (nach Kessler et al., 1997, in Lieb & Isensee, 2007)

Bezüglich der Komorbidität mit Angststörungen zeigte sich sowohl für Männer als auch für Frauen klar, dass die soziale Phobie, die spezifische Phobie, die posttraumatische Belastungsstörung als auch die Zwangsstörung als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit gewertet werden können. 72% der Männer und 80% der Frauen berichten von einem zeitlich früheren erstmaligen Auftreten dieser Angststörungen (Lieb & Isensee, 2007). Bei der Panikstörung hingegen liegt bei Männern und Frauen ein eher ausgewogenes zeitliches Komorbiditätsmuster vor. Zumindest bei den Männern gilt dies auch für die Agoraphobie und die generalisierte Angststörung.

Bei den Frauen manifestiert sich nach den Ergebnissen von Kessler et al. (2003, in Lieb & Isensee, 2007) auch die depressive Störung in der Regel vor der Abhängigkeitssymptomatik. Bei den Männern hingegen liegt der Anteil an primären Alkoholstörungen mit ca. 50% für eine depressive Episode und 46% für Dysthymie deutlich höher als bei den Frauen (34% für eine depressive Episode und 28% für Dysthymie).

In klinischen Studien wurde nachgewiesen, dass das Vorliegen von aktuellen komorbiden Störungen mit einem ungünstigeren Verlauf von alkoholbezogenen Problemen assoziiert zu sein scheint (z. B. Greenfield et al., 1998). Auch die Suizidalität ist bei komorbiden Angst- und depressiven Erkrankungen bei Personen mit Alkoholstörungen erhöht (Driessen et al. 1998).

3.5.3 Ätiologiemodelle zur Komorbidität

Der pathogenetische Zusammenhang zwischen Substanzstörungen und anderen psychischen Störungen ist bis heute nicht abschliessend geklärt. Es existieren verschiedene Modellannahmen für die Entstehung von Komorbidität.

Nach dem Modell von Miller (1993) gibt es keinen ätiologischen Zusammenhang zwischen einer Störung A (zum Beispiel einer Substanzstörung) und einer Störung B (zum Beispiel einer Angststörung). Das überzufällig häufige gemeinsame Auftreten zweier Störungen könne dadurch erklärt werden, dass sich die Symptome von Störung A und Störung B teilweise überlappen. Bei der Komorbidität handle es sich demzufolge um ein methodisches Artefakt.

Das Modell der gemeinsamen Risikofaktoren geht hingegen davon aus, dass sowohl der Entwicklung von Störung A als auch der Entwicklung von Störung B eine oder mehrere gemeinsame Vulnerabilitätsfaktoren genetischer, biologischer, psychologischer oder sozialer Art zugrunde liegen (vgl. z. B. Merikangas, 1990). Dieses Modell findet Unterstützung in verschiedenen Studien. So wurde beispielsweise ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung und einer Substanzstörung bei Missbrauch in der Kindheit nachgewiesen (Kendler et al., 2000).

Ein weiteres Erklärungsmodell geht von einer kausalen Beziehung zwischen Störung A und Störung B aus, d. h. eine primär bestehende Störung trägt zu einer sich sekundär entwickelnden weiteren Störung bei oder induziert diese sogar. Die Theorie der Selbstmedikation, die besagt, dass eine Person Substanzen zur Dämpfung der Symptome einer anderen psychischen Störung einnimmt, könnte durch dieses Modell erklärt werden (Khantzian, 1997). Zumindest für Angst- und depressive Störungen wurden jedoch Zusammenhänge in beide Richtungen festgestellt, so dass eher von komplexen Wechselwirkungen ausgegangen werden muss als von einem einfachen kausalen Zusammenhang (Kushner, Abrams & Borchardt, 2000).

Bisherige Befunde zeigen, dass Angststörungen dem Substanzkonsum häufiger vorauszugehen scheinen. Der Konsum bestimmter Suchtmittel führt zu einer kurzfristigen Angst- und Spannungsreduktion, wobei ein hoher Alkoholkonsum langfristig zu verstärkten Angstzuständen führt (Stockwell, Hodgson & Rankin, 1982). Der Beginn einer Angststörung als direkte Folge von pathologischem Alkoholgebrauch konnte bisher aber nicht nachgewiesen werden (Kushner et al., 2000). Vielmehr geht man von einem bidirektionalen Teufelskreismodell aus, in dem die kurzfristige Stress- und Angstreduktion durch das Suchtmittel positive Erwartungen an letzteres hervorbringt. Dabei führt ein anhaltender und übermässiger Konsum

seinerseits direkt zum Auftreten verstärkter Angstzustände (sekundäre Angststörung), die wiederum mit dem Suchtmittel zu bekämpfen versucht werden (sekundärer Substanzmissbrauch). Damit schaukeln sich Angst und Konsum gegenseitig hoch (Kushner et al., 2000). Mögliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Arten von Angststörungen wurden bislang kaum untersucht.

Bezüglich des Zusammenhangs von Depression und Substanzstörungen wird heute davon ausgegangen, dass keine gemeinsame Ätiologie vorliegt, sondern vielmehr auch hier komplexe Wechselwirkungen zum Tragen kommen. Gemäss einer Untersuchung von Lewinsohn, Solomon, Seeley & Zeiss (2000) an 774 jungen Erwachsenen erhöhen subklinische depressive Symptome die Wahrscheinlichkeit für späteren Suchtmittelkonsum, für eine klinisch relevante depressive Episode sowie für eine allgemeine Verschlechterung des psychosozialen Funktionsniveaus. Umgekehrt ist erwiesen, dass Alkohol direkt zu vorübergehenden substanzinduzierten depressiven Zustandsbildern führen kann, die jedoch nach einer zwei- bis vierwöchigen Abstinenzphase remittieren (Verheul et al., 2000). Ein übermässiger Substanzkonsum kann aber auch indirekt über soziale und körperliche Folgeschäden zu Depressionen führen (Allan, 1995). Der Verlauf einer Depression kann durch das Vorliegen einer Abhängigkeit negativ beeinflusst werden, es gibt aber umgekehrt auch Hinweise, dass eine komorbide Depression den Verlauf einer Alkoholabhängigkeit nicht oder sogar positiv beeinflussen kann (Moggi, 2007a).

Das Vorliegen einer Schizophrenie oder einer bipolaren Störung ist mit einem deutlich erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Substanzstörung verbunden (Teeson, Hall, Lynskey & Degenhardt, 2000). Der aktuelle Forschungsstand unterstützt dabei, wenn auch auf eher bescheidener Grundlage, zwei Ätiologiemodelle, zum einen das Modell gemeinsamer Faktoren, zum anderen das Supersensitivitätsmodell. Empirische Unterstützung erhält das Modell gemeinsamer Faktoren durch Studien, die belegen, dass für Personen mit prädisponierenden Persönlichkeitsmerkmalen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung, wie beispielsweise *sensation seeking*, Impulsivität oder Enthemmung, eine grössere Wahrscheinlichkeit vorliegt, früher im Leben eine Schizophrenie, oder auch eine bipolare Störung, und eine Substanzstörung zu entwickeln (Robins & Price, 1991). Der Supersensitivitätsansatz wurde aus den Vulnerabilitäts-Stress-Modellen zur Erklärung der Entstehung einer Schizophrenie entwickelt (Zubin & Spring, 1977). Aufgrund der biologischen Sensitivität von schizophren erkrankten Patienten können bereits geringe Suchtmittelmengen die Vulnerabilität für Rückfälle erhöhen,

weshalb sich ein Substanzmissbrauch schneller entwickeln kann (z. B. Swofford, Kasckow, Scheller-Gilkey & Inderbitzin, 1996).

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass Modelle einer sekundären schizophrenen Erkrankung bislang empirisch nicht bestätigt werden konnten. Ein Substanzmissbrauch spielt zwar vermutlich für den Beginn einer Schizophrenie eine Rolle, es ist methodisch jedoch schwierig zu überprüfen, ob sich diese nicht auch ohne Substanzkonsum entwickelt hätte. Es ist allerdings möglich, dass Substanzkonsum bei vulnerablen Personen psychiatrische Störungen auslöst, dies wird insbesondere diskutiert für den Cannabiskonsum, der das Risiko für die Entwicklung einer Psychose um fast das Zweieinhalbfache erhöht (Arseneault et al., 2002).

Bezüglich der Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch wird das Modell der primären Persönlichkeitsstörung, aber auch das Modell gemeinsamer Faktoren von bisherigen Untersuchungen empirisch unterstützt (vgl. Kapitel 3.4.3). So tragen genetische Faktoren, die zur Variation in Persönlichkeitsdimensionen beitragen, ebenso zur genetischen Anfälligkeit für Alkoholabhängigkeit bei (z. B. Krueger et al., 2002).

3.6 Rückfallgeschehen

Rückfälle sind charakteristisch für Suchterkrankungen und stellen sowohl bei Betroffenen als auch Professionellen die therapeutischen Bemühungen in Frage. Die meisten Rückfälle finden in den ersten drei Monaten nach Erreichen der Abstinenz statt (Körkel & Schindler, 2003). In den letzten Jahren ist das Interesse an der Rückfallforschung stark gestiegen. Die Gründe dürften in der Dokumentation hoher Rückfallquoten in Katamnesestudien, in der zunehmenden Differenzierung von Rückfallsituationen und in neuen theoretischen Überlegungen zum Rückfallgeschehen liegen (Bühringer, 1996).

3.6.1 Häufigkeit von Rückfällen

In katamnestischen Studien zu Häufigkeit und Bedingungen von Rückfällen stellt sich das methodische Problem, welche Personen als rückfällig eingestuft werden. Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001) legte diesbezüglich verschiedene Standards fest. Am gebräuchlichsten sind der Katamnesestandard 3 (DGSS 3), nach dem nur Personen erfasst werden, von denen Angaben zum Alkoholkonsum nach Behandlungsende vorliegen sowie der Katamnesestandard 4 (DGSS 4). Hier werden alle Personen, von denen

keine Nachbefragungsangaben vorliegen, als rückfällig eingestuft. Bei beiden ergeben sich jedoch methodische Schwierigkeiten: Im ersten Fall führt ein Ausschluss der fehlenden Daten zu einer Überschätzung des Anteils Abstinenter, da davon ausgegangen wird, dass sich Rückfällige einer katamnestischen Befragung eher entziehen. Im zweiten Fall führt die Einstufung aller Nichterreichten als rückfällig zu einer Unterschätzung des Therapieerfolgs, da sich auch unter diesen abstinente Patienten befinden dürften.

Die Ermittlung von Rückfallquoten hängt noch von weiteren Faktoren ab. Eine Rolle spielt etwa, ob nur diejenigen Patienten in die Auswertung einbezogen werden, die die Behandlung regulär beendet haben, ob Verstorbene ausgeklammert werden oder nicht, ob Selbstaussagen als wahr hingenommen oder durch objektive Daten überprüft werden und wie die Auswahlkriterien für die Aufnahme in die Behandlung festgesetzt werden. Je nach Vorgehen kann eine Unter- resp. Überschätzung der wahren Rückfallquote resultieren (Körkel & Schindler, 2003).

Sehr hohe Rückfallraten werden nach stationären Entzugsbehandlungen registriert. Nach DGSS 4 wurden nach einer dreiwöchigen Entzugsbehandlung 84% der Patienten im ersten Jahr rückfällig, nach DGSS 3 waren es 76% (Veltrup, 1995; Bechert et al., 1989).

Die Rückfallhäufigkeiten nach stationärer Entwöhnungsbehandlung betragen nach einer Studie von Kufner und Feuerlein (1986) im ersten halben Jahr nach Behandlungsende 33% (DGSS 3) resp. 43% (DGSS 4). Nach einem Katamnesezeitraum von einem Jahr werden ca. 35% (DGSS 3) resp. etwa 60% (DGSS 4) der Patienten rückfällig (Missel et al., 1997). Gemäss einer Untersuchung von Scheller, Klein und Zimm (1995) haben nach zehn Jahren 59% (DGSS 3) resp. 79% (DGSS 4) der Patienten einen Rückfall erlitten. Man kann davon ausgehen, dass anderthalb Jahre nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung ungefähr die Hälfte der Patienten rückfällig geworden ist (Kufner & Feuerlein, 1986, Roghmann & Lüdtko, 1991). 18 bis 24 Monate nach Beendigung einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung konsumiert ebenfalls ungefähr die Hälfte der Patienten erneut Alkohol (Tecklenburg, 2001).

Eine weitere methodische Schwierigkeit betrifft die Definition des Rückfalls. Nach klassischer Sichtweise wird der Begriff eng gefasst; jeder Alkoholkonsum nach einer Abstinenzphase sei als Rückfall zu werten. Die „weiten“ Begriffsverständnisse unterscheiden sich hinsichtlich der als relevant betrachteten Menge, der Darreichungsform sowie der zeitlichen Dimension des Rückfalls. Häufig wird zwischen einem Ausrutscher (*lapse*) – bei einmaligem oder nur sehr kurzfristigem Konsum mit anschliessender erneuter Abstinenz – und Rückfall (*relapse*) im Sinne der Rückkehr zum früheren Trinkmuster unterschieden (Körkel & Schind-

ler, 2003). Es gibt jedoch keine allgemein gültigen Kriterien, die die genaue Menge oder die relevante Dauer verbindlich festlegen. Oft greift man vereinfachend auf die Unterscheidung zwischen abstinent, gebessert oder unverändert zurück.

3.6.2 Erklärungsmodelle für die Entstehung von Rückfällen

Theoretische Modelle zur Erklärung von Rückfällen gibt es zahlreiche. Das sozial-kognitive Rückfallmodell von Marlatt und Gordon (1985), das auf Banduras Selbstwirksamkeitstheorie (1977) basiert, wurde bis heute am häufigsten empirisch untersucht und bestätigt (z. B. Miller, Westerberg, Harris & Tonigan, 1996). Es beschreibt das Rückfallgeschehen folgendermassen: Ein unausgewogener Lebensstil bietet den Nährboden für das Bedürfnis, sich mit Alkohol zu entspannen. Das Hinzukommen einer Risikosituation erhöht die Gefahr erneuten Alkoholkonsums zusätzlich. Entscheidend ist nun, ob die Person über die notwendige Bewältigungskompetenz (Selbstwirksamkeit) verfügt und ob positive Erwartungen mit dem Konsum von Alkohol verknüpft sind. Tritt ein Konsumereignis ein, kann dies über dysfunktionale kognitiv-emotionale Verarbeitungsmuster, den sogenannten „Abstinenzverletzungseffekt“, zu einer dauerhaften Aufgabe der Abstinenz führen. Dabei sind sowohl Personen mit einer internal stabilen als auch einer fatalistischen Ursachenzuschreibung sowie einer positiven Wirkungserwartung besonders gefährdet, wieder ins alte Trinkmuster zurückzufallen. Im ersten Fall führt die einseitige Schuldzuweisung an die eigene Person, im zweiten Fall der Schicksalsglaube mit grösserer Wahrscheinlichkeit zu der Überzeugung, das Alkoholproblem nicht überwinden zu können.

Im revidierten sozial-kognitiven Rückfallmodell (Marlatt & Donovan, 2005) werden zusätzlich distale Risiken wie familiäre Belastung, Problemdauer, soziale Unterstützung und Komorbidität einbezogen. Sie werden unter chaostheoretischen Gesichtspunkten integriert. Die Rückfalldynamik hängt somit empfindlich von Veränderungen in den distalen Risiken ab, die enorme Konsequenzen auf andere Faktoren (kognitive Prozesse, Bewältigungsverhalten, Gefühlsregulation) haben können.

Beck et al. (1997) gehen in ihrem kognitiven Rückfallmodell davon aus, dass die Erlaubnis erteilende Reaktion auf automatische Gedanken an Alkohol für das Auftreten eines Konsumereignisses entscheidend ist. Im psychoanalytischen Rückfallmodell wird Alkohol als Selbstmedikation zur Überwindung einer strukturellen Ich-Störung verstanden. Das neurobiologische Modell dagegen impliziert eine klassische Konditionierung von Alkohol und Alkoholwirkung. Konditioniert werden innere und äussere Bedingungsfaktoren, die ein

Alkoholsuchverhalten auslösen, das im Konsum endet. Im systemischen Rückfallmodell schliesslich wird der Alkoholkonsum als Versuch interpretiert, die Familie oder die Partnerschaft zusammenzuhalten, da die Abstinenz des Symptomträgers das Familiengefüge empfindlich stören würde (Soyka & Kufner, 2008).

Tretter (2002) macht den Vorschlag, psychologische und neurobiologische Erklärungen des Rückfalls zu integrieren. Er fasst das Rückfallgeschehen als systemischer Mehrebenen-Prozess auf. Kognitive und affektive Prozesse stehen im Vorfeld eines Rückfalls in einem dynamischen Wechselspiel und erzeugen einen Spannungszustand. Craving kann als Spannungserleben aufgrund einer Ist-Soll-Differenz aufgefasst werden, indem erinnerte Wahrnehmungen von der aktuell wahrgenommenen Realität abweichen. Die daraus entstehenden anhaltenden Affekte erhöhen den Antrieb. Der Rückfall resultiert demnach aus einem interaktiven Prozessgefüge zwischen Kognitionen, Affekten und Verhalten mit aktivierenden (zum Beispiel Rückfallgedanken) und hemmenden (zum Beispiel Schamgefühle) Komponenten, die im Zusammenwirken Spannung erzeugen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es sich beim Rückfallgeschehen um ein äusserst komplexes wechselseitiges Bedingungsgefüge zwischen Person und Situation handelt. Die involvierten Prozesse betreffen Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis, Emotionen, Bedürfnisse, Antriebe und Verhaltenspläne. Jeglicher Versuch, mögliche Einflussfaktoren auf das Rückfallgeschehen zu kategorisieren, führt zu einem sehr vereinfachten Abbild der Realität. Körkel und Schindler (2003) haben aus neun Studien die häufigsten Rückfallbedingungen zusammengestellt. In diesen Untersuchungen wurden rückfällige Alkoholiker bei Wiederbeginn einer Behandlung gebeten, Entstehung und Verlauf ihres letzten Rückfalls zu schildern sowie eine Einschätzung der Ursachen abzugeben, die zum Rückfall geführt haben. Am weitest häufigsten wurden unangenehme Gefühle (42%) genannt, gefolgt von zwischenmenschlichen Konflikten (15.5%), Trinkaufforderungen durch andere (14%) und schliesslich dem Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten (10.4%). Andere Faktoren, die im Durchschnitt mit weniger als 10% genannt wurden, waren unangenehme körperliche Zustände, angenehme Gefühlszustände, Alkoholverlangen sowie angenehme Gefühlszustände im Zusammensein mit anderen.

Prochaska, DiClemente und Norcross (1992) sehen den Rückfall als Teil des Veränderungsprozesses. Gemäss dem von ihnen entwickelten Stufenmodell geschieht der Ausstieg aus der Sucht in sechs Phasen. Meist werden die verschiedenen Phasen aufgrund von Rückfällen

mehrfach durchlaufen, bis eine Verhaltensänderung dauerhaft wird. In der Phase der Vorüberlegung (*precontemplation*) ist noch kein Problembewusstsein vorhanden. Erst wenn die abhängige Person in die Phase des Nachdenkens (*contemplation*) eintritt, wird sie durch Selbstbeobachtung auf die negativen Aspekte ihres Konsums aufmerksam. Häufig wird diese Phase durch negative externe Ereignisse angestoßen. Es werden Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung erwogen. Anschliessend folgt die Phase der Entscheidung (*determination*), in der sich die Person auf ein bestimmtes Ziel im Umgang mit Alkohol festlegt, zum Beispiel Abstinenz oder ein sogenanntes kontrolliertes Trinken. Damit beginnt der Übergang von der motivationalen zur volitionalen Phase. In der Umsetzungsphase (*action*) wird der gefasste Entschluss in die Tat umgesetzt, wesentlich durch Inanspruchnahme von Therapien. In der Phase der Aufrechterhaltung (*maintenance*) geht es darum, den Entschluss im Alltag beizubehalten. Konkrete Handlungsstrategien wie Stimuluskontrolle, Gegenkonditionierung und soziale Unterstützung helfen, die Veränderung stabil aufrechtzuerhalten. Kommt es in kritischen Situationen zu einem Rückgriff auf das vertraute Problemverhalten, tritt die Phase des Rückfalls (*relapse*) ein. Dabei kann es sich um einen einmaligen Ausrutscher, gelegentlichen Konsum oder eine Rückkehr zu den vorherigen Konsumgewohnheiten handeln. Ungeachtet des Schweregrades des Rückfalls ist der erneute Einstieg in die erste, zweite oder dritte Phase der Veränderung möglich. An diesem Modell wird kritisiert, dass die einzelnen Stadien nicht klar definiert und voneinander abgrenzbar sind und der Komplexität von länger dauernden Veränderungsprozessen der Motivation nicht ausreichend Rechnung getragen wird (z. B. Sutton, 2001). Der Nutzen der Stadieneinteilung für Indikationsfragen der Interventionen konnte bislang nicht belegt werden.

Das Modell von Prochaska et al. (1992) wurde später um Veränderungsstrategien sowie andere Konzepte wie dasjenige der Selbstwirksamkeit erweitert und zum transtheoretischen Modell weiterentwickelt (Keller, 1999; Prochaska & Velicer, 1997). Letzteres beschreibt zusätzlich zu den sechs Stadien der Verhaltensänderung zehn Veränderungsprozesse, die das Durchlaufen der verschiedenen Stadien ermöglichen. Sie lassen sich in Bezug auf kognitiv-affektive Prozesse und verhaltensorientierte Prozesse kategorisieren: Steigern des Problembewusstseins, emotionales Erleben im Sinne von Betroffenheit, Neubewertung der persönlichen Umwelt, Selbstbewertung, Wahrnehmung förderlicher Bedingungen, Selbstverpflichtung im Sinne von Erfolgserwartung, Kontrolle der Umwelt, Gegenkonditionierung, Nutzen hilfreicher Beziehungen, Selbstverstärkung für erfolgreiche Schritte. Vor dem Hintergrund der Annahme des Modells, dass kognitive Prozesse für die Verhaltensänderung zentral sind, untersuchten

Blume, Schmaling und Marlatt (2005) in einer Stichprobe von 117 Alkoholabhängigen die Zusammenhänge zwischen kognitiver Leistungsfähigkeit und den Veränderungsstadien. Probanden mit schlechteren Leistungen im verbalen Gedächtnis und in der verzögerten Wiedererkennung befanden sich häufiger in der Phase der Vorüberlegung, Probanden mit besseren Leistungen im verbalen Gedächtnis hingegen eher in der Phase des Nachdenkens. Bessere Fähigkeiten in Aufmerksamkeit und Konzentration sagten eine geringere Trinkmenge nach dreimonatigem Follow-up voraus.

3.6.3 Prädiktoren für den Behandlungserfolg

In verschiedenen Studien zum Therapieerfolg bei alkoholabhängigen Patienten konnte eine Vielzahl von potentiellen Prädiktoren identifiziert werden.

Mit Blick auf soziodemografische Variablen finden sich widersprüchliche Befunde bezüglich der Geschlechterunterschiede. Einige Studien fanden bessere Behandlungsergebnisse bei Frauen (z. B. McKay, Lynch, Pettinatti & Shepard, 2003), andere bei Männern (z. B. Anton et al., 2006; Bottlender & Soyka, 2005a). Diehl (2007) konnte keine Geschlechterdifferenzen feststellen. Bei Anderson, Ramo, Schulte, Cummins und Brown (2007) wurden Alter und soziale Unterstützung und in einer Studie von Walton, Blow, Bingham und Chermack (2003) ein hohes Einkommen als bedeutsame Rückfallprädiktoren identifiziert. Alleine leben und ein hoher Konsum vor der Behandlung führen häufiger zu Rückfällen (Walter et al., 2006). Insgesamt scheinen demografische Variablen eher geringe Vorhersagekraft zu besitzen (Adamson, Douglas Sellman & Frampton, 2009).

Einen ungünstigen Effekt auf die Prognose haben krankheitsbezogene Variablen wie eine hohe Anzahl Einheiten pro Konsumtag, lange Dauer der Alkoholabhängigkeit, starkes Alkoholverlangen sowie negative Konsequenzen des Konsums (Connors, Maisto & Zywiak, 1996; Walitzer & Dearing, 2006). Rückfällige Patienten zeichnen sich zudem durch eine höhere psychopathologische Symptombelastung aus. Walitzer und Dearing (2006) fanden in ihrem Review höhere Rückfallraten bei Vorliegen einer komorbiden depressiven Symptomatik und einer negativen Affektlage. Auch Ängstlichkeit korreliert mit einem ungünstigen Behandlungsergebnis (Soyka, Hasemann, Scharfenberg, Löhnert & Bottlender, 2003). Bei Connors et al. (1996) ergab sich ein negativer Zusammenhang zwischen früherer psychiatrischer Behandlung sowie ein positiver Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und Anzahl abstinenter Tage nach einer Behandlung. Ein höherer Wert im Beck Depressions-Inventar bei Behand-

lungsbeginn korrelierte positiv mit dem Verlangen und der Anzahl Einheiten pro Konsumtag nach Behandlungsende.

In einer Studie von Bottlender und Soyka (2005b) wurden 102 Patienten zwei Jahre nach einer ambulanten Alkoholentwöhnungstherapie nachuntersucht. Als stärkste Prädiktoren für die Aufrechterhaltung der Abstinenz erwiesen sich der regelmässige Besuch einer Selbsthilfegruppe nach Beendigung der Therapie sowie männliches Geschlecht. In derselben Stichprobe hatten nach einem Katamnesezeitraum von drei Jahren die vorzeitige Beendigung der Therapie und weibliches Geschlecht signifikante Vorhersagekraft für ein negatives Therapieergebnis. Zudem blieben Patienten mit einer höheren Anzahl positiver Lebensereignisse häufiger abstinent (Bottlender & Soyka, 2005a).

In einer Untersuchung von Soyka und Schmidt (2009), die 92 Alkoholabhängige zwei Jahre nach Abschluss einer ambulanten Behandlung befragten, ergab sich für die Gruppe der Rückfälligen eine höhere Anzahl vorausgegangener Entgiftungsbehandlungen und Suizidversuche. Weitere Prädiktoren für ein negatives Therapieergebnis waren weibliches Geschlecht und die Anzahl der Behandlungen in der Vergangenheit. Keine Unterschiede fanden sich hingegen bezüglich Depressivität, Ängstlichkeit und Alkoholverlangen.

Die vorzeitige Beendigung der Therapie wirkt sich in der Regel eher negativ auf den Behandlungserfolg aus (Soyka & Kufner, 2008). Sie schwächt die Selbstwirksamkeit und erhöht die Schwelle für eine Wiederaufnahme der Therapie deutlich, obwohl Behandlungsabbrüche und mehrere Therapieanläufe eher die Regel als die Ausnahme für den Ausstieg aus einer Suchterkrankung sind. Braune, Schröder, Gruschka, Daecke und Pantel (2008) untersuchten Determinanten des Therapieabbruchs bei 90 alkoholabhängigen Patienten in einer stationären qualifizierten Entgiftungsbehandlung. Dabei erwies sich ein unauffälliger psychopathologischer Aufnahmebefund hinsichtlich der Variablen Orientierung, Affektivität, kognitive Funktionen, Gefährdung und Behandlungseinsicht als günstig für einen regulären Behandlungsabschluss.

Müller, Weijers, Böning und Wiesbeck (2008) untersuchten Persönlichkeitseigenschaften als Prädiktoren für die Abstinenz. In ihrer Stichprobe von 146 alkoholabhängigen Patienten, die umfassend mit bewährten Persönlichkeitsinventaren getestet wurden, wurden diejenigen mit höheren Werten bezüglich Psychotizismus und Persistenz eher rückfällig.

In einem kürzlich erschienenen, umfassenden Review von Adamson et al. (2009), das über 50 Studien einschloss, konnten folgende Variablen den Behandlungserfolg am konsistentesten

vorhersagen: Schwere der Abhängigkeit, Psychopathologie, bereichsspezifische Selbstwirksamkeit, Motivation und Behandlungsziel. Weitere Prädiktorvariablen waren die Höhe der Alkoholmenge bei Behandlungsbeginn, die kognitive Leistungsfähigkeit, der sozioökonomische Status und Religionszugehörigkeit. Die Autoren kritisieren, dass in den eingeschlossenen Studien viele wichtige Prädiktorvariablen wie Geschlecht, Schwere der Abhängigkeit und Höhe des Alkoholkonsums kaum statistisch kontrolliert wurden.

Für die Bedeutung der Selbstwirksamkeit und der Kontrollüberzeugungen als Prädiktoren für den Behandlungserfolg sei auf Kapitel 2.6 verwiesen.

3.7 Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung bei Alkoholabhängigkeit

Es besteht Einigkeit darüber, dass sich die Therapie von Alkoholabhängigkeit multidisziplinär und multimodal gestalten muss. Da die Krankheit alle Ebenen menschlichen Daseins beeinträchtigt, verspricht die Integration von psychotherapeutischen, medikamentösen und soziotherapeutischen Ansätzen den grössten Erfolg. Metaanalysen zur medikamentösen Anticraving-Behandlung belegen deren Wirksamkeit (Rösner, Leucht, Lehert & Soyka, 2008). Jedoch kommt – gerade im Hinblick auf das noch unzureichend gelöste Problem der hohen Rückfallhäufigkeit nach Alkoholentzugsbehandlungen – psychotherapeutischen Interventionen zur Abstinenzmotivation und -aufrechterhaltung besondere Bedeutung zu. In Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit psychotherapeutischer bzw. psychosozialer Behandlungsstrategien konnten für den Motivationssteigerungsansatz, das kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Bewältigungstraining, das soziale Kompetenztraining, die Paar- und Familientherapie, das gemeindenahe Verstärkermodell sowie für Reizexpositionsverfahren die grösste Effektivität nachgewiesen werden (vgl. Berglund et al., 2003; Chambless & Ollendick, 2001; Miller, Wilbourne & Hettrema, 2003). Allerdings wurde bisher für keine dieser Interventionen eine durchgängig höhere Wirksamkeit festgestellt. Im umfangreichen Project MATCH (1998) konnten keine Wirksamkeitsunterschiede zwischen dem Motivationssteigerungsansatz, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen und dem 12-Schritte-Konzept der Anonymen Alkoholiker festgestellt werden.

Die Vergleichbarkeit der Studien in den erwähnten Metaanalysen ist erschwert durch Unterschiede im Schweregrad der Abhängigkeit der untersuchten Patienten, im Behandlungssetting und in der Behandlungsdauer. Ausserdem sind der Übertragbarkeit der vor allem im anglo-

amerikanischen Raum veröffentlichten randomisierten Vergleichsstudien auf deutsche Verhältnisse Grenzen gesetzt. Für eine nähere Beschreibung der einzelnen evidenzbasierten psychotherapeutischen Behandlungsstrategien sei auf Löber und Kiefer (2008) verwiesen.

3.8 Kognitive Veränderungen bei Substanzmissbrauch und -abhängigkeit

Im Folgenden werden kognitive Leistungsdefizite als Folge von chronisch übermäßigem Substanzkonsum beschrieben. Auf Leistungsminderungen im Rahmen von akuten Intoxikationen, Alkoholpsychosen (u. a. Alkoholdelir, Alkoholhalluzinose, Korsakow-Syndrom) oder von durch Drogen induzierten Psychosen wird nicht näher eingegangen. Ein Überblick hierzu findet sich in Scheurich und Brokate (2009).

3.8.1 Alkohol

Bei der Erforschung kognitiver Veränderungen bei Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit stellt sich folgendes Problem: Die direkten Folgen der Substanz können, wenn überhaupt, nur schwer von sekundären Effekten verschiedener somatischer Komplikationen – wie beispielsweise Krebs, Lebererkrankungen, Pankreatitis, Mangelernährung oder epileptische Anfälle – auf die kognitive Leistungsfähigkeit unterschieden werden. Umgekehrt sind alkoholabhängige Versuchspersonen ohne körperliche Erkrankungen wenig repräsentativ für die Population der Alkoholiker (Johnson-Greene & Denning, 2007).

Es verdient Erwähnung, dass bis heute kein Zusammenhang zwischen konsumierter Alkoholmenge und neuropsychologischen Funktionseinschränkungen nachgewiesen werden konnte (Horner, Waid, Johnson, Latham & Anton, 1999). So können bereits geringe Mengen deutliche Leistungseinbussen zur Folge haben, während ein hoher Konsum nicht zwingend zu massiven Defiziten führt. Die interindividuelle Variabilität ist gross und hängt von verschiedenen Faktoren ab (Alter, Vulnerabilität, somatische Begleiterkrankungen usw.).

3.8.1.1 Strukturelle Veränderungen

Courville (1955) beschrieb erstmals umfassend die neuropathologischen Veränderungen im Gehirn Alkoholkranker. Sie betreffen praktisch alle Hirnareale und führen sowohl zu kortikalen als auch subkortikalen strukturellen Schädigungen. Es kommt zu einer Hirnatrophie mit grösster Volumenreduktion der frontalen und subkortikalen weissen Substanz (Cala & Mastaglia, 1981). Computer- und kernspintomografische Untersuchungen belegen eine Er-

weiterung des Ventrikelsystems sowie eine frontal betonte kortikale Atrophie (Übersicht bei Mann et al., 2001). Alkoholranke mit einem Wernicke-Korsakow-Syndrom zeigen dabei eine noch grössere Reduktion der subkortikalen weissen Substanz und eine ausgeprägtere Hirnatrophie sowie Schädigungen im Thalamus (Harding, Halliday, Caine & Kril, 2000). Das Ausmass der alkoholassozierten Hirnatrophie im frontalen und temporalen Kortex bestimmt entscheidend die Ausprägung späterer kognitiver Funktionsstörungen (Schäfer & Heinz, 2005).

Studien mit funktioneller Magnetresonanztomografie (z. B. Sullivan, Rosenbloom, Lim & Pfefferbaum, 2000) weisen auf einen niedrigeren Metabolismus im Frontalhirn und eine Verringerung von Neurotransmittern, insbesondere von GABA, hin. Diese Erkenntnisse werden in neueren Untersuchungen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Zusammenhang gebracht. So zeigten sich in einer Studie von Noel et al. (2002) bei niedrigerem zerebralem Blutfluss im medial-frontalen Gyrus Defizite in der Reaktionsinhibition und im Arbeitsgedächtnis.

3.8.1.2 Funktionelle Veränderungen

In der Forschung werden seit Jahren zwei Hypothesen diskutiert, welche die Konsequenzen von Alkoholabusus auf Kognition und Intellekt thematisieren. Die *Kontinuitätshypothese* postuliert ein Kontinuum, das von moderaten Trinkern über Langzeitalkoholiker zu Korsakowpatienten oder anderen durch Alkohol Hirngeschädigten reicht. Über Jahrzehnte entwickelt sich eine Schädigung kortikaler und subkortikaler Hirnstrukturen, die eine entsprechende kognitive Leistungsabnahme zur Folge hat. Diese These gilt als belegt (Pritzel & Markowitsch, 1997). Heu (2007) konnte an einer Stichprobe von 87 Alkoholabhängigen eine von ihm postulierte personenbezogene Kontinuitätshypothese nachweisen, die drei Stufen zunehmender kognitiver Beeinträchtigungen umfasst. Die ersten beiden Stufen stellen Prodrome der irreversiblen Korsakow-Psychose und der alkoholbedingten Demenz (Stufe 3) dar. Die Störungen in den Exekutivfunktionen¹ und die leichten Gedächtnisstörungen von Patienten der Stufe 2 bildeten sich nach fünfwöchiger Abstinenz auf Stufe 1 zurück, wobei vor allem Verbesserungen in der Fähigkeit zur selektiven Aufmerksamkeit festgestellt werden konnten.

¹ Nach Mayr (2003) mangelt es an einer Definition exekutiver (Kontroll) Funktionen. Sie sind jedoch daran beteiligt, untergeordnete, automatische Prozesse durch die Auswahl handlungsleitender Repräsentationen zu koordinieren, diese aufrechtzuerhalten und gegen Einflüsse irrelevanter Information zu schützen.

Die *Hypothese des vorzeitigen Alterns* geht davon aus, dass Alkoholismus zu chronobiologisch verfrühten Veränderungen auf behavioraler und neuronaler Ebene führt. Anfänglich konnte diese Annahme durch einige Studien untermauert werden, später wurde sie jedoch für den kognitiven und neuropsychologischen Teil eher in Frage gestellt (Pritzel & Markowitsch, 1997). Laut Soyka (1999) ist die Hypothese des durch Alkoholismus induzierten vorzeitigen Alterns unbewiesen.

Nach langjährigem Alkoholkonsum treten vor allem Funktionsstörungen in folgenden Bereichen auf: Aufmerksamkeit und Konzentration, verbales und räumliches Gedächtnis, verbales Lernen, Zeitwahrnehmung, Problemlösestrategien und Abstraktionsvermögen, räumliches Vorstellungsvermögen und visuelle Merkfähigkeit (Pritzel & Markowitsch, 1997; Soyka, 1999). Eine neuere Studie von Sullivan et al. (2000) an 71 Alkoholikern kurz nach dem Entzug und 74 Gesunden ergab bei Ersteren Einschränkungen in den exekutiven Funktionen („dysexekutives Syndrom“), im Kurzzeitgedächtnis, im deklarativen Gedächtnis sowie in visuell-räumlichen Fähigkeiten. Entsprechende Defizite lassen sich nicht nur bei Patienten mit langjähriger Alkoholabhängigkeit, sondern häufig schon bei sogenannten sozialen Trinkern feststellen. Störungen der visuomotorischen Geschwindigkeit und Verarbeitung gehören zu den Frühsymptomen einer alkoholbedingten Beeinträchtigung (Soyka, 1999). Lezak Deutsch (1995) erwähnt ebenfalls Beeinträchtigungen im visuellen Abtasten des Gesichtsfeldes sowie eine verlangsamte Reaktionsfähigkeit. Defizite treten auch bei der Erfüllung von Aufgaben zutage, die sensitiv sind für Frontallappenschädigungen. Alkoholiker fallen hier mit verminderter Flexibilität im Denken und einer Tendenz zur Perseveration auf. Dies sind Fähigkeiten, die im Wisconsin Card Sorting Test WCST (Heaton, Chelune, Talley, Kay & Curtis, 1993) verlangt werden. Diesbezügliche Untersuchungen an Alkoholkranken sind nach Steingass, Sartory und Canavan (1994) jedoch inkonsistent. In ihrer eigenen Studie mit 105 abstinenten chronischen Alkoholikern ergab sich eine erhöhte durchschnittliche Anzahl Perseverationen von 9.3. Auch die von Steingass (1994) untersuchten Suchtkranken wiesen im WCST mehr Perseverationen auf als gesunde Probanden. Vermutet wird hier eine Schädigung frontaler Strukturen, die sowohl zu Leistungsdefiziten im WCST als auch in denjenigen Untertests des Reduzierten Wechsler-Intelligenztests (Dahl, 1972) führt, welche die gleichen Leistungsbe- reiche (Abstraktionsvermögen, Umstrukturierungsfähigkeit, Flexibilität) erfassen. Auch Moselhy, Georgiou und Kahn (2001) weisen darauf hin, dass Unterschiede zwischen Alkoholabhängigen und Gesunden besonders deutlich in solchen neuropsychologischen Testverfahren ausfallen, die für Schädigungen des Frontalhirns sensitiv sind.

Loose et al. (2001) verglichen in ihrer Studie 73 vier Wochen abstinente Alkoholiker zwischen 22 und 64 Jahren mit 56 ungefähr gleichaltrigen gesunden Kontrollprobanden. Sie fanden keine Beeinträchtigungen in der einfachen sowie in der selektiven und geteilten Aufmerksamkeit, jedoch bei der Erfüllung von Aufgaben, die einen Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus verlangten. Die Autoren nehmen an, dass die in der Literatur beschriebenen exekutiven Funktionsbeeinträchtigungen bei alkoholabhängigen Patienten zum Teil auf Probleme in der kognitiven Flexibilität zurückgeführt werden können.

Nach Parsons und Nixon (1993, 1996) sind kognitive Defizite bei Alkoholikern mit subklinischem Syndrom weniger schwer. Sie verfügen über eine grössere Variabilität. Beeinträchtigungen kommen bei ihnen häufiger in visuomotorischen und visuell-räumlichen Bereichen sowie in der Abstraktions- und Problemlösefähigkeit vor als in Lern- und Gedächtnisprozessen. Auch Lezak Deutsch (1995) betont, dass schwerwiegende Lern- und Gedächtnisdefekte bei chronischen Alkoholikern nicht die Regel sind.

Für die beobachteten kognitiven Defizite bei Alkoholikern, welche die Kriterien für ein organisches Psychosyndrom nicht erfüllen, wurden verschiedene neuropsychologische Hypothesen formuliert (Parsons & Nixon, 1993). Die Hypothese, die am besten zu den heutigen Befunden passt, geht von einer milden generalisierten Hirndysfunktion aus. Ihr liegt die Annahme zugrunde, dass chronischer Alkoholkonsum eine diskrete bis mittelmässige globale Dysfunktion zur Folge hat, die sich in einem unspezifischen und sehr unterschiedlichen Muster kognitiver Beeinträchtigung manifestiert. Ein anerkannter Schwachpunkt dieser Hypothese liegt darin, dass sie weder widerlegt werden kann noch für eine Vorhersage nützlich ist.

Parsons und Nixon (1993) gehen von der Existenz zweier Informationsspeicher aus. Der eine ist für episodische Information zuständig, der andere für allgemeines Wissen wie Sprache, Logik und Bedeutung. Es wird vermutet, dass in jedem dieser Speicher die drei Prozesse Verfügbarkeit, Zugriff und Effizienz wirksam sind. Verfügbarkeit bezieht sich auf das Vorhandensein von Informationen über die Zeit, Zugriff auf die Fähigkeit, Informationen abzurufen. Unter Effizienz verstehen die Autoren die Fähigkeit, relevante von irrelevanten Fähigkeiten zu unterscheiden. In ihren Studien zeigte sich, dass insbesondere letzterer Prozess durch Alkoholkonsum gestört wird.

Methodische Schwierigkeiten bei der Untersuchung kognitiver Einbussen bei Alkoholkranken ergeben sich einerseits durch prämorbid Faktoren, die mit Substanzmissbrauch assoziiert sind und Gedächtnisfunktionen beeinflussen können. Beispiele sind Hirnverletzungen, Auf-

merksamkeits-Defizit-Syndrome, psychiatrische Störungen oder Persönlichkeits- und affektive Variablen. Andererseits erschweren mögliche individuelle Unterschiede in der Empfänglichkeit des zentralen Nervensystems gegenüber den toxischen Effekten des Alkohols generelle Aussagen über kognitive Beeinträchtigungen (Parsons & Nixon, 1998).

Nach Steingass (1994) kann bei Alkoholikern meist kein Defizit der Gesamtdtelligenz nachgewiesen werden, sofern die Intelligenz mit der Leistung in einem standardisierten Intelligenztest gemessen wird. Auch nach jahrelanger Abhängigkeit bzw. Missbrauch kann der Intelligenzquotient im Normbereich liegen. Die Eindeutigkeit und Vergleichbarkeit der hierzu vorliegenden Befunde sind allerdings beschränkt, da häufig in Bezug auf soziodemografische oder alkoholismusspezifische Variablen (Abhängigkeitsdauer, Trinkmenge, hirnorganische Veränderungen usw.) unterschiedliche Gruppen untersucht werden. Leistungseinbussen zeigen sich, wie oben beschrieben, hauptsächlich bei Teilleistungen, welche Abstraktions- und Problemlösefähigkeit, Planung, visuell-räumliche Reizverarbeitung, Umstellfähigkeit, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit voraussetzen. Eine Metaanalyse von Knight und Longmore (1994), die 19 Studien über den Vergleich der intellektuellen Funktionen von Alkoholikern nach im Mittel vierwöchiger Abstinenz und gesunden Kontrollprobanden im Zeitraum von 1977 bis 1984 zusammenfasst, deutet allgemein auf ausgeprägtere Minderleistungen von Alkoholabhängigen im Handlungsteil hin. Starke Beeinträchtigungen zeigten sich in den HAWIE-Untertests (Tewes, 1991) Mosaiktest, Zahlensymboltest und im Figurenlegen. Allerdings ist aufgrund der geringen methodischen Qualität der einzelnen Studien die Befundlage heterogen. In einer sorgfältig durchgeführten Untersuchung verglich Parsons (1998) Alkoholabhängige ohne Korsakow-Syndrom und ohne sonstige manifeste Störung des Zentralnervensystems nach mindestens dreiwöchiger Abstinenz mit Gesunden. Eine Faktorenanalyse ergab schlechtere Leistungen von alkoholabhängigen Patienten bei allen vier extrahierten Faktoren: verbale, visuell-räumliche, perzeptuell-motorische und semantisch-mnestische Leistungen. Bei Bates, Bowden und Barry (2002) konnten der Gedächtnisfaktor und der verbale Faktor beibehalten werden, neu kamen jedoch ein Faktor exekutiver Funktionen sowie ein Faktor für Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit hinzu.

Die Überprüfung der kognitiven Leistungsfähigkeit Alkoholkranker sollte mindestens drei Wochen nach dem Entzug erfolgen, so dass ein direkter Einfluss der Entzugssymptomatik ausgeschlossen werden kann. Bis zu diesem Zeitpunkt hat sich in den meisten Fällen ohne komorbide Depression auch die depressive Stimmung, die ebenfalls erheblichen Einfluss auf die Testresultate haben kann, wieder normalisiert. Problematischer ist die Konfundierung von

Alter und Trinkdauer, da mit zunehmendem Alter normale kognitive Beeinträchtigungen auftreten (Mann, Günther, Stetter & Ackermann, 1999).

In der Studie von Allsop et al. (2000) zeigte sich, dass eine reduzierte kognitive Leistungsfähigkeit zu einem erhöhten Risiko führte, sechs Monate nach Behandlungsende erneut das Niveau problematischen Konsums erreicht zu haben. Die Schwere der Alkoholabhängigkeit hatte hingegen keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis. Wie bereits erwähnt, konnte bisher ein Zusammenhang zwischen Konsummenge und kognitiver Beeinträchtigung nicht konsistent nachgewiesen werden. Das könnte allerdings auch daran liegen, dass die untersuchten Patienten in stationärer Entwöhnungsbehandlung häufig recht homogen bezüglich Trinkmenge und Abhängigkeitsdauer sind (Rist, 2004). Es scheint dabei einen Schwellenwert zu geben, bei dessen Überschreiten das Ausmass kognitiver Defizite nicht mehr systematisch mit den Mengen zusammenhängt. Nach Beatty, Tivis, Stott, Nixon und Parsons (2000) unterscheiden sich Alkoholabhängige mit einer Abhängigkeitsdauer zwischen vier und neun Jahren nicht von denjenigen mit einer Abhängigkeitsdauer von zehn bis 33 Jahren. Erwähnenswert ist aber, dass bereits niedrigere tägliche Alkoholmengen von ungefähr 60 Gramm über einige Jahre zu kognitiven Einbussen führen können (Parsons & Nixon, 1998).

3.8.1.3 Restitution

Eine alkoholassozierte Atrophie kann sich je nach Ausmass bei langfristiger Abstinenz zumindest partiell zurückbilden (Schäfer & Heinz, 2005). Dies im Gegensatz zur Irreversibilität von Hirnatrophien im Rahmen von dementiellen Prozessen. Entsprechend können sich die beeinträchtigten kognitiven Funktionen von chronisch Alkoholkranken bei länger dauernder Abstinenz zu einem hohen Grad regenerieren. Allerdings erholen sich einige Fähigkeiten weniger schnell als andere, insbesondere Probleme in der Abstraktionsfähigkeit und in der räumlichen Orientierung (vgl. Fein, Torres, Price & Di Sclafani, 2006; Parsons & Nixon, 1993). In der ersten Woche totaler Abstinenz kommt der grösste Anteil an Fähigkeiten wieder zurück, mit zunehmender Verlangsamung danach und einer Ausnivellierung nach drei bis sechs Wochen (Lezak Deutsch, 1995). Horak und Soyka (1999) fanden in einem Probandenkollektiv von 86 Alkoholikern nach einer zweiwöchigen Entgiftungsphase schlechtere Ergebnisse in den Bereichen Feinmotorik, Reaktionsverhalten und Aufmerksamkeit im Vergleich zu einer Kontrollgruppe und nur eine geringe Verbesserung über die Zeit. In einer Vergleichsstudie von Alkoholabhängigen mit Gesunden konnten sich die untersuchten Alkoholabhängigen knapp drei Wochen nach Abstinenzbeginn in fünf von zwölf Einzeltests verbessern. Bei der

Wiederholungsmessung nach fünf Wochen hatten sich beide Gruppen in zehn der zwölf Tests verbessert. In den Exekutivfunktionen, im verbalen Allgemeinwissen und in der räumlichen Vorstellung verbesserten sich die Patienten mehr als die Gesunden; bei der Prüfung der Gedächtnisleistung schnitten sie jedoch bei beiden Zeitpunkten schlechter ab als letztere (Mann et al., 1999).

Die wenigen Befunde über eine kontinuierliche Verbesserung kognitiver Fähigkeiten über einen Zeitraum von sechs Wochen hinaus sind inkonsistent. Die Regenerierung ist von verschiedenen Faktoren abhängig, so zum Beispiel von der Abstinenzdauer und dem chronologischen Alter (Beatty et al., 2000; Rourke & Grant, 1999). Generell verfügen Alkoholiker im Alter zwischen 35 und 40 Jahren nach drei Monaten wieder über eine normale Leistungsfähigkeit, während die Älteren trotz Verbesserungen beeinträchtigt bleiben (Munro, Saxton & Butters, 2000).

3.8.2 Opioide, Kokain, Cannabis und Polysubstanzgebrauch

Bislang gibt es nur wenige Studien, welche die Langzeitfolgen chronischen Opioidkonsums auf die kognitive Leistungsfähigkeit untersuchen. Auch hier sind die Leistungsminderungen abhängig von der Dauer und der Menge des Konsums. Aktueller Konsum führt zu generalisierten Defiziten, insbesondere zu Einschränkungen im visuell-räumlichen und visuomotorischen Bereich, in Aufmerksamkeit, Wortflüssigkeit, Gedächtnis und Feinmotorik (Gruber, Silveri & Yurgelun-Todd, 2007). Beeinträchtigungen in den Exekutivfunktionen, der Impulskontrolle sowie im nonverbalen Denken persistieren für Wochen bis Monate nach Beendigung des Heroinkonsums (Lee & Pau, 2002; Lyvers & Yakimoff, 2003). Die Untersuchungsergebnisse sind allerdings erheblich konfundiert mit komorbiden Störungen wie Alkoholabhängigkeit und begleitenden somatischen Krankheiten. Es gibt auch Hinweise, dass sich die festgestellten Defizite nach vier- und mehrmonatiger Abstinenz zurückbilden (Gerra et al., 1998).

Mintzer, Copersino und Stitzer (2005) verglichen die kognitive Leistungsfähigkeit von 20 abstinenten Opioidabhängigen mit derjenigen von 18 methadonsubstituierten Patienten sowie 21 gesunden Kontrollprobanden. Dabei zeigte sich, dass die Methadonsubstituierten am schlechtesten abschnitten, gefolgt von den abstinenten Opioidabhängigen. Die Autoren ziehen daraus den Schluss, dass sich die kognitiven Funktionen unter Abstinenz erholen können, vorbehaltlich dessen, dass es sich nicht um eine Längsschnittstudie handelt. Diskrete Hinweise darauf, dass sich die Exekutivfunktionen sowie die visuokonstruktiven Fähigkeiten auch

unter Langzeit-Substitution mit Methadon verbessern, konnten in einer Studie von Soyka, Zingg, Koller und Hennig-Fast (2009) gefunden werden. Hier handelt es sich ebenfalls nicht um eine Längsschnittuntersuchung. In der randomisierten, prospektiv ausgerichteten Studie von Soyka et al. (2008) an 24 Methadon- sowie 22 Buprenorphinsubstituierten konnte im Verlauf der Behandlung eine leichte Verbesserung in den Konzentrations- und Exekutivfunktionen festgestellt werden. Auch Gruber et al. (2006) stellten nach zwei Monaten Substitutionsbehandlung mit Methadon Verbesserungen im verbalen Lernen und Gedächtnis, im visuell-räumlichen Gedächtnis sowie in der psychomotorischen Geschwindigkeit fest. Einen ausführlichen Überblick über die Effekte der Substitutionsbehandlung mit Methadon und Buprenorphin auf die psychomotorische und kognitive Leistungsfähigkeit gibt Mintzer (2007).

Der Konsum von Kokain ist ebenfalls assoziiert mit neuropsychologischen und neurologischen Veränderungen. Diese variieren jedoch in Abhängigkeit von Dauer und Ausmass des Konsums sowie Vorhandensein von Entzugerscheinungen. Nach Beendigung des Konsums finden sich Leistungsdefizite in der Aufmerksamkeit, den Exekutivfunktionen, im Arbeitsgedächtnis sowie im deklarativen Gedächtnis (Jovanovski, Erb & Zakzanis, 2005). Di Sclafani, Tolou-Shams, Price und Fein (2002) verglichen 20 abstinent Kokainabhängige und 37 abstinent Kokain- und Alkoholabhängige mit 29 gesunden Kontrollprobanden und stellten auch nach sechsmonatiger Abstinenz erhebliche generalisierte neuropsychologische Defizite bei beiden Patientengruppen fest.

Der Restitutionsverlauf gestaltet sich so, dass sich die Gedächtnisleistung innerhalb von sechs Wochen bis sechs Monate nach Konsumbeendigung am meisten verbessert. In der Zeit von weniger als zwei Wochen nach Abstinenzbeginn können sich die Defizite kaum zurückbilden (Berry et al., 1993; Block, Erwin & Ghoneim, 2002). Die Regeneration anderer neurokognitiver Bereiche ist unklar, es scheint, dass sich Einschränkungen in Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen, räumlicher Informationsverarbeitung und verzögerter Erinnerungsleistung auch nach einem halben Jahr nur wenig verbessern (Selby & Azrin, 1998). Dies wird durch Neuroimaging-Studien untermauert, die auch bei Abstinenz Veränderungen im frontalen und präfrontalen Kortex, d. h. eine Volumenreduktion der grauen Substanz und eine reduzierte zerebrale Durchblutung, nachweisen konnten, wobei die Abnormalitäten je nach konsumierter Menge und Konsumdauer variierten (Fein, Di Sclafani & Meyerhoff, 2002; Strickland et al., 1993).

Bisherige Studien zum Cannabiskonsum zeigen vor allem Kurzzeiteffekte auf neuropsychologische Funktionen. So finden sich bis 24 Stunden nach Beendigung des Konsums Beeinträchtigungen in der Aufmerksamkeit, in den exekutiven Funktionen, im rechnerischen Denken, in der sofortigen Erinnerungsleistung von verbalem Material und in den Reaktionszeiten (Iverson, 2003; Pope & Yurgelun-Todd, 1986). Auch nach 25 Tagen Abstinenz schnitten Patienten mit schwerem Cannabismissbrauch in Entscheidungsfindungsaufgaben schlechter ab als die Norm (Bolla, Eldreth, Matochik & Cadet, 2005). Marginale Langzeitdefizite konnten in der Lernfähigkeit und der Erinnerungsleistung neuer Information festgestellt werden (Grant, Gonzalez, Carey, Natarajan & Wolfson, 2003), obwohl unklar bleibt, ob diese nicht schon prämorbid vorhanden gewesen sein könnten. Neuroimaging-Studien konnten Cannabiskonsum mit deutlichen funktionellen, aber nicht strukturellen Abnormalitäten im Gehirn in Zusammenhang bringen. So wiesen fMRI-Untersuchungen eine abnorme Aktivität im dorsolateralen präfrontalen Kortex und linken oberen Parietalkortex während Aufgaben nach, die das Arbeitsgedächtnis prüfen (Jager, Kahn, Van den Brink, Van Ree & Ramsey, 2006).

Insgesamt kann nach dem heutigen Forschungsstand auf keine erheblichen kognitiven Langzeiteinbußen durch übermäßigen Cannabiskonsum geschlossen werden.

Nahezu die Hälfte aller von mehreren Substanzen abhängigen Personen weisen neuropsychologische Defizite auf (Grant et al., 1978). Die Beeinträchtigungen umfassen das ganze Spektrum kognitiver Funktionen und werden in einem nicht unerheblichen Mass durch komorbide somatische und psychiatrische Faktoren beeinflusst. Am häufigsten kommen jedoch Leistungsminderungen in den Bereichen motorische und wahrnehmungsbezogene Fähigkeiten, visuell-räumliche Fähigkeiten, Problemlösefertigkeit sowie verbales und visuelles Gedächtnis vor. Die im Zusammenhang mit Polysubstanzgebrauch stehenden strukturellen und funktionellen Abnormalitäten variieren entsprechend stark und reichen von leichter bis schwerer Beeinträchtigung. Es gilt festzuhalten, dass der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen zu Effekten führen kann, die über eine simple Addition der einzelnen Substanzwirkungen hinausgeht (Allen, Strauss, Leany & Donohue, 2008).

3.9 Die Einschätzung eigener Fähigkeiten

Aus der sozialpsychologischen Forschung ist bekannt, dass Menschen im Allgemeinen dazu tendieren, sich in erwünschten Bereichen anderen Menschen als überlegen wahrzunehmen (vgl. Brown, 1986). Die Frage, ob es sich bei diesem sogenannten *self-enhancement bias* um eine Überschätzung der eigenen Fähigkeiten handelt oder aber die eigenen Fähigkeiten adäquat, diejenigen anderer jedoch unterschätzt werden, wird kontrovers diskutiert. Walton und Bathurst (1998) konnten in ihrer Untersuchung über die Einschätzung der eigenen Fahrleistungen beispielsweise nachweisen, dass die Tendenz zur Selbsterhöhung durch das Prinzip des Abwärts-Vergleiches (*downward comparison principle*, Wills, 1981) erklärt werden kann.

3.9.1 Selbsteinschätzung und Substanzabhängigkeit

Gemäss Lezak Deutsch (1995) tendieren Alkoholabhängige dazu, ihre Gedächtnisbeeinträchtigungen zu unterschätzen oder sogar zu verneinen. Wenn sie sich über kognitive Defizite beklagen, bringe dies eher emotionalen Stress zum Ausdruck als eine akkurate Selbstwahrnehmung. Rinn, Desai, Rosenblatt und Gastfriend (2002) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen der Verleugnung der Abhängigkeit und schlechteren Leistungen in den Exekutivfunktionen, dem verbalen und visuellen Gedächtnis sowie der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit.

Neben akzentuierten Persönlichkeitsmerkmalen können kognitive Funktionsbeeinträchtigungen als Folge des Konsums somit eine Ursache für eine unkritisch hohe Selbstwirksamkeitserwartung sein (z. B. Rist, 2004). Wie in Kapitel 2.6.2 erwähnt, zeigt sich in Studien zu Selbstwirksamkeitserwartungen Alkoholabhängiger hinsichtlich ihres Abstinenzziels über die verschiedenen Messinstrumente hinweg immer wieder eine auffällig hohe Zuversicht, in Zukunft auf Alkohol verzichten zu können (z. B. Demmel et al., 2006; Goldbeck et al., 1997). Rückfällige geben sogar nach einer Abstinenzverletzung weiterhin hohe Selbstwirksamkeitserwartungen an und korrigieren ihre Erwartungen nicht entsprechend der Erfahrung nach unten (Demmel, Rist & Olbrich, 2001).

Friedel und Lappe (1999) sprechen von krankhaften Persönlichkeitsveränderungen, die als Folge des Missbrauchs oder der Abhängigkeit von Alkohol und Drogen auftreten können. Dazu zählen insbesondere Selbstüberschätzung, Gleichgültigkeit, Nachlässigkeit, Erregbarkeit und Reizbarkeit. Schliesslich kann es zur Entdifferenzierung und Depravation der gesam-

ten Persönlichkeit kommen. Auch nach Kroj (1995) kann es aufgrund des Konsums psychotroper Substanzen und von Alkohol zu massiven Persönlichkeitsveränderungen kommen, wie beispielsweise zum zunehmenden Rückzug aus der Gemeinschaft und somit dem Verlust sozialer Beziehungen. Es ist wissenschaftlich unbestritten, dass chronischer Alkoholismus zusätzlich zur Beeinträchtigung der Leistung auch zu einer Verformung der Persönlichkeit führt. Die untersuchten Alkoholiker in der Studie von Grünberger (1989) wiesen beispielsweise eine deutliche Tendenz zu sozial deviantem Verhalten auf, welche als Abwendung von der Realität interpretiert werden kann. Die durch Reizverarmung bedingte Unfähigkeit, Hinweisreize bezüglich der eigenen Position im sozialen Kontext und auch bezüglich der Reaktionen der sozialen Umwelt auf das eigene Verhalten wahrzunehmen, schlägt sich nach Ansicht der Autoren in der festgestellten Abnahme in Offenheit und Kritikfähigkeit nieder. Dass der selbstkritischen Haltung gegenüber der eigenen Leistungsfähigkeit eine Moderatorvariable zwischen tatsächlicher Leistungsfähigkeit und dem Verhalten zukommt, konnte beispielsweise im Rahmen von Studien zur Fahreignung bestätigt werden (vgl. Undeutsch, 1981; Weinand, 1997; Zingg, Pülschen & Soyka, 2009).

Ausgehend von diesen Befunden und Überlegungen kann bei bestehender Psychopathologie, hier in erster Linie kognitive Beeinträchtigungen infolge einer Alkoholabhängigkeit, davon ausgegangen werden, dass die Urteilsfähigkeit nachlässt. Nach Luthe (1987) ist die Urteilschwäche ein Charakteristikum des psychischen Abbaus. Ein Leistungsdefizit kann demnach nicht oder nur ungenügend erkannt werden.

3.9.2 Die Operationalisierung der Selbsteinschätzung – Empirische Studien

Die Frage bleibt, ob und wie eine selbstkritische Haltung gegenüber der eigenen Leistungsfähigkeit – als Moderatorvariable zwischen tatsächlichen Fähigkeiten und Verhalten – operationalisiert werden kann. Es gibt bis heute kein Instrument zur Messung des vielzitierten Begriffs der Urteilsfähigkeit oder der Kritikfähigkeit. In einigen Untersuchungen (z. B. Weinand, 1997) wird mittels Interviews, Selbstberichten und/oder Persönlichkeitstests eine Beurteilung der „Haltung gegenüber persönlichen Fehlern und Schwächen“ vorgenommen. Andere Studien vergleichen die Ergebnisse in Leistungstests mit der direkten Einschätzung des erzielten Resultates durch den Probanden oder bedienen sich der Leistungsvorhersage-Methode, bei der die Vorhersage der Leistung mit der nachfolgend tatsächlich erbrachten Leistung in dieser Aufgabe verglichen wird. Sehr häufig wird auch der Vergleich der Selbst-

einschätzung mit der Einschätzung anderer Personen (Angehörige, Therapeuten) verwendet (vgl. Fischer, Trexler & Gauggel, 2002).

Generell werden kaum hohe Übereinstimmungen zwischen Selbstbeurteilungen und objektiven Leistungstests berichtet. Ein Überblick von Mengelkamp und Jäger (2007) zeigt, dass in neueren Studien zwischen der Selbsteinschätzung der Intelligenz und tatsächlichem Intelligenzquotienten Korrelationen zwischen $r=.16$ und $r=.46$ erreicht wurden. In ihrer eigenen Studie zur Selbsteinschätzung von Aufmerksamkeitsleistungen ergab sich eine Korrelation von $r=.31$, wobei sich die Probanden, insbesondere die weiblichen, im Durchschnitt unterschätzten.

Zwischen hirngeschädigten Patienten und Studenten liessen sich in der Studie von Bühner, Schmidt-Atzert, Richter und Grieshaber (2001) kaum Unterschiede in der Einschätzung subjektiver Aufmerksamkeitsleistungen finden. Auch bei Wilson, Bennett und Swartzendruber (1997) besteht bei Personen ohne kognitive Beeinträchtigung höchstens ein schwacher Zusammenhang zwischen Selbsteinschätzung und Testleistungen. Eine Vergleichsuntersuchung von Fischer et al. (2002) zwischen hirngeschädigten und orthopädischen Patienten ergab hingegen eine deutliche Überschätzung der Hirngeschädigten in der Leistungsvorhersage für eine kognitive Aufgabe. In derselben Studie ging eine hohe internale Kontrollüberzeugung mit einer geringen Unterschätzung der Leistung in einer motorischen Aufgabe einher. Kruger und Dunning (1999) konnten nachweisen, dass leistungsinkompetente Personen eine doppelte Last zu tragen haben, da die vorhandene Inkompetenz sie der metakognitiven Fähigkeit beraubt, dies zu realisieren. Sie überschätzen sich deshalb häufig.

Fingerman und Perlmutter (1994) testeten 151 Personen im Alter zwischen 20 und 89 Jahren anhand verschiedener kognitiver Verfahren. Die Autoren baten sie darum, ihre Leistung in jedem Test auf einer fünfstufigen Ratingskala von „sehr schlecht“ bis „ausgezeichnet“ zu beurteilen. Die Probanden mussten ihre Leistungsfähigkeit zusätzlich retro- und prospektiv über einen Zeitraum von fünf Jahren einschätzen. Es stellte sich heraus, dass die Selbsteinschätzung der gegenwärtigen Leistung keinen linearen Zusammenhang mit den gefundenen Altersunterschieden in den Testergebnissen aufwies. Die Korrelation zwischen Selbsteinschätzung und Testresultaten wurde mit zunehmendem Alter grösser. Bei den über 80-Jährigen konnten jedoch wiederum nur schwache Zusammenhänge gefunden werden. Während die 20- bis 30-jährigen Personen in den Tests am leistungsfähigsten waren, fanden sich auch bei ihnen nur schwache Korrelationen zwischen Testleistung und Selbsteinschätzung. Die stärk-

sten Zusammenhänge wurden bei den Teilnehmern mittleren Alters festgestellt. Dies kann eine mit dem Alter zunehmende metakognitive Fähigkeit widerspiegeln, die bei jüngeren Menschen noch nicht so ausgeprägt ist und Hand in Hand mit der Leistungsfähigkeit im hohen Alter wieder abnimmt.

Der Zusammenhang zwischen Unter- und Überschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit in neuropsychologischen Testverfahren und Ausprägungen der Kontrollüberzeugungen wird Gegenstand der vorliegenden Arbeit sein. Im folgenden Kapitel werden die Fragestellungen und genauen Hypothesen formuliert.

4 Fragestellungen und Hypothesen

Auf der Grundlage der vorausgegangenen theoretischen Überlegungen sollen die Kontrollüberzeugungen bei alkoholabhängigen Patienten untersucht werden. Es interessieren die Veränderungen in den generalisierten und bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen während einer stationären Entwöhnungsbehandlung und bis zu einem Jahr danach. Die Ausprägungen der Kontrollüberzeugungen sollen als Prädiktoren für den Behandlungserfolg resp. die Rückfälligkeit herangezogen werden.

Die soziale Lerntheorie Rotters (1954, 1966) und das handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit von Krampen (1986, 1988, 2000) gehen davon aus, dass generalisierte Persönlichkeitsvariablen vor allem dann zur Vorhersage von Verhalten beitragen, wenn die Situation unbekannt und ambiguid ist. Es wird deshalb angenommen, dass sich sowohl generalisierte als auch bereichsspezifische Kontrollüberzeugungen während der Behandlung verändern und Vorhersagekraft für das Behandlungsergebnis besitzen. Die stationäre Behandlung sowie die Zeit danach dürften für die meisten Patienten durch die während der Abhängigkeitsentwicklung entstandenen kognitiven Repräsentationen und Habitualisierungen ungenügend strukturierbar sein (Krampen & Fischer, 1988a).

Aufgrund der von Krampen (1986, 1988, 2000) postulierten hierarchischen Struktur handlungsspezifischer Personmerkmale und Persönlichkeitsvariablen werden ausserdem bedeutsame Zusammenhänge zwischen bereichsspezifischen und generalisierten Persönlichkeitskonstrukten, hier den Kontrollüberzeugungen, vermutet.

Andere Variablen wie die psychopathologische Symptombelastung, das Suchtverlangen, die Behandlungsmotivation sowie das Vorliegen einer komorbiden Depression werden ebenfalls als mögliche Prädiktorvariablen für die Rückfälligkeit herangezogen.

Eine weitere Fragestellung betrifft die Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit in den Bereichen Exekutivfunktionen, räumliches Vorstellungsvermögen, Aufmerksamkeit und Konzentration nach mehrwöchiger Abstinenz sowie den Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugungen und kognitiver Leistungsdefizite. Zusätzlich sollen die Einschätzung der eigenen Leistungen sowie allfällige Zusammenhänge zwischen Über- resp. Unterschätzung und tatsächlicher Leistungsfähigkeit einerseits und Kontrollüberzeugungen andererseits untersucht werden. Eine inadäquate Selbsteinschätzung, namentlich eine Überschätzung der eigenen Leistungen, kann Ausdruck einer mangelhaften Kritikfähigkeit sein und deshalb mit hirn-

organisch bedingten Leistungsdefiziten einhergehen. Die inadäquate Wahrnehmung eigener Kontrollmöglichkeiten könnte sich in ungünstigen Ausprägungen der Kontrollüberzeugungen, wie beispielsweise einer überhöhten Internalität, und damit in einem schlechteren Behandlungsergebnis niederschlagen.

Weitere Analysen betreffen den Vergleich der Kontrollüberzeugungen bei Patienten mit hohem resp. niedrigem Suchtverlangen, hoher resp. niedriger Behandlungsmotivation, kürzerer resp. längerer Abhängigkeitsdauer sowie mit und ohne komorbide Depression.

Im Einzelnen werden folgende Hypothesen formuliert:

- HYPOTHESE 1 Das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und die Internalität nehmen im Lauf der Behandlung zu.
- HYPOTHESE 2 Die soziale Externalität und die fatalistische Externalität nehmen im Lauf der Behandlung ab.
- HYPOTHESE 3 Patienten mit höherem Selbstkonzept und höherer Internalität zu Beginn der Behandlung bleiben eher abstinent während der Behandlungszeit.
- HYPOTHESE 4 Patienten mit Rückfällen während der Behandlung haben am Ende der Behandlung ein niedrigeres Selbstkonzept und eine niedrigere Internalität als diejenigen ohne Rückfälle.
- HYPOTHESE 5 Patienten mit höheren internalen und niedrigeren externalen Kontrollüberzeugungen am Ende der Behandlung bleiben eher abstinent bis zur Einjahres-Katamnese als Patienten mit niedrigeren internalen und höheren externalen Kontrollüberzeugungen.
- HYPOTHESE 6 Eine höhere Behandlungsbereitschaft, Behandlungsmotivation und Krankheitseinsicht bei Behandlungsbeginn führen zu einem grösseren Anstieg des Selbstkonzepts und der Internalität während der Behandlung.
- HYPOTHESE 7 Patienten mit hohem Suchtverlangen haben eine höhere Externalität sowie eine höhere Behandlungsmotivation.
- HYPOTHESE 8 Patienten mit komorbider Depression haben eine niedrigere Internalität sowie eine höhere Externalität als nicht depressive Patienten.

-
- HYPOTHESE 9 Die kognitive Leistungsfähigkeit verbessert sich im Verlauf der Behandlung.
- HYPOTHESE 10 Abstinente Patienten verbessern sich in der kognitiven Leistungsfähigkeit im Verlauf der Behandlung mehr als rückfällige.
- HYPOTHESE 11 Patienten mit längerer Abhängigkeitsdauer haben eine schlechtere kognitive Leistungsfähigkeit als Patienten mit kürzerer Abhängigkeitsdauer.
- HYPOTHESE 12 Patienten mit niedrigerer kognitiver Leistungsfähigkeit sind in ihren Kontrollüberzeugungen externaler.
- HYPOTHESE 13 Rückfällige Patienten überschätzen ihre kognitive Leistungsfähigkeit eher als abstinente.
- HYPOTHESE 14 Patienten mit niedrigerer kognitiver Leistungsfähigkeit überschätzen sich eher als Patienten mit höherer kognitiver Leistungsfähigkeit.
- HYPOTHESE 15 Patienten, die ihre kognitive Leistungsfähigkeit überschätzen, verfügen über eine höhere Internalität als diejenigen, die sich unterschätzen.

5 Methode

5.1 Stichprobe und Durchführung

Die Durchführung der vorliegenden Untersuchung wurde von der Kantonalen Ethikkommission Bern (CH) genehmigt.

Die Stichprobe besteht aus Patienten, die sich aufgrund einer Alkoholabhängigkeit in der Privatklinik Meiringen (CH) zwischen Juni 2007 und Dezember 2008 stationär behandeln liessen. Es handelte sich dabei sowohl um freiwillige Eintritte als auch um Hospitalisationen im Rahmen eines Fürsorgerischen Freiheitsentzugs. Die Patienten wurden nach beendetem Entzug sowohl mündlich als auch schriftlich über die Studie informiert (vgl. Anhang G). Die Untersuchungen waren freiwillig und fanden nach erfolgreich beendetem Entzug sowie kurz vor geplantem Austritt statt. Sie beinhalteten ein mündlich geführtes, halbstrukturiertes Interview zur aktuellen Lebenssituation und zur Suchtanamnese, eine testpsychologische Untersuchung zur Abklärung der kognitiven Leistungsfähigkeit sowie das Ausfüllen von Fragebogen (vgl. Kapitel 5.2). Der Aufbau des Fragebogenhefts bei der Ersterhebung ist aus Anhang D ersichtlich. Bei der Verlaufserhebung und der Katamnese wurden der Fragebogen zur Therapiemotivation und derjenige zum Suchtverlangen aus ökonomischen Gründen weggelassen.

Ungefähr ein Jahr nach der Behandlung wurden den Patienten ein kurzes Interview sowie die Fragebögen schriftlich zugeschickt. Sofern sie beides nicht innerhalb von vier Wochen retournierten, wurden sie nach Möglichkeit telefonisch kontaktiert und um Rücksendung gebeten.

Während ihres stationären Aufenthaltes nahmen alle Patienten an einem wöchentlich stattfindenden verhaltenstherapeutischen Gruppentherapieprogramm zur Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit teil, hatten mehrmals wöchentlich psychiatrisch-psychotherapeutische Einzelgespräche sowie Einzelgespräche mit der Bezugspflegerkraft. Ausserdem besuchten sie kunst-, körper- oder ergotherapeutische sowie gestalterisch-handwerkliche Angebote. Dazu kamen die morgendlichen Gesprächsrunden auf der Station, wöchentliche Oberarzt- bzw. Chefarztvisiten und ein breites Angebot an Freizeit- und Sportaktivitäten. Insgesamt kann daher von einem ungefähr identischen Therapieangebot für alle untersuchten Patienten ausgegangen werden.

Insgesamt wurden $N=102$ (100%) alkoholabhängige Patienten in die vorliegende Untersuchung eingeschlossen, wovon 81 (79.4%) Patienten sowohl zu Beginn als auch am Ende der Behandlung untersucht werden konnten. Von diesen 81 Personen liegen für 51 (63% resp. 50% der ursprünglichen Stichprobe) ebenfalls katamnestische Daten ein Jahr nach der Behandlung vor.

Die Eintrittsuntersuchung fand $M=15.19$ Tage ($s=7.54$; $Min=6.0$, $Max=34.98$) nach Eintritt statt. Die Dauer zwischen Eintrittsuntersuchung (T1) und Austrittsuntersuchung (T2) betrug im Mittel 6.5 Wochen ($s=3.0$; $Min=2.0$, $Max=16.7$), diejenige zwischen Austrittsuntersuchung (T2) und Katamnese (T3) 11.7 Monate ($s=1.4$; $Min=8.9$, $Max=16.0$).

Tabelle 5-1 zeigt die soziodemografischen Daten der Stichprobe bei Behandlungsbeginn.

Tabelle 5-1 Soziodemografische Daten der Stichprobe bei Behandlungsbeginn

| Variable | | <i>M (s) / n (%)</i> |
|------------------|------------------------|----------------------|
| Alter | | 47.4 (12.2) |
| Geschlecht | männlich | 73 (71.6) |
| | weiblich | 29 (28.4) |
| Familienstand | ledig | 32 (31.4) |
| | verheiratet | 34 (33.3) |
| | geschieden | 34 (33.3) |
| | verwitwet | 2 (2) |
| Schulabschluss | Hauptschulabschluss | 16 (15.7) |
| | Berufslehre | 64 (62.7) |
| | Abitur/Hochschule | 22 (21.6) |
| Erwerbstätigkeit | erwerbstätig | 46 (45.1) |
| | arbeitsunfähig | 23 (22.5) |
| | arbeitslos | 21 (20.6) |
| | in Rente | 12 (11.8) |
| Wohnsituation | allein lebend | 40 (39.2) |
| | mit PartnerIn | 45 (44.1) |
| | mit sonstigen Personen | 17 (16.7) |

Anmerkungen. $N=102$.

Das durchschnittliche Alter betrug 47.4 Jahre ($s=12.2$), knapp ein Drittel waren Frauen (28.4%). Je ungefähr ein Drittel der Patienten war ledig (31.4%), verheiratet (33.3%) oder geschieden (33.3%). Mehr als die Hälfte verfügte über eine abgeschlossene Berufslehre (62.7%), ein Fünftel über ein Abitur resp. einen Hochschulabschluss (21.6%) und 15% konnten einen Hauptschulabschluss vorweisen. 45% der Patienten waren vor Eintritt in die stationäre Behandlung erwerbstätig, je ungefähr ein Fünftel war krankheitsbedingt arbeitsunfähig

(22.5%) oder arbeitslos (20.6%). Ein kleiner Teil war bereits in Rente (11.8%). Bezüglich der Wohnsituation lebten vor Eintritt 39.2% alleine, 44.1% mit dem Partner und 16.7% mit sonstigen Personen oder in einer Institution.

Die krankheitsbezogenen Daten der Stichprobe bei Behandlungsbeginn sind aus Tabelle 5-2 ersichtlich. Die Patienten befanden sich im Mittel rund 10 ($s=5.2$) Wochen in stationärer Behandlung.

Tabelle 5-2 Krankheitsbezogene Daten der Stichprobe bei Behandlungsbeginn

| Variable | <i>M</i> (<i>s</i>) | <i>Min</i> | <i>Max</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------|------------|
| Dauer der aktuellen Behandlung in Wochen | 10.1 (5.2) | 2.0 | 34.0 |
| Alter bei Erstkontakt | 16.3 (3.6) | 5.0 | 30.0 |
| Alter bei Beginn des regelmässigen Alkoholgebrauchs | 27.3 (10.5) | 12.0 | 61.0 |
| Alter bei Abhängigkeitsbeginn | 36.9 (10.7) | 14.0 | 61.0 |
| Dauer der Abhängigkeit in Jahren | 11.5 (8.5) | .47 | 45.0 |
| Durchschnittlich täglich konsumierte Alkoholmenge während des letzten halben Jahres | 169.7 (100.9) | 30.0 | 500.0 |
| Dauer der bisher längsten Abstinenz in Monaten | 21.2 (35.8) | .3 | 204.0 |
| <i>n</i> (% der Gesamtstichprobe) | | | |
| Anzahl frühere Entzugsbehandlungen (ambulant und stationär) | ≤ 2 = 78 (76.5) > 2 = 24 (23.5) | | |
| Anzahl frühere Entwöhnungsbehandlungen (ambulant und stationär) | ≤ 1 = 70 (68.6) > 1 = 32 (31.4) | | |
| Anzahl Therapieabbrüche | 0 = 82 (80.4) ≥ 1 = 20 (19.6) | | |
| Mehrfachabhängigkeit (ausser Nikotin) | 35 (34.3) | | |
| Komorbide Depression | 48 (47.1) | | |
| Komorbide andere psychiatrische Erkrankungen | 27 (26.5) | | |
| Verwandte ersten und/oder zweiten Grades mit einer Alkoholabhängigkeit und/oder anderen Drogenproblemen | 62 (60.8) | | |
| | Bedroht: | Verändert/verloren: | |
| Arbeitsplatz, wegen des Trinkens | 29 (28.4) | 18 (17.6) | |
| Familienstand, wegen des Trinkens | 34 (33.3) | 13 (12.7) | |
| Wohnsituation, wegen des Trinkens | 19 (18.6) | 4 (3.9) | |
| Führerschein, wegen des Trinkens | 13 (12.7) | 24 (23.5) | |

Anmerkungen. $N=102$.

Sie hatten in einem durchschnittlichen Alter von 16.3 Jahren ($s=3.6$) den ersten Kontakt mit Alkohol und ab einem mittleren Alter von 27.3 Jahren ($s=10.5$) einen regelmässigen Alkoholgebrauch. Die Abhängigkeit begann im durchschnittlichen Alter von 36.9 Jahren ($s=10.7$) und dauerte bei Klinikeintritt im Mittel bereits 11.5 Jahre ($s=8.5$) an. Im letzten halben Jahr vor

Eintritt konsumierten die Patienten durchschnittlich rund 170 Gramm Alkohol täglich ($s=100.9$), dies entspricht ca. zwei Litern Rotwein oder einem halben Liter Schnaps. Die längste Abstinenzdauer im Laufe ihrer Abhängigkeitserkrankung dauerte durchschnittlich 21 Monate ($s=35.8$), wobei das Spektrum zwei Wochen bis 17 Jahre umfasst.

Knapp ein Viertel der Patienten (23.5%) hatte bereits drei oder mehr Entzugsbehandlungen, stationäre und/oder ambulante, hinter sich, knapp ein Drittel (31.4%) sogar mehr als eine frühere Entwöhnungsbehandlung. Knapp 20% hatten schon einmal eine ambulante oder stationäre Therapie frühzeitig abgebrochen.

Gut ein Drittel (34.3%) der Patienten wiesen nebst der Alkoholabhängigkeit mindestens eine weitere Substanzabhängigkeit vor: 12 (11.8%) Patienten einen schädlichen Gebrauch von Cannabis, 11 (10.8%) einen polyvalenten Drogenkonsum, 8 (7.8%) eine zusätzliche Kokainabhängigkeit und 7 (6.9%) eine Benzodiazepinabhängigkeit. Knapp zwei Drittel (63.7%) waren zudem nikotinabhängig. 48 (47.1%) Patienten litten unter einer komorbiden Depression, 27 (26.5%) unter einer anderen psychiatrischen Erkrankung, hauptsächlich einer Angststörung (11.8%) oder einer Persönlichkeitsstörung (9.8%).

62 (60.8%) der untersuchten Alkoholabhängigen hatten mindestens einen Verwandten ersten oder zweiten Grades, der ebenfalls unter einer Alkoholabhängigkeit oder einem anderen Drogenproblem litt.

Aufgrund der Alkoholerkrankung waren 29 (28.4%) Patienten von einem Arbeitsplatzverlust bedroht, 18 (17.6%) hatten ihn bereits vor der Behandlung verloren. Ein Drittel (33.3%) sah sich mit einer möglichen Trennung vom Ehepartner konfrontiert, 13 (12.7%) hatten aufgrund ihres chronischen Alkoholkonsums mindestens eine Trennung oder Scheidung hinter sich. Bei 19 Patienten (18.6%) war unklar, ob sie nach der Behandlung in die alten Wohnverhältnisse zurückgehen können. Bei den meisten von ihnen stand die Frage nach einer betreuten Wohngemeinschaft im Raum. 4 (3.9%) befanden sich bereits vor der Behandlung in einer Institution. Knapp einem Viertel (23.5%) wurde der Führerschein wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand für unbestimmte Zeit entzogen, 13 (12.7%) drohte der Entzug bei erneut auftretenden Vergehen.

Als wichtigste Gründe für den Konsum von Alkohol wurden mit 61.8% Konflikte mit anderen genannt, gefolgt von Gewohnheit (21.6%). Weitere Gründe waren Schlafprobleme (8.8%), sozialer Druck (2.9%), Abbau von Hemmungen (2.0%), Dämpfung von Entzugssymptomen (2.0%) und Zeitvertreib (1.0%).

60.8% aller Patienten gaben an, ihr Trinkverhalten nicht mehr unter eigener Kontrolle zu haben. Als wichtigste Gründe wurden negative Gefühle wie Ängste oder Depressivität (22.5%), Konflikte mit (nahen) Bezugspersonen und Craving (je 15.7%) genannt, gefolgt von beruflichen und finanziellen Belastungen (6.8%).

Tabelle 5-3 zeigt die krankheitsbezogenen Daten der insgesamt 51 Patienten, die im Mittel 13.8 Monate ($s=1.4$) nach Behandlungsbeginn katamnestisch untersucht wurden. 15 (29.4%) von ihnen gelang gemäss eigenen Angaben die totale Abstinenz von Behandlungsbeginn bis zur Katamnese. Dies entspricht ungefähr der klassischen Drittelregelung, wonach ein Drittel der Alkoholabhängigen nach erfolgter Entwöhnungsbehandlung über längere Zeit abstinent bleibt, ein Drittel ein gebessertes Trinkverhalten aufweist und ein Drittel wieder ins alte Konsummuster zurückfällt. Wenn man allerdings von der konservativen Schätzung ausgeht, dass alle Patienten, von denen keine katamnestische Untersuchung vorliegt, mit dem Trinken wieder begonnen haben, schrumpft der Anteil Abstinenter auf niedrige 14.7%.

Tabelle 5-3 Krankheitsbezogene Daten der Stichprobe bei der Ein-Jahres-Katamnese

| Variable | <i>M</i> (<i>s</i>) | <i>Min</i> | <i>Max</i> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------|------------|
| Dauer von Behandlungsbeginn bis Katamnese in Monaten | 13.8 (1.4) | 10.2 | 18.1 |
| Durchschnittlich täglich konsumierte Alkoholmenge während des letzten halben Jahres | 97.6 (76.2) | 13.0 | 250.0 |
| Dauer der längsten Abstinenz im letzten Jahr in Wochen | 10.9 (12.9) | .50 | 48.0 |
| <i>n</i> (% der Katamnese-Stichprobe) | | | |
| Abstinent von Behandlungsbeginn bis Katamnese | 15 (29.4) | | |
| Zwischenzeitliche erneute Behandlung | Ja | 26 (51.0) | |
| | Nein | 25 (49.0) | |
| Art der Behandlung (Mehrfachangaben möglich) | Stationärer Entzug | 16 (31.4) | |
| | Stationäre Therapie | 11 (21.6) | |
| | Ambulante Therapie | 8 (15.7) | |
| | Selbsthilfegruppe | 4 (7.8) | |
| Derzeitige Erwerbstätigkeit | Ja | 21 (41.2) | |
| | Arbeitsunfähig/arbeitslos | 15 (29.4) | |
| | Anderes | 15 (29.4) | |

Anmerkungen. $n=51$.

Im letzten halben Jahr vor der Katamnese tranken die (rückfälligen) Patienten im Mittel 97.6 Gramm Alkohol ($s=76.2$), dies entspricht etwas mehr als einem Liter Rotwein oder 3 dl

Schnaps. Die längste abstinente Zeit im Jahr nach der Behandlung dauerte durchschnittlich rund 11 Wochen ($s=12.9$), wobei die kürzeste eine halbe Woche, die längste 11 Monate dauerte.

Etwas mehr als die Hälfte (51%) der katamnestisch untersuchten Patienten war in der Zwischenzeit in erneuter Behandlung, die meisten in einer stationären Entzugsbehandlung (31.4%) oder in einer stationären Therapie (21.65%), gefolgt von einer ambulanten Therapie (15.7%) und einer Selbsthilfegruppe (7.8%). Aufgrund der Tatsache, dass Selbsthilfegruppen bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz sehr nützlich sind (Soyka & Schmidt, 2009), ist der Anteil an Patienten, der hiervon Gebrauch macht, auffallend niedrig.

Immerhin 41.2% der nachuntersuchten Patienten gingen einer regelmässigen Erwerbstätigkeit nach, 29.4% waren arbeitsunfähig oder arbeitslos und weitere 29.4% in Rente oder in Ausbildung.

Zusammenfassend darf gesagt werden, dass es sich hier um eine Stichprobe handelt, welche die durchschnittliche alkoholabhängige Klientel im klinischen Alltag einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsinstitution sehr gut widerspiegelt.

5.2 Material

Zu den drei Untersuchungszeitpunkten gelangten die in Tabelle 5-4 dargestellten Verfahren zur Anwendung, die im Einzelnen in den nachfolgenden Unterkapiteln näher beschrieben werden.

Tabelle 5-4 Untersuchungsinstrumente bei T1, T2 und T3

| | |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>T1 (Behandlungsbeginn)</i> | Halbstrukturiertes Interview zur Suchtanamnese Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS-G) Brief Symptom Inventory (BSI) Fragebogen zur Erfassung der Behandlungsmotivation (EFB) Fragebogen zu Kontrollorientierungen bei Alkoholikern (IPC-A) Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) Mehrfachwahl-Wortschatz-Test (MWT-B) Mosaiktest (MT) Modified Card Sorting Test (MCST) Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP): Untertests Ge- teilte Aufmerksamkeit und Visuelles Scanning |
| <i>T2 (Behandlungsende)</i> | Halbstrukturiertes Interview zu Rückfällen während der Behand- lung Brief Symptom Inventory (BSI) Fragebogen zu Kontrollorientierungen bei Alkoholikern (IPC-A) Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) Mehrfachwahl-Wortschatz-Test (MWT-B) Mosaiktest (MT) Modified Card Sorting Test (MCST) Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP): Untertests Ge- teilte Aufmerksamkeit und Visuelles Scanning |
| <i>T3 (Ein-Jahres-Katamnese)</i> | Strukturiertes Interview zu zwischenzeitlichem Alkoholkonsum, abstinenten Zeiten, weiteren Behandlungen und Veränderungen aufgrund des Konsums Brief Symptom Inventory (BSI) Fragebogen zu Kontrollorientierungen bei Alkoholikern (IPC-A) Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) |

5.2.1 Interviews

Die Interviewvorlagen zu allen drei Erhebungszeitpunkten sind Anhang C zu entnehmen.

Bei Behandlungsbeginn (T1) wurde ein halbstrukturiertes Interview mündlich durchgeführt. Es enthält die Angaben zu den Stammdaten, zur aktuellen Lebenssituation sowie zu möglichen Veränderungen infolge des Alkoholkonsums in Bezug auf die Partnerbeziehung, die Wohnsituation, den Arbeitsplatz und den Führerschein. Im Weiteren wurde gefragt nach kör-

perlichen Krankheiten aufgrund der Abhängigkeit sowie nach Suchterkrankungen oder weiteren psychischen Störungen bei Verwandten. Es folgte die Erhebung der Suchtanamnese mit genauen Angaben zum Alter bei Erstkontakt, bei regelmässigem Gebrauch sowie bei Beginn der Abhängigkeit. Ebenfalls wurde nach den Gelegenheiten, bei welchen der Konsum stattfindet, und den Gründen des Konsums gefragt. Erhoben wurden auch das Datum des letzten Konsums, die durchschnittlich konsumierte Alkoholmenge an jedem Tag während des letzten halben Jahres vor der jetzigen Behandlung, die Dauer der längsten ununterbrochenen Abstinenz, die Anzahl früherer Entzüge, Entwöhnungsbehandlungen sowie Therapieabbrüche. Die letzte Frage betraf die Wahrnehmung von Kontrolle über das eigene Trinkverhalten. Die Haupt- und Nebendiagnosen wurden den Arztberichten entnommen.

Bei Behandlungsende (T2) wurde die Dauer der stationären Behandlung erhoben, ob während der Behandlung Rückfälle eingetreten sind und aus welchem Grund die Entlassung erfolgte. Als Rückfall wurde dabei jeglicher Alkoholkonsum während der Behandlung gewertet. Die Angaben der Patienten hierzu wurden mit den Atemalkoholtests, die nach jeder Beurlaubung durchgeführt wurden, sowie den regelmässig stattfindenden Kontrollen der Leberwerte abgeglichen. Die Austrittsdiagnosen wurden wiederum dem Arztbericht entnommen.

Der Katamnesefragebogen enthielt nebst den Fragebögen schriftliche Fragen zu zwischenzeitlichen erneuten Behandlungen aufgrund des Alkoholkonsums, zur aktuellen Lebenssituation (Erwerbstätigkeit, Wohnsituation) und zu zwischenzeitlichen Veränderungen aufgrund des Konsums in Bezug auf die Partnerbeziehung, die Wohnsituation, den Arbeitsplatz oder den Führerschein. Im Weiteren wurde nach dem Datum des letzten Konsums, nach Art und Menge des durchschnittlichen täglichen Konsums sowie der Dauer allfälliger abstinenter Zeiten seit der Behandlung gefragt.

5.2.2 Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS-G)

Bei der OCDS-G (Mann & Ackermann, 2000) handelt es sich um die deutsche Übersetzung der von Anton et al. (1995, 1996) entwickelten Obsessive Compulsive Drinking Scale zur Erfassung des subjektiv empfundenen Verlangens nach Alkohol (vgl. Anhang D). Die OCDS-G ist ein Selbstbeurteilungsinstrument mit insgesamt 14 Items, die nach ihrer zunehmenden Intensität auf einer fünfstufigen Skala (0 bis 4) beurteilt werden müssen. Die Skala *Gedanken* (Items 1 bis 6) misst die fortgesetzte gedankliche Beschäftigung mit Alkohol und das Unvermögen, sich diesen Gedanken zu entziehen, die Skala *Handlungsimpulse* (Items 7-14) den drohenden Verlust der Verhaltenskontrolle, die Menge und Häufigkeit des Alkoholkonsums

sowie die resultierenden psychosozialen Beeinträchtigungen. Die beiden Skalen liefern im Vergleich zum Gesamtscore einer deutschen Stichprobe von 206 alkoholabhängigen Patienten kaum Zusatzinformation (Mann & Ackermann, 2000). Die Studie zeigt jedoch, dass die OCDS-G die situationsübergreifende und gesamthafte Selbsteinschätzung des Cravings Alkoholabhängiger konsistent und reliabel erfasst. In der vorliegenden Arbeit wurden die beiden Skalen der Vollständigkeit halber beibehalten. Es ergaben sich dadurch keine relevanten Veränderungen der Resultate.

5.2.3 Brief Symptom Inventory (BSI)

Beim Brief Symptom Inventory (BSI) handelt es sich um die Kurzform der Symptomcheckliste SCL-90-R von Derogatis (1992, 1993). Es wurde von Franke (2000) ins Deutsche übersetzt. Das BSI ist ein ökonomisches Selbstbeurteilungsverfahren zur Erhebung der momentanen psychischen Belastung, bestehend aus 53 Items, die bezüglich ihres Vorhandenseins auf einer fünfstufigen Likert-Skala zwischen „überhaupt nicht“ (0) und „sehr stark“ (4) beurteilt werden müssen. Es ermöglicht, sowohl ein breites Spektrum psychopathologischer und Stressbelastungszustände als auch die Effekte psychotherapeutischer Behandlungen zu erfassen. Die Items beziehen sich auf die neun Skalen *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Depressivität*, *Ängstlichkeit*, *Aggressivität/Feindseligkeit*, *Phobische Angst*, *Paranoides Denken* und *Psychotizismus*. Die drei globalen Kennwerte *GSI* (*Global Severity Index*), *PSDI* (*Positive Symptom Distress Index*) und *PST* (*Positive Symptom Total*) bieten eine Übersicht über die psychische Belastung auf einem generellen, skalenübergreifenden Niveau. Der GSI ist der sensitivste Indikator für die psychische Belastung, da er die Intensität bei allen 53 Symptomen erfasst. Der PSDI erfasst die Intensität der Belastung in Bezug auf diejenigen Items, bei denen eine Belastung vorliegt, der PST die Anzahl Items, bei denen eine Belastung angegeben wurde.

5.2.4 Fragebogen zur Erfassung der Behandlungsmotivation (EFB)

Der „Einstellungsfragebogen zur Behandlung EFB“ für Alkoholabhängige (vgl. Anhang D) wurde von Krampen und Petry (1987) entwickelt und besteht aus den drei Subskalen *allgemeine Behandlungsbereitschaft* (12 Items), *Krankheitseinsicht* (4 Items) und *Behandlungsmotive* (14 Items). Für die insgesamt 30 Items wird der Grad der Zustimmung auf einer sechsstufigen Ratingskala angegeben. Die Trennung der Behandlungsmotivation in drei Konstrukte hat sich bei einer Profilreliabilität von $r_{\text{it}} = .83$ als konzeptuell sinnvoll erwiesen.

In einer experimentell ausgerichteten Studie an 72 Alkoholabhängigen, in der drei Formen eines Motivationsprogramms (Informationsvermittlung, Verhaltensdiagnostik und kognitive Umstrukturierung) evaluiert wurden, zeigten sich statistisch bedeutsame Steigerungen in allen drei Skalen des EFB, was die Modifizierbarkeit der Behandlungsmotivation durch spezifische Therapiemethoden belegt. In der Skala *Behandlungsmotive* hat sich insbesondere die Angst vor Verlusterlebnissen als prognostisch günstig, eingetretene Verluste hingegen als prognostisch ungünstig erwiesen. Krampen und Petry (1987) weisen deshalb auf die Wichtigkeit der Auswertung auf Itemebene in dieser Skala hin, da der Summenscore hier zu Verzerrungen in den Ergebnissen führen könnte. Die Mittelwerte und Standardabweichungen betragen für diese Stichprobe bei Behandlungsbeginn auf der Skala *Behandlungsbereitschaft* $M(s)=54.9$ (6.44), auf der Skala *Krankheitseinsicht* $M(s)=19.4$ (3.01) und auf der Skala *Behandlungsmotive* $M(s)=61.5$ (14.2).

Im Hinblick auf die diskriminante und konvergente Validität wurden die EFB-Subskalen mit verschiedenen Variablen in Beziehung gesetzt. Dabei ergaben sich keine bedeutsamen Geschlechts- oder Altersunterschiede und kaum Unterschiede bezüglich der sozialen Schichtzugehörigkeit und Berufstätigkeit. Schwache positive Korrelationen ergaben sich zwischen der Skala *Behandlungsmotive* und der Suchtbelastung sowie der Skala *Behandlungsbereitschaft* und der Abhängigkeitsdauer. Patienten mit leberspezifischen Folgeerkrankungen hatten stark erhöhte Werte in der Skala *Behandlungsmotive*. Diese Skala wies ebenfalls einen positiven Zusammenhang zu bereichsspezifischen externalen Kontrollüberzeugungen auf. Hoffnungslosigkeit korrelierte negativ mit den Skalen *Behandlungsbereitschaft* und *Krankheitseinsicht*. Wissen über Alkoholismus hatte einen positiven, die Tendenz zur Bagatellisierung des Alkoholismus hingegen einen negativen Zusammenhang mit allen drei EFB-Skalen. Sehr wichtig ist der Befund, dass der EFB keine statistisch bedeutsamen Beziehungen zur sozialen Erwünschtheit aufwies (Krampen & Petry, 1987).

Gemäss Autoren ist der Einsatz des EFB im Hinblick auf die Befunde zur Reliabilität und Validität seiner Skalen als Forschungsfragebogen in deskriptiven, evaluativen und prognostischen Untersuchungen zur Alkoholabhängigkeit gerechtfertigt.

5.2.5 Fragebogen zu Kontrollorientierungen bei Alkoholikern (IPC-A)

Aufgrund des sich in vielen Studien zu Kontrollüberzeugungen herauskristallisierten Vorteils der bereichsspezifischen gegenüber einer generalisierten Messung des Konstrukts zur Verhaltensvorhersage sowie der Verbundenheit der auf den Handlungsbereich des Alkoholkonsums

bezogenen Verfahren mit der eindimensionalen Konzeption von Kontrollüberzeugungen, entwickelten Krampen und Fischer (1988b) den mehrdimensionalen IPC-A-Fragebogen zu Kontrollorientierungen bei Alkoholikern. Da in vorherigen bereichsspezifischen Verfahrensvorschlägen retrospektiv und prospektiv orientierte Inhalte in den Itemlisten vermischt wurden, war es ein Anliegen des IPC-A, subjektive Erklärungsversuche der Alkoholismusgenese im Sinne von Attributionen von der subjektiv wahrgenommenen Kontrollierbarkeit des zukünftigen Trinkverhaltens, d. h. der bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen, zu trennen. Der erste Messansatz erfasste deshalb die folgenden acht Dimensionen: (1) *Retrospektives Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK-R)*, mit dem die bei der eigenen Person wahrgenommene Fähigkeit resp. Unfähigkeit, in der Vergangenheit Lebenssituationen ohne Alkoholkonsum zu bewältigen, bezeichnet wird. Ein niedriges retrospektives Selbstkonzept widerspiegelt die Selbstwahrnehmung, dass Alkohol bisher im Leben häufig die einzige Handlungsalternative darstellte. (2) *Retrospektive Internalität (I-R)*, unter der die Tendenz, den Alkoholismus mit prinzipiell selbst kontrollierbaren Ursachen zu begründen, verstanden wird. (3) *Retrospektive, sozial bedingte Externalität (P-R)* als Tendenz, Alkoholkonsum auf den Einfluss anderer Menschen und soziale Zwänge zurückzuführen. (4) *Retrospektive, fatalistische Externalität (C-R)* als Tendenz, den Alkoholismus auf Schicksal, Zufall und andere nicht kontrollierbare Einflüsse (ausser sozialen) zurückzuführen. (5) *Prospektives Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK-P)*, mit dem die Erwartung bezeichnet wird, dass eine Behandlung gelingen und man in Zukunft auch Belastungen und Risikosituationen ohne Alkohol bewältigen wird. (6) *Prospektive Internalität (I-P)* als (generalisierte) Erwartung, dass man vor allem selbst für den Therapieerfolg und das zukünftige Trinkverhalten resp. die Abstinenz verantwortlich ist. (7) *Prospektive, sozial bedingte Externalität (P-P)* als (generalisierte) Erwartung, dass der Therapieerfolg und zukünftiges Konsumverhalten wesentlich vom Einfluss anderer Personen abhängt und (8) *prospektive, fatalistische Externalität (C-P)* als (generalisierte) Erwartung, dass der Therapieerfolg und zukünftiges Konsumverhalten im Wesentlichen vom Schicksal und vom Zufall abhängt (Krampen & Fischer, 1988b). In Einklang mit dem handlungstheoretischen Partialmodell der Persönlichkeit von Krampen (1986, 1988, 2000) erlaubt dieses Messmodell Operationalisierungen sowohl auf situations- und handlungsspezifischen, bereichsspezifischen als auch generalisierten Ebenen eines hierarchischen Persönlichkeitsmodells.

Dieser ursprünglich konzipierte IPC-A-Fragebogen umfasste 40 Items, die auf einer sechsstufigen Antwortskala mit den Endpunkten „ist für mich sehr falsch“ (=1) und „ist für mich sehr

richtig“ (=6) zu beantworten sind. Er wurde an einer Stichprobe von $N=192$ Alkoholabhängigen überprüft. Die gefundenen Reliabilitätsparameter waren lediglich für die vier Subskalen *retrospektives Selbstkonzept*, *prospektives Selbstkonzept*, *prospektive Internalität* und *prospektive, fatalistische Externalität* ausreichend, weshalb nur diese in der vorliegenden Studie zur Anwendung kamen (vgl. Anhang D). Der differentielle Beschreibungswert dieser vier Skalen wird durch ihre Korrelationen mit Aussenvariablen bestätigt. Ein niedriges retrospektives Selbstkonzept korrelierte positiv mit der Krankheitseinsicht, den Behandlungsmotiven, dem Verlust der Verhaltenskontrolle, mit abhängigem Trinken, positiven Trinkmotiven und psychopathologischer Auffälligkeit. Das prospektive Selbstkonzept wies dagegen konsistente Zusammenhänge mit der allgemeinen Behandlungsbereitschaft, der Krankheitseinsicht und zur Handlungsvalenz der Abstinenz auf. Prospektiv ausgerichtete Internalität korrelierte negativ mit psychischer Auffälligkeit, prospektiver Fatalismus hingegen positiv mit der Handlungsvalenz des Trinkens in der Zukunft, dem Ausmass aktuell erlebter Entzugserscheinungen, der Selbstmedikation und psychopathologischer Symptomatik (Krampen & Fischer, 1988b).

5.2.6 Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)

Der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen wurde von Krampen (1991) auf der Basis seines handlungstheoretischen Partialmodells der Persönlichkeit entwickelt. Es handelt sich um eine theoretisch breitere und differenziertere Neuentwicklung des IPC-Fragebogens von Levenson (1972, dt. Übersetzung von Krampen, 1981) zur Messung von drei Aspekten generalisierter Kontrollüberzeugungen (Internalität, sozial bedingte und fatalistische Externalität). Die Items wurden weitgehend neu formuliert und die drei Skalen zu generalisierten Kontrollüberzeugungen um den Aspekt generalisierter selbstbezogener Erwartungen (Kompetenzüberzeugung oder Selbstkonzept eigener Fähigkeiten) erweitert, so dass der FKK nunmehr vier Primärskalen enthält.

Der FKK ist dann diagnostisch sinnvoll, wenn sich die Person in einer Handlungs- oder Lebenssituation befindet, die neuartig ist und nicht oder nur schlecht kognitiv strukturiert werden kann. Er gibt somit Informationen über die generalisierten, zeitlich und situativ relativ stabilen selbstbezogenen Kognitionen einer Person und erlaubt Aussagen über die bei der Person subjektiv vorhandenen Handlungsmöglichkeiten.

Die vier Primärskalen des FKK basieren auf jeweils acht Items, die auf sechsstufigen, bipolar verankerten Antwortskalen („sehr falsch“ bis „sehr richtig“) zu beantworten sind. Die Skala

Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (FKK-SK) erfasst die generalisierte Erwartung darüber, dass in Handlungs- oder Lebenssituationen eine oder mehrere Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Die Skala *Internalität (FKK-I)* bezeichnet die subjektiv bei der eigenen Person wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse in der personspezifischen Umwelt, die Skala *sozial bedingte Externalität (FKK-P)* die generalisierte Erwartung, dass wichtige Ereignisse im Leben vom Einfluss anderer („mächtiger“) Personen abhängen und die Skala *fatalistische Externalität (FKK-C)* die generalisierte Erwartung, dass das Leben und Ereignisse in ihm von Schicksal, Glück, Pech und dem Zufall abhängen. Der FKK bietet zudem aus diesen Skalen direkt abgeleitete Sekundärskalen (*Selbstwirksamkeit* als generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und *Externalität* als generalisierte Externalität in Kontrollüberzeugungen) und eine Tertiärskala (*Internalität versus Externalität* als generalisierte Internalität versus Externalität in Kontrollüberzeugungen). Die Normierung wurde an einer repräsentativen Stichprobe von rund 2000 deutschen Erwachsenen ab 18 Jahren durchgeführt. Im Weiteren bestehen Normen für Jugendliche im Alter zwischen 14 und 17 Jahren.

Beim FKK handelt es sich mittlerweile um ein klassisches Testverfahren, dessen Einsatzbereiche sowohl in der klinisch-psychologischen Praxis als auch in wissenschaftlichen Untersuchungen in den verschiedensten Gebieten der Psychologie (u. a. Persönlichkeitspsychologie, Entwicklungspsychologie, Sozialpsychologie, politische Psychologie) liegen.

5.2.7 Mehrfachwahl-Wortschatz-Test (MWT-B)

Der Mehrfachwahl-Wortschatz-Test von Lehrl (2005) ist ein sehr ökonomisches, reliables und valides Instrument zur Messung des prämorbidem allgemeinen Intelligenzniveaus. Er erlaubt den Vergleich mit den aktuellen Intelligenzfunktionen und gibt somit Hinweise auf hirnorganische Abbauerscheinungen.

Die Testvorlage besteht aus 19 Wortzeilen mit je fünf Wörtern, wobei in jeder Zeile ein umgangs-, bildungs- oder wissenschaftssprachlich bekanntes Wort unter vier sinnlosen Wörtern erkannt werden muss. Der Schwierigkeitsgrad nimmt mit jeder Zeile zu. Die Normierung wurde an rund 2000 Erwachsenen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren durchgeführt.

Der MWT-B und seine Parallelförm MWT-A finden sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Forschung breite Verwendung.

5.2.8 Mosaik-Test

Beim Mosaik-Test handelt es sich um einen Untertest des Handlungsteils des Hamburg-Wechsler-Intelligenztests für Erwachsene HAWIE-R (Tewes, 1991). Die Aufgabe besteht in der Nachbildung von Mustern mit vier resp. neun mehrfarbigen Würfeln. Die nachzubauenden Muster haben ansteigende Schwierigkeitsgrade und stellen unterschiedliche Zeitgrenzen innerhalb derer die Aufgaben zu lösen sind.

Der Mosaik-Test erfasst die Bereiche visuelles Vorstellungsvermögen, Kombinatorik und Konstruktivität und gilt als zuverlässiges Mass für die intellektuelle Kapazität einer Person. Schlechte Leistungen im Mosaik-Test können, relativ gesehen, ein Hinweis auf hirnorganisch bedingte Leistungsdefizite sein (McFie, 1975).

5.3 Modifizierter Wisconsin Card Sorting-Test (MCST)

Der Wisconsin Card Sorting-Test WCST ist ein neuropsychologisches Testverfahren zur Erfassung des abstrakten Denkvermögens und der Fähigkeit zur Umstellung von kognitiven Strategien unter sich verändernden Umweltkontingenzen (Heaton et al., 1993). Die Kategorisierungsaufgaben verlangen die genaue visuelle Exploration des Stimulusmaterials, die Extraktion der relevanten Merkmale, die Entwicklung eines Konzepts bzw. die Bildung einer Kategorie, das Lernen aus Rückmeldungen und die Entwicklung von Alternativkonzepten. Der WCST zeigt hohe Korrelationen mit dem IQ. Ursprünglich wurde der WCST zur Untersuchung der kognitiven Flexibilität und der Abstraktionsfähigkeit eingesetzt. Später wurde er im klinischen Kontext im Zusammenhang mit Auswirkungen einer frontalen Hirnläsion verwendet und entwickelte sich in der Folge zu einem Standardinstrument der Neuropsychologie bei unterschiedlichsten Erkrankungen. Der WCST erwies sich als hoch sensitiv, jedoch unspezifisch bezüglich hirnorganischer Veränderungen.

Der Test wurde in der vorliegenden Untersuchung in der von Nelson (1976) modifizierten Version (Modified Card Sorting Test MCST) am Computer dargeboten (vgl. Anhang E). In dieser Form wird der Proband auf den Konzeptwechsel, der bereits nach sechs anstelle von zehn richtigen aufeinanderfolgenden Zuordnungen erfolgt, aufmerksam gemacht und die Definition für perseverative Fehler wurde geändert, da in der Originalform von Milner (1963) gedächtnisschwachen Versuchspersonen zu viele Fehler dieser Art zugeschrieben werden (s. unten). Der kritische Wert, der auf eine hirnorganische Funktionsstörung hindeuten kann, liegt bei sechs Perseverationen (Heaton et al., 1993).

Dem Probanden werden jeweils vier Stimuluskarten vorgelegt, auf denen Symbole abgebildet sind, die sich in Farbe (rot, blau, gelb, grün), Form (Dreieck, Kreuz, Kreis, Stern) und Anzahl (eins bis vier) unterscheiden. Anschliessend erhält der Proband maximal 48 weitere Karten, die er diesen Stimuluskarten nach den Kriterien Farbe, Form oder Anzahl zuordnen soll. Anhand der Rückmeldung des Computers (richtig/falsch) soll der Proband das richtige Kriterium herausfinden. Nach sechs aufeinanderfolgenden richtigen Zuordnungen wird das Kriterium gewechselt. Diese Änderung wird am Computer angekündigt. Das erste Kriterium wählt der Proband unwissentlich selbst mit der Zuordnung der ersten Karte, zum Beispiel „Farbe“. Die erste Zuordnung ist also in jedem Fall richtig. Das zweite Kriterium bestimmt er ebenfalls selbst, zum Beispiel „Form“, das dritte ist dann die Kategorie, die bisher noch nicht verwendet wurde, in diesem Fall „Anzahl“. Für die Auswertung werden folgende wichtigste Masse erhoben: Die Anzahl richtig zugeordneter Karten, die Anzahl fehlerhaft zugeordneter Karten, die Anzahl abgeschlossener Kategorien (maximal 6) und als Spezialfall Perseverationsfehler. Eine Perseveration liegt nach Nelson (1976) dann vor, wenn ein Proband bei einer Karte dasselbe Kriterium anwendet, das er bei der vorangegangenen Karte gewählt hatte, obwohl er bereits bei dieser die Rückmeldung „falsch“ bekommen hatte. Milner (1963) versteht unter Perseveration die Zuordnung, die bei der vorangegangenen Kategorie richtig gewesen wäre.

Die Durchführungszeit beträgt 20 bis 30 Minuten, kann jedoch bei psychisch oder neurologisch stark beeinträchtigten Personen wesentlich mehr Zeit in Anspruch nehmen.

5.4 Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP)

Die TAP (Version 2.1) von Zimmermann und Fimm (2007) stellt eine Sammlung computerisierter Verfahren dar, die es ermöglichen soll, eine differenzierte Diagnostik von Aufmerksamkeitsstörungen bei Erwachsenen durchzuführen. Sie basiert auf der Vorstellung eines Mehrkomponentenmodells der Aufmerksamkeit und hat zum Ziel, die verschiedenen Komponenten der Aufmerksamkeit möglichst getrennt zu erfassen. Es handelt sich um Reaktionsparadigmen geringen Komplexitätsgrades, in denen selektiv auf gut diskriminierbare, sprachfreie Reize durch einfachen Tastendruck zu reagieren ist. Die Leistungsfähigkeit wird mittels Reaktionszeit und eventuell begangener Fehler gemessen. Die Mediane der Reaktionszeiten sind das Mass für die Leistungsgeschwindigkeit. Die Standardabweichung des Medians gilt

als Mass für die Variabilität der Reaktionen und somit als Indikator für Aufmerksamkeitschwankungen.

Insgesamt umfasst die TAP folgende 13 Untertests: Alertness, Arbeitsgedächtnis, Augenbewegungen, Crossmodale Integration, Daueraufmerksamkeit, Flexibilität, Gesichtsfeld/Neglect, Geteilte Aufmerksamkeit, Go/Nogo, Inkompatibilität, Verdeckte Aufmerksamkeitsverschiebung, Vigilanz und Visuelles Scanning.

In der vorliegenden Studie wurden aus ökonomischen Gründen die beiden Untertests Geteilte Aufmerksamkeit und Visuelles Scanning durchgeführt. In der Studie von Zingg et al. (2009) haben sich diese beiden Tests als sensitiv bezüglich der Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit bei Störungen durch Alkohol erwiesen.

Die TAP wurde an hirnorganisch gesunden Versuchspersonen normiert. Die Eichstichprobe der Geteilten Aufmerksamkeit (Doppelaufgabe auditiv-visuell) umfasst rund 800, diejenige des Visuellen Scannings 400 Versuchspersonen im Alter zwischen 19 und 90 Jahren.

Der Untertest Geteilte Aufmerksamkeit wird selbstredend mittels einer „dual-task“-Aufgabe (Doppelaufgabenparadigma) überprüft. Vorgegeben wird eine optische Aufgabe (Erkennen eines Quadrates, das von mehreren auf dem Bildschirm erscheinenden Kreuzen gebildet wird) und gleichzeitig eine akustische Aufgabe (Erkennen einer Unregelmässigkeit in der alternierenden Folge eines hohen und eines tiefen Tons). Die Anzahl der Darbietungen beträgt 100 optische (davon 17 kritische) und doppelt so viele akustische Reize (davon 16 kritische). Bei einem kritischen Reiz ist sowohl für die visuelle als auch für die auditive Aufgabe immer dieselbe Taste zu drücken. Die Durchführungszeit beträgt drei Minuten und 25 Sekunden. Das entscheidende Kriterium für eine erfolgreiche Aufmerksamkeitsteilung ist die Anzahl der verpassten kritischen Reize (Zimmermann & Fimm, 2007).

Mit dem Untertest Visuelles Scanning wird die Fähigkeit zum visuellen Abtasten des Gesichtsfeldes, zur Verschiebung des visuellen Aufmerksamkeitsfokus, zu planvollem, systematischem Vorgehen und zur Daueraufmerksamkeit überprüft. Die Reizvorlage besteht aus einer Matrix von fünf mal fünf Quadraten, die jeweils an einer der vier Seiten offen sind, wobei der kritische Reiz ein nach oben offenes Quadrat darstellt, das in der Reizvorlage enthalten sein kann oder nicht. Zwei Tasten dienen der Antwort „ja“ (enthalten) bzw. „nein“ (nicht enthalten). Bei systematischem, zeilenweisem Durchmustern der Matrix sollte ein linearer Anstieg der mittleren Reaktionszeiten für die kritischen Zeichen in den Zeilen feststellbar sein. In der Instruktion muss deshalb darauf hingewiesen werden, dass die Matrix zeilenweise, „so wie

man liest“, abgesucht werden soll. Die Anzahl vorgegebener Reizdarbietungen beträgt 100 (50 kritische und 50 nicht-kritische Trials). Der für die Auswertung bedeutsamste Parameter ist auch hier die Anzahl der übersehenen kritischen Reize (Auslassungen).

5.5 Ratingskala für die Selbsteinschätzung der Leistung

Für die Messung der Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit wurden die Patienten nach jedem einzelnen Test dazu angehalten, ihre vorangegangene Leistung im jeweiligen Verfahren im Vergleich zu Personen desselben Alters auf einer sechsstufigen Ratingskala („sehr schlecht“ bis „sehr gut“) einzuschätzen (vgl. Anhang F). Eine sechsstufige bietet im Gegensatz zu einer fünfstufigen Skala, wie sie in der Untersuchung von Zingg et al. (2009) verwendet wurde, den Vorteil, dass der Antworttendenz zur Mitte zugekommen wird.

Die Einschätzung im Vergleich zu Personen desselben Alters basiert auf dem theoretischen Hintergrund, dass Selbsteinschätzungen informativer sind, wenn die Person sich mit anderen Menschen vergleichen kann, die ähnliche Eigenschaften aufweisen wie sie selbst (Wood & Taylor, 1991).

6 Ergebnisse

Die statistische Datenanalyse wurde mit dem Statistikprogramm „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS), Version 16.0 (SPSS Inc., Chicago) durchgeführt.

Mittelwertsunterschiede zwischen zwei Gruppen wurden mit *t*-Tests für abhängige Stichproben oder univariaten Varianzanalysen für unabhängige Stichproben berechnet, die zeitlichen Verläufe über die drei Messzeitpunkte mit dem Allgemeinen Linearen Modell für Messwiederholungen. Die Varianzhomogenitäten wurden mit dem Levene-Test überprüft und sind grösstenteils gegeben. Für die Fehlervarianzhomogenitäten wurde Mauchlys Test auf Sphärizität angewandt und bei Verletzungen eine Freiheitsgradkorrektur nach Greenhouse-Geisser vorgenommen (Tabachnick & Fidell, 2007). Als Prüfverfahren wurde jeweils Pillais Spurkriterium verwendet.

Zur Berechnung von Zusammenhängen zwischen Variablen wurde Pearsons Korrelationskoeffizient herangezogen, sofern die Voraussetzungen der Normalverteilung und Intervallskalierung erfüllt waren. Ansonsten wurde Spearmans Rho für Rangkorrelationen berechnet, namentlich für die Leistungstestvariablen und Selbsteinschätzungswerte. Häufigkeitsdaten wurden mit dem Chi-Quadrat-Test (einseitiger Exakter Test nach Fisher) analysiert.

Wenn nicht anders erwähnt, wurde von einem Signifikanzniveau von 5% ausgegangen.

Als Mass für die Effektstärke wurde für *t*-Tests Cohens *d* nach folgender Formel mit gepoolter Standardabweichung herangezogen (Rosnow & Rosenthal, 1996):

$$d=(M_1-M_2)/s$$

wobei $s=\text{Wurzel} [(s_1^2+s_2^2)/2]$

Cohen definierte eine Effektstärke als klein mit einem Wert von $d=.2$, als mittel mit einem Wert von $d=.5$ und als gross mit einem Wert von $d=.8$ (Cohen, 1988).

Für die Effektstärken in Varianzanalysen wurde ω^2 nach folgender Formel berechnet (Rasch, Friese, Hofmann & Naumann, 2006):

$$\omega^2=f^2/1+f^2$$

wobei $f^2=(F_{(dfZähler/dfNenner)}-1)*dfZähler/N$

ω^2 gilt als Schätzwert für den Populationseffekt Ω^2 . Auf die Angabe des von SPSS ausgegebenen partiellen η^2 wurde verzichtet, da dieses den Anteil der aufgeklärten Varianz der

Messwerte auf der Ebene der Stichprobe angibt und daher den Effekt auf der Ebene der Population überschätzt.

Als Konvention für die Interpretation von ω^2 gilt ein Wert von .01 als kleiner, von .06 als mittlerer und von .14 als grosser Effekt (Rasch et al., 2006).

Die Testwerte, die in die Datenanalyse gingen, beziehen sich beim FKK auf die Summe der Rohwerte auf den vier Skalen Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (Items 4, 8, 12 und 24 wurden umgepolt), Internalität, sozial bedingte Externalität (*powerful others*) und fatalistische Externalität (*chance*), beim IPC-A auf die Summe der Rohwerte auf den vier Skalen Selbstkonzept retrospektiv, Selbstkonzept prospektiv, Internalität prospektiv und prospektive, fatalistische Externalität. Die Items der Skala Selbstkonzept retrospektiv wurden umgepolt in dem Sinne, dass ein niedriger Wert ein geringes Selbstkonzept bedeutet.

Beim EFB wurden für die drei Skalen Krankheitseinsicht, Behandlungsbereitschaft und Behandlungsmotive ebenfalls Summenscores gebildet, wobei die Items 1, 3, 4, 6, 7 und 12 der Skala Behandlungsbereitschaft umgepolt wurden. Die beiden Skalen Gedanken und Handlungsimpulse der OCDS-G bestehen ebenfalls aus der Summe der Rohwerte der jeweiligen Skalenitems, wobei bei den Itempaaren 1 und 2, 7 und 8, 9 und 10 sowie 13 und 14 gemäss den Berechnungsvorschriften von Anton et al. (1995) der jeweils höhere Wert ausgewählt wurde. Für das BSI wurde die Summe aller Itemrohwerte gebildet.

Beim Mehrfachwahl-Wortschatz-Test liegen die Testwerte in Form von altersnormierten IQ-Werten ($M=100$, $s=15$) vor. Die Werte der beiden Untertests der TAP basieren einerseits auf den Medianen der Reaktionszeiten in Millisekunden für auditive resp. visuelle Reize bei der Geteilten Aufmerksamkeit und für kritische resp. unkritische Reize beim Visuellen Scanning, andererseits auf den Rohwerten der auditiven resp. visuellen Auslassungsfehlern bei der Geteilten Aufmerksamkeit und den Auslassungsfehlern bezogen auf kritische Reize beim Visuellen Scanning.

Beim MCST wurden ebenfalls die Rohwerte verwendet (Anzahl richtige Antworten, Anzahl einfache Fehler, Anzahl Perseverationen und Anzahl abgeschlossene Kategorien). Mittels einer Reliabilitätsanalyse, welche die Zusammenfassung der Werte verschiedener Variablen aufgrund ihrer internen Konsistenz zu einer gemeinsamen Skala betrachtet (vgl. Brosius & Brosius, 1995), gelang die Zusammenlegung der vier Variablen des MCST auf eine Variable (vgl. Kapitel 6.1).

Die Selbsteinschätzungswerte bestehen aus den Rohwerten von 1 bis 6 (1=sehr schlecht, 2=schlecht, 3=eher schlecht, 4=eher gut, 5=gut, 6=sehr gut).

Bei allen Variablen wurde überprüft, ob die Voraussetzungen für die Anwendung parametrischer Verfahren gegeben sind. Die Durchführung des Kolmogorov-Smirnov-Tests auf Normalverteilung ergab, dass die Fragebogendaten ausnahmslos normalverteilt sind, im Gegensatz zu den Leistungstestvariablen und den Selbsteinschätzungswerten. In Anlehnung an die Aussage von Fahrenberg, Walschburger, Förster, Myrtek und Müller (1979), dass die Datentransformation von sehr signifikant von der Normalverteilung abweichenden Variablen im Regelfall zu keinem erheblich anderen Bild führt als die Rohwerte, wurde in der vorliegenden Untersuchung auf eine entsprechende Transformation der Daten verzichtet. Die statistische Analyse erfolgte hauptsächlich anhand parametrischer Verfahren.

Weitere Angaben zu den Voraussetzungen spezifischer Verfahren sind den jeweiligen Unterkapiteln des Ergebnisteils zu entnehmen.

6.1 Reliabilitäts- und Korrelationsanalysen

Zur Überprüfung der internen Konsistenz der verwendeten psychometrischen Instrumente wurde Cronbachs α hinzugezogen. Die Koeffizienten sind in Tabelle 6-1 dargestellt.

Tabelle 6-1 Reliabilitätskoeffizienten (Cronbachs α) der Fragebogenskalen bei T1, T2 und T3

| Fragebogenskala | r_{tt} (T1) | r_{tt} (T2) | r_{tt} (T3) |
|----------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| BSI | .97 | .98 | .97 |
| FKK <i>Selbstkonzept</i> | .86 | .86 | .88 |
| FKK <i>Internalität</i> | .72 | .68 | .63 |
| FKK <i>Soziale Externalität</i> | .77 | .83 | .85 |
| FKK <i>Fatalistische Externalität</i> | .78 | .83 | .85 |
| IPC-A <i>Selbstkonzept retrospektiv</i> | .73 | .84 | .84 |
| IPC-A <i>Selbstkonzept prospektiv</i> | .71 | .68 | .74 |
| IPC-A <i>Internalität prospektiv</i> | .61 | .62 | .51 |
| IPC-A <i>Fatalistische Externalität prospektiv</i> | .51 | .61 | .70 |
| OCDS-G <i>Gedanken</i> | .84 | - | - |
| OCDS-G <i>Handlungsimpulse</i> | .70 | - | - |
| OCDS-G <i>Gesamt</i> | .85 | - | - |
| EFB <i>Krankheitseinsicht</i> | .77 | - | - |
| EFB <i>Behandlungsbereitschaft</i> | .37 | - | - |
| EFB <i>Behandlungsmotive</i> | .84 | - | - |

Für die Zuverlässigkeit psychometrischer Messinstrumente wird in der Regel ein Cronbachs α von .80 verlangt, wobei oftmals auch ein α von .70 als ausreichend gilt (z. B. Brosius, 2008). In der vorliegenden Stichprobe erreichten die Skalen diese vorgegebenen Werte mit Ausnahme der IPC-A-Skalen Internalität prospektiv und fatalistische Externalität prospektiv sowie der EFB-Skala Behandlungsbereitschaft. Cronbachs α war für letztere Skala mit .37 zu niedrig, so dass hier die Items mit den höchsten Interkorrelationen ausgewählt wurden, um eine Indikatorvariable für das Konstrukt der Behandlungsbereitschaft zu erhalten. Es waren dies die Items Nr. 10 („Es haben schon andere geschafft, warum ich nicht auch.“) und Nr. 11 („Eigentlich habe ich noch gute Chancen, vom Alkohol loszukommen.“), die mit $r=.50$ am höchsten korrelierten.

Für die FKK-Primärskalen wurden in der Normierungsstichprobe von rund 2000 deutschen Erwachsenen interne Konsistenzen (Cronbachs α) von $r_{tt}=.76$ (Selbstkonzept), $r_{tt}=.70$

(Internalität), $r_{it}=.73$ (sozial bedingte Externalität) und $r_{it}=.75$ (fatalistische Externalität) gefunden (Krampen, 1991). Die Reliabilitäten für die vorliegende Stichprobe liegen somit – mit Ausnahme der Skala Internalität bei T2 und T3 – etwas höher.

Krampen und Fischer (1988b) ermittelten für die IPC-A-Skalen in einer Stichprobe von 192 Alkoholabhängigen interne Konsistenzen (Cronbachs α) von $r_{it}=.66$ (retrospektives Selbstkonzept), $r_{it}=.80$ (prospektives Selbstkonzept), $r_{it}=.52$ (prospektive Internalität) und $r_{it}=.70$ (prospektive, fatalistische Externalität). Sie sind ungefähr vergleichbar mit den Koeffizienten in der vorliegenden Stichprobe.

Die internen Konsistenzen für die OCDS-Skalen betragen in der Stichprobe von 206 Alkoholabhängigen bei Mann und Ackermann (2000) $r_{it}=.87$ für die Skala Gedanken, $r_{it}=.80$ für die Skala Handlungsimpulse und $r_{it}=.90$ für die Gesamtskala. Die hier ermittelten Koeffizienten sind für die Skala Handlungsimpulse etwas niedriger.

Krampen und Petry (1987) fanden für den EFB in einer Stichprobe von 72 Alkoholabhängigen zu Beginn der Behandlung auf einer Entgiftungs- und Motivationsstation Reliabilitäten von $r_{it}=.92$ für die Skala Krankheitseinsicht, $r_{it}=.85$ für die Skala Behandlungsbereitschaft und $r_{it}=.84$ für die Skala Behandlungsmotive. Diese Koeffizienten liegen für die Skala Krankheitseinsicht, aber insbesondere für die Behandlungsbereitschaft deutlich über denjenigen in der vorliegenden Stichprobe.

Für den Modified Card Sorting Test gelang die Bildung einer neuen Skala, die sich aus den Mittelwerten der vier ursprünglichen Variablen zusammensetzt, wobei die Variablen „Anzahl Fehler“ und „Anzahl Perseverationen“ umgepolt werden mussten (vgl. Diehl & Staufenbiel, 2002). Cronbachs α und die Trennschärfekoeffizienten sind für T1 (Behandlungsbeginn) Tabelle 6-2, für T2 (Behandlungsende) Tabelle 6-3 zu entnehmen.

Tabelle 6-2 Trennschärfekoeffizienten und Cronbachs α für die Variablen des Modified Card Sorting Tests bei Behandlungsbeginn

| Item | r_{it} | Cronbachs α nach Entfernung des Items |
|-------------------------------------------|----------|----------------------------------------------|
| Anzahl Richtige | .80 | .69 |
| Anzahl Fehler ^a | .68 | .76 |
| Anzahl Perseverationen ^a | .65 | .77 |
| Anzahl abgeschlossene Kategorien | .77 | .81 |
| Cronbachs α =.81 | | |

Anmerkung. ^a Diese Items wurden umgepolt.

Tabelle 6-3 Trennschärfekoeffizienten und Cronbachs α für die Variablen des Modified Card Sorting Tests bei Behandlungsende

| Item | r_{it} | Cronbachs α nach Entfernung des Items |
|--------------------------------------------|----------|----------------------------------------------|
| Anzahl Richtige | .66 | .67 |
| Anzahl Fehler ^a | .64 | .72 |
| Anzahl Perseverationen ^a | .62 | .72 |
| Anzahl abgeschlossene Kategorien | .80 | .74 |
| Cronbachs $\alpha = .77$ | | |

Anmerkung. ^a Diese Items wurden umgepolt.

Die Interkorrelationen der Fragebogenskalen bei Behandlungsbeginn sind Tabelle 12-1 im Anhang B zu entnehmen. Die höchsten Korrelationen wurden zwischen der FKK-Skala Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und Internalität ($r=.55$), sozial bedingte Externalität ($r=-.57$) und fatalistische Externalität ($r=-.56$) gefunden. Die beiden Skalen der OCDS-G korrelieren mit $r=.65$ ebenfalls relativ hoch. Auch die IPC-A-Skalen korrelierten erwartungsgemäss, am höchsten das prospektive Selbstkonzept mit der prospektiven Internalität ($r=.69$). Bedeutsame Zusammenhänge ergaben sich für die Indikatorvariable Behandlungsbereitschaft und das prospektive Selbstkonzept ($r=.46$) sowie die prospektive Internalität ($r=.56$).

Hypothesenkonforme Korrelationen mittlerer Höhe konnten auch für die generalisierten und bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen gefunden werden (Selbstkonzept und retrospektives Selbstkonzept: $r=.45$; Selbstkonzept und prospektives Selbstkonzept: $r=.40$; Internalität und prospektive Internalität: $r=.55$; fatalistische Externalität und fatalistische prospektive Externalität: $r=.53$).

Tabelle 12-2 im Anhang B zeigt die Skaleninterkorrelationen bei Behandlungsende. Auch hier entsprechen sie den Erwartungen. Die höchste (negative) Korrelation wurde zwischen dem BSI und dem generalisierten Selbstkonzept festgestellt ($r=-.69$). Die Zusammenhänge zwischen den generalisierten und bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen sind im mittleren Bereich (Selbstkonzept und retrospektives Selbstkonzept: $r=.33$; Selbstkonzept und prospektives Selbstkonzept: $r=.42$; Internalität und prospektive Internalität: $r=.47$; fatalistische Externalität und fatalistische prospektive Externalität: $r=.56$).

Die Interkorrelationen bei der Ein-Jahres Katamnese (vgl. Tabelle 12-3, Anhang B) fallen insgesamt etwas akzentuierter in die gewünschte Richtung aus, so auch zwischen den generalisierten und bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen (Selbstkonzept und retrospektives

Selbstkonzept: $r=.37$; Selbstkonzept und prospektives Selbstkonzept: $r=.58$; Internalität und prospektive Internalität: $r=.46$; fatalistische Externalität und fatalistische prospektive Externalität: $r=.64$). Die mit $r=-.72$ höchste Korrelation wurde zwischen den FKK-Skalen Selbstkonzept und fatalistische Externalität gefunden.

Tabelle 12-4 im Anhang B gibt schliesslich einen Überblick über die Interkorrelationen der Skalen zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten. Auch sie sind modellkonform und bewegen sich hauptsächlich im mittleren Bereich.

Tabelle 12-5 und Tabelle 12-6 im Anhang B zeigen die Korrelationskoeffizienten der Leistungstestvariablen bei T1 und T2. Die signifikanten Korrelationskoeffizienten bei T1 bewegen sich zwischen $r=.20$ und $r=.50$, mit Ausnahme der Reaktionszeiten für kritische und nicht kritische Reize im Visuellen Scanning, die mit $r=.82$ die mit Abstand grösste Korrelation aufweisen. Signifikant positiv korrelieren einerseits die Variablen der beiden Aufmerksamkeitstests (Geteilte Aufmerksamkeit und Visuelles Scanning), andererseits der Mehrfachwahl-Wortschatz-Test, der Mosaiktest und der Modified Card Sorting Test. Bei T2 ergibt sich ein ähnliches Bild: Eine signifikante Korrelation mittlerer Höhe besteht zwischen dem Mosaiktest und dem MCST. Auch hier korrelieren die beiden Untertests der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung positiv. Die höchste Korrelation ist wiederum zwischen den Reaktionszeiten im Visuellen Scanning ($r=.88$). Im Gegensatz zu T1 konnten keine signifikanten Korrelationen zwischen dem Mehrfachwahl-Wortschatz-Test einerseits und dem Mosaiktest und dem MCST andererseits gefunden werden, wofür die markanten Verbesserungen in den beiden letzteren Tests von T1 zu T2 verantwortlich sein dürften (s. Kapitel 6.7).

Zwischen den Tests bei T1 und denjenigen bei T2 konnten signifikante positive Korrelationen im mittleren bis hohen Bereich ermittelt werden (vgl. Tabelle 12-7, Anhang B). Die höchsten Korrelationen ergaben sich erwartungsgemäss im Mehrfachwahl-Wortschatz-Test ($r=.83$), gefolgt vom Mosaiktest ($r=.82$) und den Reaktionszeiten für nicht kritische Reize im Visuellen Scanning ($r=.80$).

6.1.1 Normwerte in den Fragebogen- und Leistungstestverfahren

Normwerte liegen für den FKK, den BSI, den Mehrfachwahl-Wortschatz-Test, den Mosaiktest, den Modified Card Sorting Test sowie die beiden TAP-Untertests Geteilte Aufmerksamkeit und Visuelles Scanning vor.

Für den IPC-A, den EFB und die OCDS-G werden die Werte der vorliegenden Stichprobe mit denen aus den jeweiligen Validierungsstichproben verglichen.

Aus Tabelle 11-2 und Tabelle 11-3 des Anhangs A sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der Normwerte für die Fragebogen- und Leistungstestvariablen zu den entsprechenden Messzeitpunkten ersichtlich.

Die mittleren T-normierten Werte für den FKK liegen allesamt im Normbereich zwischen $T=40$ und $T=60$. Während die Werte zu Behandlungsbeginn im mittleren Durchschnitt liegen, befinden sie sich zum Zeitpunkt der Ein-Jahres-Katamnese für das Selbstkonzept und die Internalität im oberen Durchschnittsbereich ($T=54.14$ resp. $T=55.72$), für die sozial bedingte und die fatalistische Externalität hingegen am unteren Rand des Durchschnittlichen ($T=42.86$ resp. $T=41.62$).

Im Vergleich zu den Mittelwerten der 192 Alkoholabhängigen im IPC-A von Krampen und Fischer (1988b) – Selbstkonzept retrospektiv: $M=19.5$, $s=5.56$, Selbstkonzept prospektiv: $M=25.6$, $s=4.17$, Internalität prospektiv: $M=24.2$, $s=4.02$, fatalistische Externalität prospektiv: $M=13.7$, $s=5.34$ – bewegen sich diejenige der vorliegenden Stichprobe bei Behandlungsbeginn in einem ähnlich hohen Bereich: Selbstkonzept retrospektiv: $M=18.72$, $s=5.61$, Selbstkonzept prospektiv: $M=25.02$, $s=3.42$, Internalität prospektiv: $M=25.44$, $s=3.27$, fatalistische Externalität prospektiv: $M=12.03$, $s=4.06$.

Bei Behandlungsbeginn sind die Mittelwerte der EFB-Skalen Behandlungsmotive ($M=47.99$, $s=14.25$) und Krankheitseinsicht ($M=16.8$, $s=5.01$) niedriger als diejenige in der Stichprobe 3 ($N=72$ Alkoholabhängige am Beginn einer Entgiftungs- und Motivationsbehandlung; Behandlungsmotive: $M=61.5$, $s=14.2$; Krankheitseinsicht: $M=19.4$, $s=3.01$) bei Krampen und Petry (1987). Die Mittelwerte für die gesamte Skala Behandlungsbereitschaft sind nahezu identisch ($M=54.44$, $s=5.73$ für die vorliegende Stichprobe resp. $M=54.9$, $s=6.44$ für die Stichprobe bei Krampen und Petry, 1987).

In den OCDS-G-Skalen erzielten die hier untersuchten alkoholabhängigen Patienten im Mittel niedrigere Werte (Gedanken: $M=4.37$, $s=3.37$; Handlungsimpulse: $M=8.73$, $s=3.61$, Gesamt: $M=13.1$, $s=6.34$) als die Stichprobe bei Mann und Ackermann (2000) ($N=206$; Gedanken: $M=6.6$, $s=4.1$; Handlungsimpulse: $M=9.7$, $s=4.1$, Gesamt: $M=16.3$, $s=7.6$).

Der mittlere T-Wert im BSI beträgt bei Behandlungsbeginn $M=59.6$ ($s=16.0$) und befindet sich damit an der Grenze zum Überdurchschnittlichen. Er nimmt über die drei Messzeitpunkte kontinuierlich ab (T2: $M_T=53.27$, $s=14.88$, T3: $M_T=52.38$, $s=16.4$).

Der mittlere Intelligenzquotient im MWT liegt sowohl bei T1 als auch bei T2 im oberen Durchschnittsbereich. Die Wertpunkte im Mosaiktest liegen mit 9 bis 10 im Durchschnittsbereich, der zwischen 7 und 12 liegt. Im Modified Card Sorting Test liegt die mittlere Anzahl Perseverationen bei beiden Messzeitpunkten unterhalb des kritischen Werts von 6. Bezüglich der Anzahl abgeschlossener Kategorien liegen die Mittelwerte jedoch mit $M_{T1}=4.88$ ($s=1.16$) und $M_{T2}=5.15$ ($s=1.12$) deutlich unter dem Maximalwert von 6.

Die T-normierten Werte sowohl in der Geteilten Aufmerksamkeit als auch im Visuellen Scanning lagen bei beiden Messzeitpunkten im unteren bis mittleren Durchschnittsbereich des Altersgemässen.

6.2 Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen bei der gesamten Stichprobe

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Fragebogenskalen (Rohdaten) zu allen drei Messzeitpunkten für die gesamte Stichprobe sind Anhang A, Tabelle 11-1 zu entnehmen. Modellkonform nahmen die Mittelwerte im generalisierten Selbstkonzept und der generalisierten Internalität sowie im bereichsspezifischen retrospektiven Selbstkonzept, im prospektiven Selbstkonzept und in der prospektiven Internalität über die drei Messzeitpunkte zu. In der generalisierten sozial bedingten und fatalistischen Externalität sowie in der prospektiven fatalistischen Externalität nahmen die Mittelwerte kontinuierlich ab, wobei letztere zwischen Behandlungsende und Ein-Jahres-Katamnese eine marginale Zunahme aufwies. Auch die psychopathologische Symptombelastung im BSI nahm über die drei Messzeitpunkte ab, wobei die grösste Abnahme zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende stattfand.

Über die gesamte Stichprobe hinweg wurden mittels *t*-Tests für abhängige Stichproben die Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen während der Behandlung analysiert (vgl. Tabelle 6-4). Die Effektstärken für die signifikanten Mittelwertsdifferenzen liegen allesamt im kleinen Bereich.

Tabelle 6-4 Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen während der Behandlung

| Fragebogen | Skala | <i>t</i> (<i>df</i> =77) | Cohens <i>d</i> |
|------------|---------------------------------------|---------------------------|-----------------|
| FKK | Selbstkonzept eigener Fähigkeiten | 4.27** | .34 |
| | Internalität | 2.30* | .23 |
| | Soziale Externalität | 4.0** | .32 |
| | Fatalistische Externalität | 3.12** | .27 |
| IPC-A | Selbstkonzept retrospektiv | .11 | .01 |
| | Selbstkonzept prospektiv | .85 | .10 |
| | Internalität prospektiv | 2.15* | .23 |
| | Fatalistische Externalität prospektiv | 2.13* | .24 |

Anmerkungen. *N*=78.

* *p* < .05, ** *p* < .01.

Hypothese 1, wonach das Selbstkonzept und die Internalität im Lauf der Behandlung zunehmen, kann für die FKK-Skalen *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten* und *Internalität* sowie für die IPC-A-Skala *Internalität prospektiv* bestätigt werden. Im IPC-A ergaben sich bezüglich des Selbstkonzepts (retrospektiv und prospektiv) keine bedeutsamen Veränderungen.

Hypothese 2 kann vollumfänglich bestätigt werden, sowohl die soziale als auch die fatalistische Externalität im FKK und die IPC-A-Skala fatalistische Externalität prospektiv nahmen während der Behandlung signifikant ab.

Für die Analyse signifikanter Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen für die gesamte Stichprobe von Behandlungsbeginn bis zur Ein-Jahres-Katamnese wurden multivariate Varianzanalysen durchgeführt. Signifikante Unterschiede zwischen den drei Messzeitpunkten mit grossen Effektstärken ergaben sich für die FKK-Skalen Selbstkonzept sowie die sozial bedingte und die fatalistische Externalität (vgl. Tabelle 6-5). Die beiden letzteren nahmen über die Behandlung deutlich ab, um danach wieder leicht anzusteigen bis zur Katamnese. Das Selbstkonzept nahm über alle drei Messzeitpunkte zu, mit einem sehr deutlichen Anstieg während der Behandlung.

Für die signifikanten Ergebnisse dieser drei Skalen waren die Veränderungen während der Behandlung verantwortlich, da sich keine bedeutsamen Mittelwertsunterschiede zwischen Behandlungsende und der Ein-Jahres-Katamnese finden liessen.

Tabelle 6-5 Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung mit dreistufigem Messwiederholungsfaktor

| Variable | $F_{(2/42)}$ | ω^2 |
|----------------------------------------------------|--------------|------------|
| FKK <i>Selbstkonzept</i> | 4.66* | .14 |
| FKK <i>Internalität</i> | 1.48 | .02 |
| FKK <i>Soziale Externalität</i> | 8.16** | .24 |
| FKK <i>Fatalistische Externalität</i> | 3.37* | .10 |
| IPC-A <i>Selbstkonzept retrospektiv</i> | .74 | -.01 |
| IPC-A <i>Selbstkonzept prospektiv</i> | .63 | -.02 |
| IPC-A <i>Internalität prospektiv</i> | 1.47 | .02 |
| IPC-A <i>Fatalistische Externalität prospektiv</i> | 1.19 | .01 |

Anmerkungen. $n=44$.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

6.3 Unterschiede zwischen rückfälligen und abstinenten Patienten

Von den insgesamt $N=102$ (100%) untersuchten Patienten blieben 71 (69.6%) während der Behandlung abstinent, 31 (30.4%) wurden bereits in dieser Zeit rückfällig. In der vorliegenden Arbeit wird die konservative Definition des Rückfallbegriffs verwendet. Für die Unterscheidung zwischen Ausrutscher und Rückfall gibt es keine klaren Kriterien, weshalb aus Gründen der methodischen Klarheit ein Rückfall als Wiederaufnahme jeglichen Alkoholkonsums seit Beginn der Behandlung gewertet wird (vgl. Kapitel 3.6.1).

Tabelle 6-6 zeigt die mittels univariater Varianzanalysen berechneten Mittelwertsunterschiede in den Patientencharakteristika zwischen Patienten, die während der Behandlung rückfällig wurden und denjenigen, die in dieser Zeit abstinent blieben.

Tabelle 6-6 Unterschiede in Patientencharakteristika zwischen während der Behandlung rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten

| Variable | <i>M (s)</i> | | <i>F</i> | <i>df</i> | ω^2 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------------|-----------|------------|
| | <i>Rückfällig (n=31)</i> | <i>Nicht rückfällig (n=71)</i> | | | |
| Alter | 46.85 (10.78) | 47.56 (12.78) | .07 | 1/100 | -.01 |
| Dauer der aktuellen Behandlung in Wochen | 13.38 (5.94) | 8.87 (4.24) | 18.29** | 1/98 | .15 |
| Alter bei Erstkontakt | 15.68 (3.87) | 16.61 (3.54) | 1.4 | 1/100 | .00 |
| Alter bei Abhängigkeitsbeginn | 37.43 (10.33) | 36.72 (10.96) | .09 | 1/90 | -.01 |
| Dauer der Abhängigkeit | 8.7 (6.93) | 12.66 (8.82) | 4.44* | 1/90 | .04 |
| Durchschnittlich täglich konsumierte Alkoholmenge während des letzten halben Jahres | 183.8 (109.5) | 163.47 (97.06) | .84 | 1/96 | .00 |
| Dauer der bisher längsten Abstinenz in Monaten | 10.03 (19.23) | 19.04 (36.68) | 1.61 | 1/75 | .01 |
| Anzahl frühere Entzugsbehandlungen (ambulant und stationär) | 2.29 (3.31) | 1.82 (2.92) | .52 | 1/100 | .00 |
| Anzahl frühere Entwöhnungsbehandlungen (ambulant und stationär) | 1.68 (2.5) | 1.34 (1.78) | .61 | 1/100 | .00 |
| | <i>n</i> | <i>N</i> | $\chi^2_{(df=1)}$ | | |
| Allein lebend | 12 | 28 | 4.11 | | |
| Erwerbstätigkeit | 12 | 34 | 1.37 | | |
| Veränderungen am Arbeitsplatz wegen des Trinkens | 11 | 7 | 9.95* | | |
| Veränderungen im Familienstand wegen des Trinkens | 7 | 6 | 4.18 | | |
| Veränderungen in der Wohnsituation wegen des Trinkens | 1 | 3 | 3.19 | | |
| Mehrfachabhängigkeit | 13 | 22 | 1.15 | | |
| Komorbide Depression | 19 | 29 | 3.62* | | |

Anmerkungen. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Signifikante Unterschiede ergaben sich hinsichtlich der Behandlungsdauer, der Abhängigkeitsdauer, der Veränderungen am Arbeitsplatz sowie der Häufigkeit einer komorbiden Depression. Die rückfälligen Patienten blieben durchschnittlich länger in Behandlung, verfügten jedoch über eine kürzere Abhängigkeitsdauer als die abstinenten Patienten. Ausserdem haben mehr Rückfällige wegen ihres Alkoholkonsums ihren Arbeitsplatz verloren als Abstinente. Bei den rückfälligen Patienten wurde zudem eine komorbide Depression häufiger diagnostiziert.

Aus Tabelle 6-7 sind die Mittelwertsunterschiede in den Fragebogenverfahren zwischen während der Behandlung rückfälligen und abstinenten Patienten ersichtlich.

Tabelle 6-7 Mittelwertsunterschiede in den Fragebogenverfahren zwischen während der Behandlung rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten bei T1, T2 und T3

| Test | Variable | <i>M</i> (s) | | <i>F</i> | <i>df</i> | ω^2 | |
|------------------|----------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------|-----------|------------|------|
| | | Rückfällig <i>n</i> =30 | Nicht rückfällig <i>n</i> =70 | | | | |
| | BSI | 61.37 (37.78) | 29.87 (26.44) | 22.77** | 1/98 | .18 | |
| T1 | FKK | Selbstkonzept | 27.1 (6.96) | 32.28 (7.91) | 9.58** | 1/96 | .08 |
| | | Internalität | 31.13 (5.67) | 34.03 (6.29) | 4.68* | 1/96 | .04 |
| | | Soziale Externalität | 26.07 (6.63) | 23.91 (6.85) | 2.1 | 1/96 | .01 |
| | | Fatalistische Externalität | 25.37 (6.78) | 22.34 (6.86) | 4.08* | 1/96 | .03 |
| | IPC-A | Selbstkonzept retrospektiv | 18.63 (1.03) | 18.77 (.68) | .01 | 1/96 | -.01 |
| | | Selbstkonzept prospektiv | 23.87 (3.53) | 25.53 (3.27) | 5.13* | 1/96 | .04 |
| | | Internalität prospektiv | 24.57 (3.24) | 25.82 (3.24) | 3.13 | 1/96 | .02 |
| | | Fatalistische Externalität prospektiv | 11.9 (3.72) | 12.08 (4.23) | .04 | 1/96 | -.01 |
| | EFB | Behandlungsbereitschaft ^a | 10.53 (1.78) | 10.96 (1.41) | 1.62 | 1/98 | .01 |
| | | Behandlungsmotive | 48.13 (11.73) | 47.93 (15.29) | .00 | 1/98 | -.01 |
| | | Krankheitseinsicht | 16.67 (4.78) | 16.86 (5.14) | .03 | 1/98 | -.01 |
| | OCDS-G | Gedanken | 5.87 (3.47) | 3.73 (3.13) | 9.18** | 1/98 | .08 |
| Handlungsimpulse | | 9.8 (3.71) | 8.27 (3.5) | 3.87* | 1/98 | .03 | |
| | | <i>n</i> =25 | <i>n</i> =53 | <i>F</i> | <i>df</i> | ω^2 | |
| | BSI | 45.16 (40.41) | 18.19 (19.29) | 15.84** | 1/75 | .16 | |
| T2 | FKK | Selbstkonzept | 29.0 (7.92) | 34.7 (6.52) | 11.27** | 1/76 | .12 |
| | | Internalität | 32.84 (6.85) | 34.53 (5.06) | 1.5 | 1/76 | .01 |
| | | Soziale Externalität | 23.6 (6.56) | 22.34 (7.12) | 0.56 | 1/76 | -.01 |
| | | Fatalistische Externalität | 23.2 (7.76) | 21.09 (6.7) | 1.52 | 1/76 | .01 |
| | IPC-A | Selbstkonzept retrospektiv | 18.48 (1.23) | 18.62 (.85) | .01 | 1/76 | -.01 |
| | | Selbstkonzept prospektiv | 23.36 (4.06) | 26.4 (2.88) | 14.37** | 1/76 | .15 |
| | | Internalität prospektiv | 25.04 (2.95) | 26.62 (2.96) | 4.87* | 1/76 | .05 |
| | | Fatalistische Externalität prospektiv | 12.72 (4.35) | 10.4 (4.0) | 5.41* | 1/76 | .05 |
| | | <i>n</i> =35 | <i>n</i> =15 | <i>F</i> | <i>df</i> | ω^2 | |
| | BSI | 50.53 (37.46) | 15.23 (15.0) | 23.01** | 1/48 | .31 | |
| T3 | FKK | Selbstkonzept | 27.4 (6.51) | 36.31 (6.92) | 18.03** | 1/48 | .25 |
| | | Internalität | 31.37 (5.04) | 36.71 (5.26) | 11.14* | 1/48 | .17 |
| | | Soziale Externalität | 25.53 (6.29) | 20.97 (7.79) | 4.0* | 1/48 | .06 |
| | | Fatalistische Externalität | 26.6 (6.42) | 18.7 (6.16) | 16.86** | 1/48 | .24 |
| | IPC-A | Selbstkonzept retrospektiv | 17.47 (1.53) | 18.77 (1.0) | .51 | 1/48 | -.01 |
| | | Selbstkonzept prospektiv | 22.2 (4.97) | 26.91 (3.06) | 16.81** | 1/48 | .24 |
| | | Internalität prospektiv | 24.87 (2.77) | 26.97 (2.77) | 6.06* | 1/48 | .09 |
| | | Fatalistische Externalität prospektiv | 13.2 (3.65) | 10.4 (4.62) | 4.34* | 1/48 | .06 |

Anmerkungen. * $p < .05$, ** $p < .01$.

^a Summe der Items Nr. 10 und Nr. 11.

Zum Zeitpunkt der Ersterhebung (T1) ergaben sich signifikante Unterschiede im BSI, in den FKK-Skalen Selbstkonzept, Internalität und sozial bedingte Externalität, in der IPCA-Skala Selbstkonzept prospektiv sowie in beiden Skalen der OCDS-G. Die rückfälligen Patienten wiesen mit Ausnahme der Skala Aggressivität in allen Skalen des BSI höhere Werte auf und waren demnach psychisch deutlich belasteter. Sie verfügten übereinstimmend damit im FKK über ein niedrigeres Selbstkonzept, eine niedrigere Internalität und eine höhere fatalistische Kontrollüberzeugung als abstinenten Patienten. Zudem hatten sie ein niedrigeres prospektiv ausgerichtetes, bereichsspezifisches Selbstkonzept und litten mehr unter Alkoholverlangen. Keine signifikanten Gruppenunterschiede fanden sich für die Behandlungsmotivation. Auch am Ende der Behandlung (T2) hatten rückfällige Patienten mit Ausnahme der Skala Paranoies Denken durchweg höhere Werte in allen BSI-Skalen und sowohl ein niedrigeres Selbstkonzept im FKK als auch ein niedrigeres prospektives Selbstkonzept im IPCA-A. Auch verfügten sie über niedrigere Werte auf der IPCA-Skala *Internalität prospektiv* und eine höhere prospektive, fatalistische Externalität. Bei der Ein-Jahres-Katamnese zeigten sich signifikante Unterschiede in allen Skalen des BSI, in allen FKK- sowie allen IPCA-Skalen, hier mit Ausnahme der Skala retrospektives Selbstkonzept. Rückfällige Patienten litten auch ein Jahr nach der Behandlung mehr unter allgemeinen psychischen Symptomen, hatten ein geringeres prospektives Selbstkonzept, eine geringere prospektive Internalität sowie eine höhere zukunftsgerichtete fatalistische Externalität im IPCA-A. Aber auch in den generalisierten Kontrollüberzeugungen zeigten sie ein niedrigeres Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, eine niedrigere Internalität sowie eine höhere soziale und fatalistische Externalität als abstinenten Patienten. Bei T1 liegen die Effektstärken für das BSI im grossen, für das generalisierte Selbstkonzept, die generalisierte Internalität, das prospektive Selbstkonzept und die OCDS-G-Skala Gedanken im mittleren, für die generalisierte fatalistische Externalität und die OCDS-Skala Handlungsimpulse im kleinen Bereich.

Bei T2 konnten für das BSI, das generalisierte und das prospektive Selbstkonzept grosse, für die prospektive Internalität und die prospektive, fatalistische Externalität mittlere Effektstärken ausgemacht werden. Für die signifikanten Mittelwertsunterschiede bei T3 kamen grosse Effektstärken zustande, mit Ausnahme der generalisierten sozial bedingten und der prospektiven fatalistischen Externalität sowie der prospektiven Internalität, deren ω^2 im mittleren Bereich liegt.

Hypothese 3, wonach Patienten mit höherem Selbstkonzept und höherer Internalität bei Behandlungsbeginn eher abstinenter blieben während der Behandlungszeit, kann sowohl für die generalisierte als auch die bereichsspezifische Ebene der Kontrollüberzeugungen bestätigt werden.

Ebenfalls bejaht werden kann Hypothese 4: Patienten, die während der Behandlung rückfällig wurden, hatten am Ende der Behandlung ein niedrigeres generalisiertes Selbstkonzept sowie ein niedriges prospektives Selbstkonzept und eine niedrigere prospektive Internalität als abstinenten.

In einem nächsten Schritt wurde versucht, mittels Faktorenanalyse die abhängigen Variablen (Fragebogenskalen) der Ersterhebung zu reduzieren, um danach anhand univariater Varianzanalysen zu berechnen, ob und welche der gefundenen Faktoren zwischen später rückfälligen und abstinenten Patienten zu trennen vermögen.

Es wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit orthogonaler Rotation (Varimax) durchgeführt, die eine Klassifikation von Variablen gemäss ihrer korrelativen Beziehungen in voneinander unabhängige Gruppen erlaubt (vgl. Bortz, 1993). Das Varimax-Kriterium führt zu einer Rotation der Faktoren dergestalt, dass die Varianz der quadrierten Ladungen pro Faktor maximiert wird, d. h. dass pro Faktor einige Variablen möglichst hoch und andere möglichst niedrig laden. Als Abbruchkriterium wurde das Kaiser-Guttman – Kriterium (Eigenwert > 1) gewählt.

Der Bartlett-Test auf Sphärizität wurde signifikant ($Chi^2=590.6$, $df=91$, $p<.00$). Das Kaiser-Mayer-Olkin-Mass kann bei einem Wert von .81 nach Kaiser als „recht gut“ bezeichnet werden (Brosius, 2008). Auch die *Measure of Sampling Adequacy*-Werte bewegen sich im mässigen bis guten Bereich, so dass keine der Variablen ausgeschlossen werden musste.

Tabelle 6-8 zeigt die Faktorenstruktur und die –ladungen der gefundenen Vier-Faktoren-Lösung. Die gesamthaft aufgeklärte Varianz ist mit 68.37% zufriedenstellend.

Tabelle 6-8 Faktorenanalyse für die Fragebogenvariablen bei Behandlungsbeginn sowie Kommunalitäten der vier extrahierten Hauptkomponenten nach Varimax-Rotation

| Variable | h^2 | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 |
|-------------------------------------------------|-------|------------|-------------|-------------|--------------|
| FKK <i>Selbstkonzept</i> | .80 | .25 | -.79 | -.28 | -.20 |
| FKK <i>Internalität</i> | .72 | .52 | -.65 | -.02 | .18 |
| FKK <i>Soziale Externalität</i> | .64 | -.08 | .71 | .11 | .34 |
| FKK <i>Fatalistische Externalität</i> | .78 | .04 | .49 | .15 | .71 |
| IPC-A <i>Selbstkonzept retrospektiv</i> | .62 | -.16 | -.42 | -.64 | -.10 |
| IPC-A <i>Selbstkonzept prospektiv</i> | .76 | .81 | -.21 | -.11 | -.24 |
| IPC-A <i>Internalität prospektiv</i> | .71 | .76 | -.32 | -.15 | -.12 |
| IPC-A <i>Fat. Externalität prospektiv</i> | .84 | -.23 | .05 | .09 | .88 |
| BSI | .52 | -.24 | .63 | .23 | .13 |
| EFB <i>Krankheitseinsicht</i> | .60 | .56 | .15 | .51 | .01 |
| EFB <i>Behandlungsbereitschaft</i> ^a | .50 | .67 | -.15 | -.15 | -.04 |
| EFB <i>Behandlungsmotive</i> | .55 | .49 | .48 | .27 | -.05 |
| OCDS-G <i>Gedanken</i> | .76 | -.34 | .19 | .76 | .19 |
| OCDS-G <i>Handlungsimpulse</i> | .79 | -.16 | .09 | .87 | .05 |
| Eigenwerte | | 4.90 | 2.39 | 1.21 | 1.07 |
| Erklärte Varianz in % | | 35.03 | 17.04 | 8.65 | 7.66 |
| Erklärte Varianz in kum. % | | 35.03 | 52.07 | 60.71 | 68.37 |

Anmerkungen. $n=96$.

^a nur Items Nr. 10 und Nr. 11.

Ladungen $\geq .4$ sind durch Fettdruck hervorgehoben.

Auf Faktor 1 haben die FKK-Skala Internalität, die IPC-A-Skalen Selbstkonzept prospektiv und Internalität prospektiv sowie die Krankheitseinsicht, die Behandlungsmotive und die Indikatorvariable für die Behandlungsbereitschaft hohe positive Ladungen. Hinter diesem Faktor verbirgt sich die generalisierte Überzeugung, wichtige Dinge im Leben selber beeinflussen zu können sowie die bereichsspezifische Zuversicht, das Alkoholproblem durch eigene Anstrengung zu überwinden und in der Lage zu sein, ein Leben ohne Alkohol führen zu können.

Auf Faktor 2 laden die FKK-Skalen Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und Internalität sowie das retrospektive Selbstkonzept negativ, positiv hingegen beide Externalitätsskalen des FKK, das BSI und die EFB-Skala Behandlungsmotive. Dieser Faktor widerspiegelt eine generalisierte externale Kontrollüberzeugung, dass vieles im Leben von mächtigen Dritten oder vom Schicksal bestimmt wird. Eigene Handlungsmöglichkeiten werden kaum wahrgenommen.

Dies geht mit der Ausbildung psychopathologischer Symptome sowie vielen

Behandlungsmotiven einher, die zumeist auf externale Ursachen (zum Beispiel drohender oder eingetretener Partner-, Arbeitsplatz- oder Führerscheinverlust) zurückgeführt werden können.

Faktor 3 weist eine hohe negative Ladung des retrospektiven Selbstkonzepts sowie hohe positive Ladungen der beiden OCDS-Skalen und der Krankheitseinsicht auf. Dieser Faktor erfasst das Suchtverlangen, den Einsatz von Alkoholkonsum als sehr wichtige, wenn nicht einzige Handlungsalternative im Umgang mit Belastungssituationen in der Vergangenheit und ein entsprechend hohes Störungsbewusstsein.

Faktor 4 weist hohe positive Ladungen der generalisierten und bereichsspezifischen fatalistischen Externalität auf. Dieser Faktor erfasst die fatalistische Überzeugung, dass Ereignisse im Leben allein durch Schicksal, Glück oder Pech bedingt sind. Demzufolge wird auch die Überwindung des Alkoholproblems als zufallsabhängig wahrgenommen.

Im Folgenden wurde mit einer univariaten Varianzanalyse überprüft, ob die vier Faktoren zwischen während der Behandlung rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten zu trennen vermögen. Wie aus Tabelle 6-9 ersichtlich, werden die Mittelwertsunterschiede auf Faktor 1 und Faktor 2 signifikant. Patienten, die während der Behandlung abstinent blieben, zeichneten sich bei Behandlungsbeginn durch eine höhere Ladung auf demjenigen Faktor aus, der sowohl eine hohe generalisierte als auch eine hohe bereichsspezifische Internalität und ein hohes prospektives Selbstkonzept erfasst. Ebenfalls hatten diese Patienten eine generell höhere Behandlungsmotivation. Patienten, die bereits während der Behandlung rückfällig wurden, hatten hingegen höhere generalisierte sozial bedingte und fatalistische Kontrollüberzeugungen und eine hohe psychopathologische Symptombelastung.

Tabelle 6-9 Univariante Varianzanalysen mit Zwischensubjektfaktor „Rückfälle während der Behandlung“

| Quelle der Varianz | Rückfällig ^a M (s) | Nicht rückfällig ^a M (s) | F _(1/95) | ω^2 |
|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|------------|
| Faktor 1 „Internalität“ | -.30 (1.02) | .14 (.97) | 4.08* | .03 |
| Faktor 2 „Externalität“ | .36 (.80) | -.16 (1.04) | 5.89* | .05 |
| Faktor 3 „Suchtverlangen“ | .18 (1.08) | -.08 (.96) | 1.42 | .00 |
| Faktor 4 „Fatalismus“ | -.02 (.89) | .01 (1.05) | .01 | -.01 |

Anmerkungen. ^a $n_{\text{rückfällig}}=30$; $n_{\text{nicht rückfällig}}=67$.

* $p < .05$.

Faktor 2 vermag mit einer trendmässigen Signifikanz von $p < .10$ bis zur Ein-Jahres-Katamnese zwischen Abstinenter und Rückfälligen zu trennen, sofern von der konservativen Schätzung ausgegangen wird, dass Patienten ohne katamnestiche Untersuchung als rückfällig

gelten (s. Tabelle 6-10). Patienten, die ein Jahr nach der Behandlung angaben, seither keinen Rückfall erlitten zu haben, verfügten über niedrigere Werte auf diesem Faktor.

Tabelle 6-10 Univariate Varianzanalysen mit Zwischensubjektfaktor „Abstinenz bis zur Ein-Jahres-Katamnese“

| Quelle der Varianz | Rückfällig ^a M (s) | Abstinent ^a M (s) | F _(1/95) | ω^2 |
|---------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------|------------|
| Faktor 1 „Internalität“ | -.06 (1.01) | .34 (.92) | 2.03 | .01 |
| Faktor 2 „Externalität“ | .08 (.95) | -.41 (1.19) | 3.11 ⁺ | .02 |
| Faktor 3 „Suchtverlangen“ | .00 (.98) | -.01 (1.13) | .00 | -.01 |
| Faktor 4 „Fatalismus“ | -.01 (.96) | .03 (1.22) | .02 | -.01 |

Anmerkungen. ^a $n_{\text{rückfällig}}=82$; $n_{\text{nicht rückfällig}}=15$.

⁺ $p < .10$.

Hinsichtlich der Leistungstestvariablen (vgl. Tabelle 6-11) zeigten rückfällige Patienten im Vergleich zu abstinenten eine langsamere Reaktionszeit und mehr Auslasserfehler bei den auditiven Reizen in der Geteilten Aufmerksamkeit bei Behandlungsbeginn sowie mehr auditive Auslasser im gleichen Test bei Behandlungsende. Ansonsten ergaben sich zwischen den beiden Gruppen keine signifikanten Differenzen bezüglich ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit.

Die Effektstärken bewegen sich bei T1 für die auditiven Reaktionszeiten in der Geteilten Aufmerksamkeit im mittleren, für die auditiven Auslasserfehler im kleinen Bereich. Bei T2 findet sich bei den auditiven Auslasserfehlern der Geteilten Aufmerksamkeit ebenfalls ein mittlerer Effekt.

Tabelle 6-11 Mittelwertsunterschiede in den Leistungstestverfahren zwischen während der Behandlung rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten bei T1, T2 und T3

| Test | Variable | <i>M</i> (s) | | <i>F</i> | <i>df</i> | ω^2 | |
|------|-------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------|-----------|------------|------|
| | | Rückfällig (<i>n</i> =29) | Nicht rückfällig (<i>n</i> =70) | | | | |
| T1 | MWT-B | 28.03 (3.48) | 27.98 (4.51) | .00 | 1/94 | -.01 | |
| | Mosaiktest | 27.9 (10.04) | 29.75 (9.52) | .76 | 1/96 | .00 | |
| | MCST | 7.75 (2.17) | 7.66 (2.35) | .03 | 1/98 | -.01 | |
| | Geteilte Aufmerksamkeit | Reaktionszeiten (visuell) | 878.72 (147.54) | 830.39 (150.74) | 2.13 | 1/97 | .01 |
| | | Reaktionszeiten (auditiv) | 682.93 (250.44) | 584.52 (116.57) | 7.08* | 1/97 | .06 |
| | Visuelles Scanning | Auslasser (visuell) | 2.17 (2.27) | 1.8 (1.86) | .72 | 1/97 | .00 |
| | | Auslasser (auditiv) | 2.17 (3.14) | 1.09 (2.15) | 3.96* | 1/97 | .03 |
| | | Reaktionszeiten (krit. Reize) | 3286.0 (1079.99) | 3113.12 (868.4) | .67 | 1/91 | .00 |
| | | Reaktionszeiten (n. krit. Reize) | 5846.68 (2078.24) | 5891.45 (1988.37) | .01 | 1/91 | -.01 |
| | | Auslasser | 8.79 (8.47) | 7.18 (6.38) | 1.0 | 1/91 | .00 |
| | | <i>n</i> =22 | <i>n</i> =49 | | | | |
| T2 | MWT-B | 28.05 (3.02) | 29.08 (3.67) | 1.34 | 1/68 | .00 | |
| | Mosaiktest | 33.77 (10.85) | 30.78 (7.8) | 1.75 | 1/69 | .01 | |
| | MCST | 8.52 (1.9) | 8.45 (2.27) | .02 | 1/72 | -.01 | |
| | Geteilte Aufmerksamkeit | Reaktionszeiten (visuell) | 840.36 (143.54) | 821.24 (118.08) | .56 | 1/69 | .00 |
| | | Reaktionszeiten (auditiv) | 590.29 (78.9) | 579.65 (92.19) | .21 | 1/69 | -.01 |
| | Visuelles Scanning | Auslasser (visuell) | 1.64 (1.81) | 1.57 (1.49) | .03 | 1/69 | -.01 |
| | | Auslasser (auditiv) | 2.18 (3.86) | .37 (.57) | 10.5* | 1/69 | .09 |
| | | Reaktionszeiten (krit. Reize) | 2991.1 (728.54) | 2848.38 (729.53) | .53 | 1/63 | .00 |
| | | Reaktionszeiten (n. krit. Reize) | 5459.45 (1447.34) | 5526.2 (2463.3) | .01 | 1/63 | -.01 |
| | | Auslasser (krit. Reize) | 4.95 (4.47) | 5.87 (4.83) | .52 | 1/63 | .00 |

Anmerkungen. * $p < .05$, ** $p < .01$.

6.3.1 Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen während der Behandlung

Für den Vergleich der Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen während der Behandlung bei rückfälligen und abstinenten Patienten wurden multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt. Einbezogen wurden $n=78$ Patienten, bei denen sowohl bei Behandlungsbeginn als auch bei Behandlungsende jeweils vollständige Datensätze vorliegen. Die Rückfälligkeit bezieht sich auf jeglichen (bekannten) Alkoholkonsum während der Behandlungszeit.

Tabelle 6-12 zeigt die Resultate der multivariaten Varianzanalysen. Der Faktor „Zeitpunkt“ wurde für alle Skalen des FKK sowie für die beiden IPC-A-Skalen Internalität prospektiv und fatalistische Externalität prospektiv signifikant. Die Werte der FKK-Skalen sozial bedingte und fatalistische Externalität nahmen sowohl bei rückfälligen als auch abstinente Patienten während der Behandlung signifikant ab, während das generalisierte Selbstkonzept sowie die generalisierte und bereichsspezifische prospektive Internalität anstiegen. Die Effektstärken der Haupteffekte liegen für das Selbstkonzept und die sozial bedingte Externalität des FKK im grossen, für die generalisierte Internalität sowie die beiden IPC-A-Skalen Internalität prospektiv und fatalistische Externalität prospektiv im mittleren Bereich.

Tabelle 6-12 Multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung mit dem Zwischensubjektfaktor „Rückfälligkeit während Behandlung“ und zweistufigem Messwiederholungsfaktor „Zeitpunkt“

| Variable | $F_{(1/76)}(\text{Zeitpunkt})$ | ω^2 | $F_{(1/76)}(\text{Zeitpunkt} \times \text{Rückfälligkeit})$ | ω^2 |
|-------------------------------------------|--------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------|------------|
| FKK <i>Selbstkonzept</i> | 18.08** | .18 | .46 | -.01 |
| FKK <i>Internalität</i> | 5.27* | .05 | .52 | -.01 |
| FKK <i>Soziale Externalität</i> | 15.79** | .16 | .03 | -.01 |
| FKK <i>Fatalistische Externalität</i> | 9.66* | .10 | .38 | -.01 |
| IPC-A <i>Selbstkonzept retrospektiv</i> | .01 | -.01 | .16 | -.01 |
| IPC-A <i>Selbstkonzept prospektiv</i> | .73 | .00 | 2.06 | .01 |
| IPC-A <i>Internalität prospektiv</i> | 4.57* | .04 | .25 | -.01 |
| IPC-A <i>Fat. Externalität prospektiv</i> | 4.78* | .05 | 4.96* | .05 |

Anmerkungen. $n_{\text{Rückfällig}}=25$, $n_{\text{Abstinent}}=53$.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Ein signifikanter Interaktionseffekt mit mittlerer Effektstärke ergab sich für die IPC-A Skala fatalistische Externalität prospektiv, die bei den rückfälligen Patienten während der Behandlung leicht anstieg, während sie bei den abstinente deutlich abnahm bei praktisch gleichem Anfangswert zu Beginn der Behandlung (vgl. Abbildung 6-1). Die Erfahrung, eine längere Zeit ohne Alkoholkonsum zurechtzukommen, schien die Überzeugung zu stärken, dass die Überwindung des Alkoholproblems keine Frage des Schicksals ist. Ein Rückfallgeschehen während der Behandlung förderte hingegen eine bereichsspezifische, prospektiv ausgerichtete fatalistische Kontrollüberzeugung.

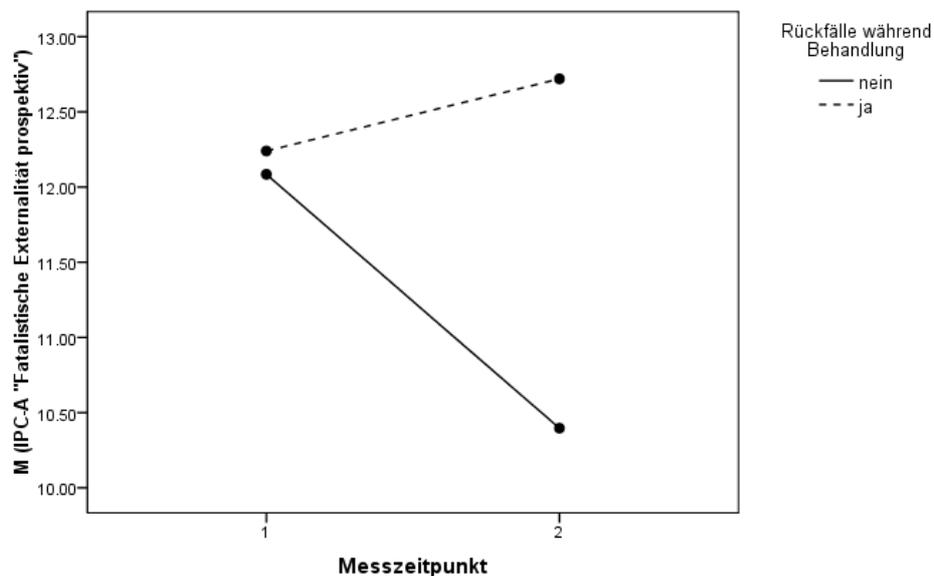


Abbildung 6-1 Verlauf der IPC-A-Skala fatalistische Externalität prospektiv bei abstinenten und rückfälligen Patienten während der Behandlung (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende)

In einem nächsten Schritt interessierte die Frage, ob Patienten mit bereits relativ hoher internaler Kontrollüberzeugung bei Behandlungsbeginn während der Behandlung noch internaler wurden, und ob Patienten mit anfänglich niedrigeren externalen Kontrollüberzeugungen hier eine grössere Abnahme aufwiesen als Patienten mit höherer Externalität. Dazu wurde bei jeder Skala jeweils ein Mediansplit durchgeführt und analysiert, wie sich die beiden Gruppen im Verlauf bezüglich dieser Skala verhielten.

Mit Ausnahme des generalisierten Selbstkonzepts zeigte sich auf allen FKK- und IPC-A-Skalen ein signifikanter Interaktionseffekt (vgl. Tabelle 6-13). Patienten, die sich unterhalb des Medians auf der Skala Internalität des FKK sowie den Skalen Selbstkonzept retrospektiv, Selbstkonzept prospektiv und Internalität prospektiv des IPC-A befanden, wiesen auf diesen Skalen einen bedeutend grösseren Zuwachs während der Behandlung auf als diejenigen oberhalb des Medians. Umgekehrt verhält es sich bei den Externalitätsskalen des FKK und IPC-A, auf denen Patienten mit anfänglichen Werten oberhalb des Medians im Laufe der Behandlung eine deutliche Abnahme verzeichneten. Im generalisierten Selbstkonzept zeigten sowohl Patienten unterhalb als auch diejenigen oberhalb des Medians eine Zunahme während der Behandlung.

Die Effektstärken befinden sich für die generalisierte und die bereichsspezifische Internalität im grossen Bereich, für die sozial bedingte und fatalistische Externalität im FKK sowie die IPC-A-Skalen Selbstkonzept retrospektiv, Selbstkonzept prospektiv und fatalistische Externalität prospektiv im mittleren Bereich.

Tabelle 6-13 Multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung mit dem Mediansplit der jeweiligen Skala als Zwischensubjektfaktor und zweistufigem Messwiederholungsfaktor „Zeitpunkt“

| Variable | Gruppe 1 ^a : < Median | | Gruppe 2: > Median | | $F_{(1/76)}$ (Zeitpunkt x Gruppe ^a) | ω^2 |
|----------------------------------------------------|----------------------------------|------------------|--------------------|------------------|----------------------------------------------------------|------------|
| | T1 ^b : <i>M</i> (s) | T2: <i>M</i> (s) | T1: <i>M</i> (s) | T2: <i>M</i> (s) | | |
| FKK <i>Selbstkonzept</i> | 24.28 (5.11) | 27.58 (5.49) | 36.58 (5.01) | 38.45 (4.62) | 1.38 | .00 |
| FKK <i>Internalität</i> | 27.95 (3.69) | 31.32 (4.30) | 37.84 (3.53) | 36.95 (5.65) | 15.77** | .16 |
| FKK <i>Soziale Externalität</i> | 18.88 (4.20) | 18.27 (5.62) | 29.42 (4.36) | 26.02 (5.93) | 6.65* | .07 |
| FKK <i>Fatalistische Externalität</i> | 17.51 (4.04) | 17.11 (5.30) | 29.27 (4.38) | 25.98 (5.73) | 5.81* | .06 |
| IPC-A <i>Selbstkonzept retrospektiv</i> | 14.27 (3.41) | 15.66 (5.47) | 23.49 (2.78) | 21.81 (5.13) | 7.92* | .08 |
| IPC-A <i>Selbstkonzept prospektiv</i> | 22.38 (1.82) | 23.54 (1.99) | 27.54 (3.55) | 27.12 (2.66) | 4.21* | .04 |
| IPC-A <i>Internalität prospektiv</i> | 22.28 (1.71) | 24.34 (3.29) | 27.54 (1.97) | 27.35 (2.11) | 12.21** | .13 |
| IPC-A <i>Fatalistische Externalität prospektiv</i> | 8.78 (2.02) | 8.84 (3.55) | 15.16 (3.09) | 13.22 (3.72) | 4.79* | .05 |

Anmerkungen. ^a Gruppe bezieht sich auf den Mediansplit der jeweiligen Skala (Gruppe 1: unterhalb des Medians; Gruppe 2: oberhalb des Medians).

^b T1: Behandlungsbeginn; T2: Behandlungsende.

* $p < .05$, ** $p < .001$.

Abbildung 6-2 zeigt exemplarisch den Verlauf der FKK-Skala Internalität bei Mediansplit zu Beginn der Behandlung. Patienten unterhalb des Medians zeigten eine deutliche Zunahme an Internalität während der Behandlung im Gegensatz zu denjenigen, die bereits zu Beginn der Behandlung über eine grössere Internalität verfügten. Sie erreichten jedoch deren Niveau auch bei Behandlungsende nicht. Es scheint sich demnach so zu verhalten, dass Patienten mit anfänglich eher ungünstigen Ausprägungen der Kontrollüberzeugungen während der Behandlung grössere Veränderungen in die gewünschte Richtung zeigen.

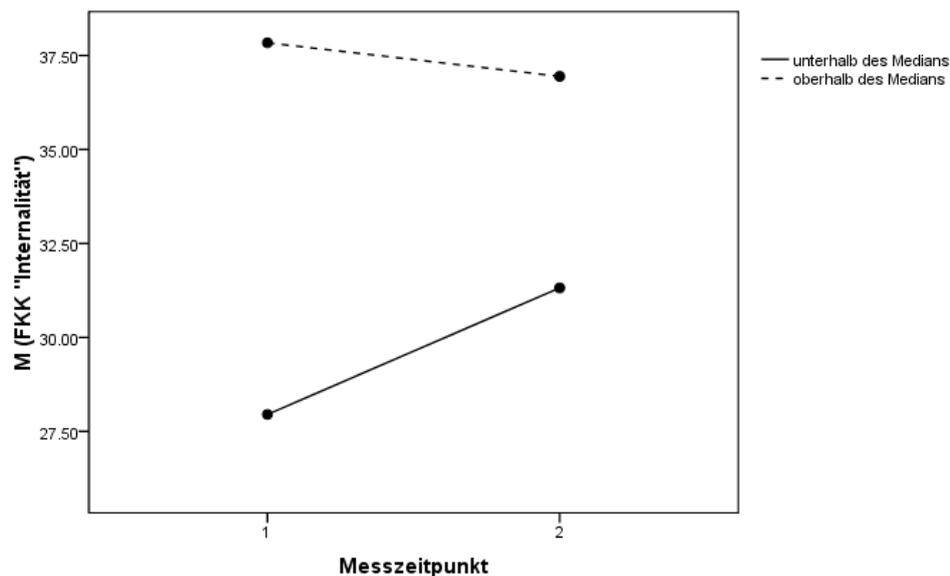


Abbildung 6-2 Verlauf der FKK-Skala Internalität im Behandlungsverlauf bei Patienten unterhalb resp. oberhalb des Medians bei Behandlungsbeginn (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende)

6.3.2 Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen von Behandlungsbeginn bis zur Katamnese

Ebenfalls anhand multivariater Varianzanalysen mit Messwiederholung wurde der Verlauf in den generalisierten und bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen über die drei Messzeitpunkte (Behandlungsbeginn, Behandlungsende, Ein-Jahres-Katamnese) bei abstinenten und rückfälligen Patienten untersucht. Einbezogen wurden $n=44$ Patienten, von denen zu allen drei Messzeitpunkten vollständige Datensätze vorliegen. Die Abstinenz wurde definiert als totale Abstinenz von Behandlungsbeginn bis zur Ein-Jahres-Katamnese.

6.3.2.1 Veränderungen in generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen

Abbildung 6-3, Abbildung 6-4 und Abbildung 6-5 stellen den zeitlichen Verlauf der drei FKK-Skalen Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, sozial bedingte und fatalistische Externalität für abstinente und rückfällige Patienten dar.

Für die Skala Selbstkonzept eigener Fähigkeiten ergab sich in der multivariaten Varianzanalyse ein signifikanter Haupteffekt mit grosser Effektstärke für den Faktor „Messzeitpunkt“ ($F_{(2/41)}=3.85, p<.05, \omega^2=.11$). Keine Signifikanzen ergaben sich für den Zwischensubjektfaktor „Rückfälligkeit“ und die Interaktion der beiden Faktoren.

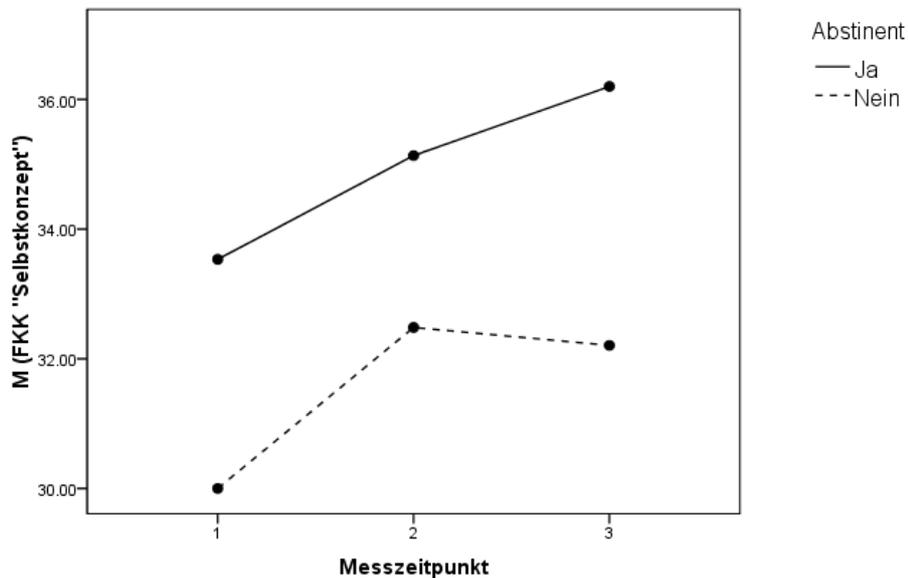


Abbildung 6-3 Verlauf der FKK-Skala Selbstkonzept eigener Fähigkeiten bei abstinenten und rückfälligen Patienten über die drei Messzeitpunkte (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende; 3=Ein-Jahres-Katamnese)

Wie aus Abbildung 6-3 ersichtlich ist, nahm das Selbstkonzept sowohl bei abstinenten als auch rückfälligen Patienten während der Behandlung zu. Im Gegensatz zu den rückfälligen Patienten, deren Selbstkonzept sich nach der Behandlung wieder leicht verminderte, zeigte es bei den abstinenten Patienten bis zur Ein-Jahres-Katamnese eine weitere Zunahme.

Für die Skala Internalität wurden keine signifikanten Haupt- oder Interaktionseffekte gefunden.

Der Faktor „Messzeitpunkt“ wurde erneut für die Skala sozial bedingte Externalität signifikant ($F_{(2/41)}=5.75, p<.01, \omega^2=.18$). Auch hier ergaben sich kein signifikanter Interaktionseffekt und keine signifikanten Verlaufsunterschiede für abstinente und rückfällige Patienten. Alle zeigten eine deutliche Abnahme in der sozialen Externalität während der Behandlung. Bei den Rückfälligen konnte nach der Behandlung eine erneute Zunahme in der sozialen Externalität beobachtet werden, bei den Abstinenten hingegen eine weitere marginale Abnahme bis zum Katamnesezeitpunkt (vgl. Abbildung 6-4).

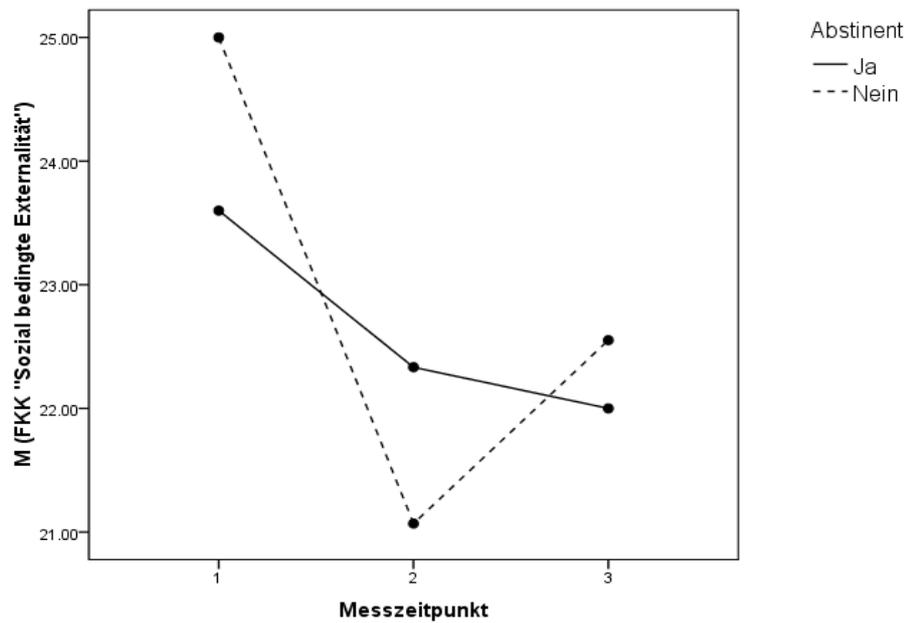


Abbildung 6-4 Verlauf der FKK-Skala sozial bedingte Externalität bei abstinenten und rückfälligen Patienten über die drei Messzeitpunkte (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende; 3=Ein-Jahres-Katamnese)

Für die FKK-Skala fatalistische Externalität wurde ein signifikanter Trend für den Interaktionseffekt „Messzeitpunkt x Rückfälligkeit“ gefunden ($F_{(2/41)}=2.85$, $p<.10$, $\omega^2=.08$).

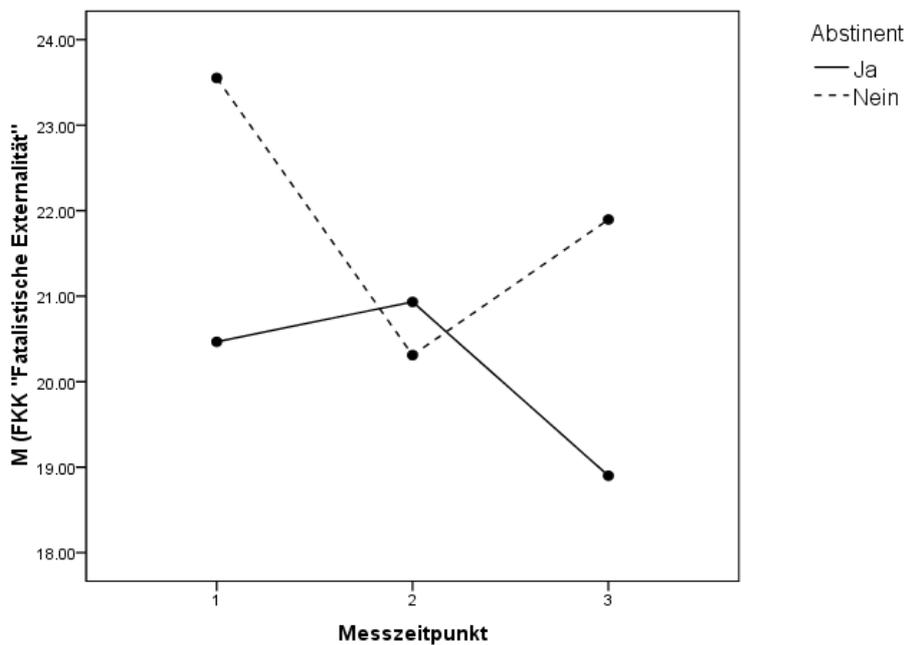


Abbildung 6-5 Verlauf der FKK-Skala fatalistische Externalität bei abstinenten und rückfälligen Patienten über die drei Messzeitpunkte (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende; 3=Ein-Jahres-Katamnese)

Die fatalistische Kontrollüberzeugung nahm bei den rückfälligen Patienten während der Behandlung ab, um danach bis zur Katamnese wieder anzusteigen. Bei den abstinenten Patienten kann eine Abnahme im Fatalismus erst nach der Behandlung beobachtet werden (vgl. Abbildung 6-5).

6.3.2.2 Veränderungen in bereichsspezifischen Kontrollorientierungen

In den bereichsspezifischen Kontrollorientierungen, gemessen mit dem IPC-A, ergab sich für die Skala fatalistische Externalität prospektiv ein signifikanter Interaktionseffekt „Messzeitpunkt x Rückfälligkeit“ ($F_{(2/41)}=9.61, p<.01, \omega^2=.28$). Die grafische Veranschaulichung (vgl. Abbildung 6-6) zeigt einen gegenteiligen Verlauf bei Rückfälligen und Abstinente nach der Behandlung. Die fatalistische Überzeugung, dass die Überwindung des Alkoholkonsums reine Glückssache ist, nimmt bei den Rückfälligen markant zu, während sie bei den Abstinente durch die wiederholte Erfahrung, in schwierigen Situationen auf Alkohol verzichten zu können, deutlich abnimmt.

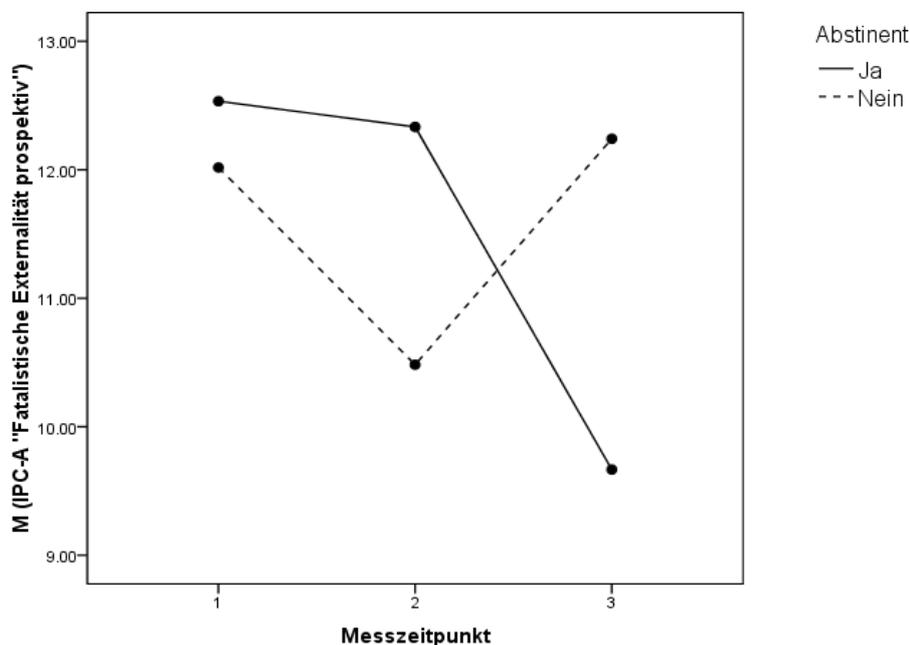


Abbildung 6-6 Verlauf der IPC-A-Skala Fatalistische Externalität prospektiv bei abstinenten und rückfälligen Patienten über die drei Messzeitpunkte (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende; 3=Ein-Jahres-Katamnese)

Für die anderen IPC-A-Skalen konnten weder signifikante Haupt- noch Interaktionseffekte über die drei Messzeitpunkte gefunden werden. Auf der Skala Selbstkonzept prospektiv ergab sich in der multivariaten Varianzanalyse über zwei Messzeitpunkte ein signifikanter Interakti-

onseffekt ($F_{(1/42)}=4.36$, $p<.05$, $\omega^2=.07$), indem erwartungsgemäss die abstinenten Patienten hier eine grössere Zunahme zwischen Behandlungsende und Ein-Jahres-Katamnese zeigten als die rückfälligen.

6.3.3 Symptombelastung und Kontrollüberzeugungen

Univariate Varianzanalysen bei Behandlungsbeginn mit den Kontrollüberzeugungen im FKK und IPC-A als abhängige und der Symptombelastung im BSI (Mediansplit) als unabhängige Variable zeigten signifikante Effekte für jede der acht Skalen (vgl. Tabelle 6-14). Die Effektstärken bewegen sich zumeist im mittleren bis grossen Bereich.

Tabelle 6-14 Univariate Varianzanalysen mit den FKK- und IPC-A-Skalen als unabhängige Variablen und der Symptombelastung im BSI als abhängige Variable

| Variable | $F(1/96)$ | ω^2 |
|----------------------------------------------------|-----------|------------|
| FKK <i>Selbstkonzept</i> | 38.27** | .28 |
| FKK <i>Internalität</i> | 13.03** | .11 |
| FKK <i>Soziale Externalität</i> | 9.45** | .08 |
| FKK <i>Fatalistische Externalität</i> | 5.42* | .04 |
| IPC-A <i>Selbstkonzept retrospektiv</i> | 7.82* | .07 |
| IPC-A <i>Selbstkonzept prospektiv</i> | 16.61** | .14 |
| IPC-A <i>Internalität prospektiv</i> | 10.29** | .09 |
| IPC-A <i>Fatalistische Externalität prospektiv</i> | 4.16* | .03 |

Anmerkungen. * $p < .05$; ** $p < .001$.

Patienten mit höherer Symptombelastung im BSI verfügten im FKK über ein niedrigeres Selbstkonzept, eine niedrigere Internalität sowie eine höhere soziale und fatalistische Externalität. Im IPC-A hatten sie höhere Werte in der prospektiven fatalistischen Externalität sowie niedrigere Werte im retrospektiven und prospektiven Selbstkonzept und in der prospektiven Internalität.

Bezüglich der Veränderungen der Symptombelastung im Verlauf wurde aus der univariaten Varianzanalyse (s. Tabelle 6-7) bereits ersichtlich, dass rückfällige Patienten zu allen drei Messzeitpunkten eine signifikant höhere Symptombelastung im BSI aufweisen. Die psychische Belastung nahm jedoch bei allen Patienten von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende deutlich ab, wie der signifikante Effekt für den Faktor „Messzeitpunkt“ ($F_{(2/42)}=5.72$, $p<.05$, $\omega^2=.17$) in der multivariaten Varianzanalyse zeigt. Von Behandlungsende bis zur Ein-Jahres-Katamnese blieb die Belastung sowohl bei rückfälligen als auch abstinenten Patienten auf relativ stabilem Niveau.

6.3.4 Prädiktoren für die Abstinenz bis zur Ein-Jahres-Katamnese

Zur Überprüfung, welche Variablen am meisten zur Vorhersage der Abstinenz ein Jahr nach der Behandlung beitragen, wurde eine logistische Regressionsanalyse (Vorwärts-Methode mit Wald-Kriterium) durchgeführt. Das Problem der Multikollinearität liegt nicht vor, da sich der Varianzinflationsfaktor zwischen 1 und 3.5 bewegt. Gemäss Brosius (2008) deuten erst VIF-Werte über 10 auf das Vorliegen von Kollinearität hin.

Als abhängige Variable wurde die Totalabstinenz bei der Ein-Jahres-Katamnese gewählt, wobei $n=50$ Patienten in die Analyse eingingen. Die unabhängigen Variablen bestanden aus dem BSI sowie den Fragebogenskalen des FKK, des IPC-A, des EFB und der OCDS-G bei Behandlungsbeginn.

Tabelle 6-15 gibt die Resultate der Regressionsanalyse wieder: Die Wahrscheinlichkeit, ein Jahr nach Behandlung noch immer abstinent zu sein, ist umso grösser, je höher das (bereichsspezifische) prospektive Selbstkonzept bei Behandlungsbeginn. Das Modell ist signifikant ($\chi^2=4.69$, $df=1$, $p<.05$), die Modellgüte mit einem Nagelkerke R^2 von .13 eher niedrig.

Tabelle 6-15 Logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage der Abstinenz bis zur Katamnese

| | | β | Wald (df=1) | Exp (β) |
|------------|---------------------------------------|---------|-------------|-----------------|
| 1. Schritt | IPC-A <i>Selbstkonzept prospektiv</i> | -.22 | 4.15* | .81 |

Anmerkung. $n=50$.

* $p < .05$.

Eine Analyse auf Itemebene brachte zutage, dass bei Behandlungsbeginn von der IPC-A-Skala Selbstkonzept prospektiv lediglich Item Nr. 18 („Ein Leben ohne Alkohol traue ich mir zu.“) signifikant zwischen später Abstinenten und Rückfälligen zu trennen vermag ($F_{(1/48)}=4.49$, $p<.05$, $\omega^2=.07$). Knapp nicht signifikant wurde Item Nr. 6 („Ich werde nach der Behandlung Belastungssituationen ohne Alkohol durchstehen können.“) derselben Skala ($F_{(1/48)}=3.83$, $p=.06$, $\omega^2=.05$).

In der univariaten Varianzanalyse konnten nebst dem prospektiven Selbstkonzept des IPC-A bei Behandlungsbeginn ($F_{(1/48)}=4.68$, $p<.05$, $\omega^2=.07$) trendmässig ebenfalls die Indikatorvariable für die Behandlungsbereitschaft ($F_{(1/49)}=3.45$, $p<.10$, $\omega^2=.05$) sowie die Skala Krankheitseinsicht ($F_{(1/49)}=3.07$, $p<.10$, $\omega^2=.04$) zwischen abstinenten und rückfälligen Patienten zum Zeitpunkt der Ein-Jahres-Katamnese unterscheiden.

Zwischen den Variablen bei Behandlungsende und der Abstinenz bis zur Ein-Jahres-Katamnese ergab sich weder in varianz- noch in regressionsanalytischen Berechnungen ein statistisch bedeutsames Ergebnis. Hypothese 5 muss somit verworfen werden: Die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen am Ende der Behandlung haben für die Vorhersage der Abstinenz ein Jahr nach der Behandlung keine Vorhersagekraft.

Signifikante Korrelationen ergaben sich jedoch für die Dauer der längsten Abstinenz im Jahr nach der Behandlung und die generalisierte fatalistische Kontrollüberzeugung ($r = -.43, p < .05$) sowie das retrospektive Selbstkonzept ($r = .51, p < .01$). Je niedriger die fatalistische Kontrollüberzeugung und je höher das retrospektive Selbstkonzept, umso länger gelang es den Patienten, abstinent zu bleiben. Zwischen der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen am Beginn der Behandlung und der Dauer der längsten Abstinenz im Jahr danach konnten keine signifikanten Korrelationen gefunden werden.

6.4 Behandlungsmotivation und Kontrollüberzeugungen

Hypothese 6 besagt, dass höhere Werte in den Skalen des EFB zu günstigeren Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen im Behandlungsverlauf führen als niedrigere. Zur Überprüfung wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung mit dem jeweiligen Mediansplit der Skalen Krankheitseinsicht und Behandlungsmotive sowie der Variable Behandlungsbereitschaft als Zwischensubjektfaktor durchgeführt, um mögliche Interaktionseffekte zu ermitteln.

Für die Skala Behandlungsmotive und die FKK-Skala fatalistische Externalität ergab sich ein signifikanter Interaktionseffekt ($F_{(1/76)} = 6.92, p < .05, \omega^2 = .07$). Patienten mit mehr Behandlungsmotiven zeigten bei Behandlungsbeginn eine höhere fatalistische Kontrollüberzeugung im FKK, die jedoch im Verlauf deutlich abnahm und sich gegen Behandlungsende dem Niveau von Patienten mit weniger Behandlungsmotiven angleich (vgl. Abbildung 6-7).

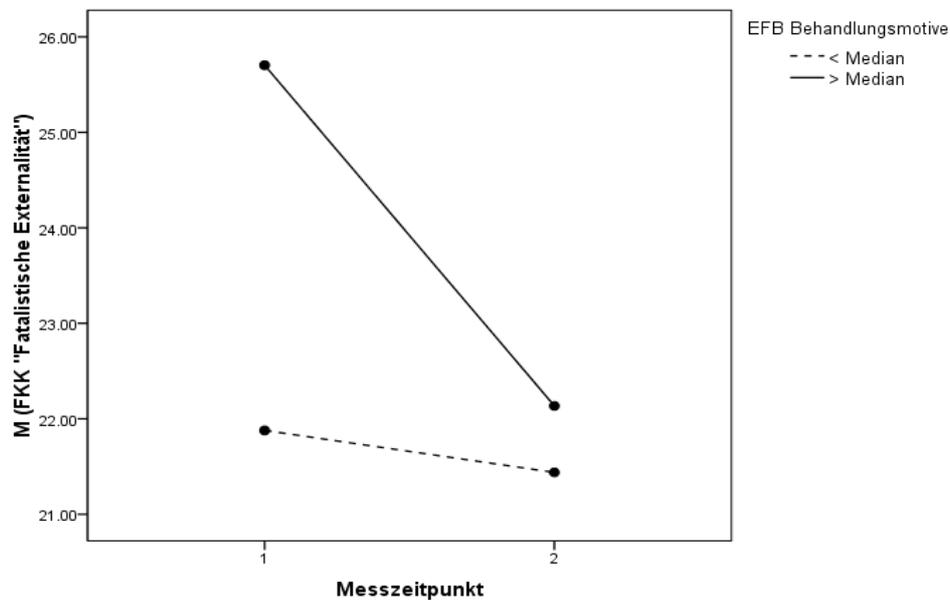


Abbildung 6-7 Verlauf der FKK-Skala fatalistische Externalität bei Patienten mit hohen resp. niedrigen Werten auf der EFB-Skala Behandlungsmotive während der Behandlung (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende)

Ein trendmässig signifikanter Interaktionseffekt ergab sich für die Skala Behandlungsmotive und das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten des FKK ($F_{(1/76)}=3.66$, $p=.06$, $\omega^2=.03$). Auch hier verfügten Patienten mit höheren Werten auf der Skala Behandlungsmotive bei T1 über ein niedrigeres Selbstkonzept, das jedoch während der Behandlung einen markanteren Zuwachs verzeichnen konnte als bei Patienten mit weniger Behandlungsmotiven.

Für die Skala Krankheitseinsicht und die generalisierte fatalistische Externalität konnte ebenfalls ein trendmässig signifikanter Interaktionseffekt gefunden werden ($F_{(1/76)}=3.78$, $p=.06$, $\omega^2=.03$): Patienten mit höherer Krankheitseinsicht hatten bei Behandlungsbeginn tendenziell eine höhere fatalistische Kontrollüberzeugung, die während der Behandlung eine stärkere Abnahme zeigte als bei Patienten mit niedrigerer Krankheitseinsicht.

Patienten mit niedrigerer Behandlungsbereitschaft zeigten bei T1 ein niedrigeres prospektives Selbstkonzept im IPC-A als Patienten mit höherer Behandlungsbereitschaft. Auch hier konnte bei Ersteren wiederum ein deutlicherer Anstieg bis zum Behandlungsende festgestellt werden ($F_{(1/76)}=7.3$, $p<.05$, $\omega^2=.07$).

Hypothese 6 kann insofern bestätigt werden, dass Patienten mit höheren Werten auf den Skalen Behandlungsmotive und Krankheitseinsicht bei Behandlungsbeginn über eine höhere fatalistische Kontrollüberzeugung und ein niedrigeres Selbstkonzept im FKK verfügten als Pati-

enten mit niedrigeren Werten auf diesen EFB-Skalen, wobei sich dieser Unterschied bis zum Ende der Behandlung deutlich verringerte. Patienten mit niedrigerer Behandlungsbereitschaft zeigten ein niedrigeres prospektives Selbstkonzept bei Behandlungsbeginn, jedoch eine größere Zunahme im Verlauf als behandlungsbereitere Patienten.

6.5 Suchtverlangen und Kontrollüberzeugungen

Anhand univariater Varianzanalysen wurde untersucht, ob sich Patienten mit höheren Werten auf den beiden OCDS-G-Skalen Gedanken und Handlungsimpulse (jeweils Mediansplit) von Patienten mit niedrigeren Werten bezüglich Behandlungsmotivation und Kontrollüberzeugungen unterschieden.

Für die Skala Gedanken zeigten sich auf allen FKK- und IPC-A-Skalen signifikante Unterschiede. Patienten, die sich gedanklich häufig mit dem Konsum beschäftigen, haben ein niedrigeres generalisiertes Selbstkonzept ($F_{(1/96)}=15.03, p<.00, \omega^2=.13$), ein niedrigeres retrospektives Selbstkonzept ($F_{(1/96)}=14.76, p<.00, \omega^2=.12$), niedrigere Internalitätswerte im FKK und im IPC-A ($F_{(1/96)}=9.22, p<.00, \omega^2=.08$ resp. $F_{(1/96)}=9.64, p<.00, \omega^2=.08$), höhere Werte in beiden Externalitätsskalen im FKK (sozial bedingte Externalität: $F_{(1/96)}=4.72, p<.05, \omega^2=.04$; fatalistische Externalität: $F_{(1/96)}=6.17, p<.05, \omega^2=.05$) sowie in der fatalistischen Externalität prospektiv ($F_{(1/96)}=4.57, p<.05, \omega^2=.04$).

Patienten mit höheren Werten auf der OCDS-G-Skala Handlungsimpulse haben bei Behandlungsbeginn niedrigere Werte im generalisierten Selbstkonzept ($F_{(1/96)}=6.64, p<.05, \omega^2=.05$), in der generalisierten Internalität ($F_{(1/96)}=7.4, p<.05, \omega^2=.06$) sowie im retrospektiven Selbstkonzept ($F_{(1/96)}=6.18, p<.05, \omega^2=.05$).

Keine Unterschiede ergaben sich zwischen der Höhe des Suchtverlangens und den beiden EFB-Skalen Krankheitseinsicht und Behandlungsmotive. Patienten mit niedrigeren Werten auf der Variable Behandlungsbereitschaft zeigten jedoch deutlich mehr Handlungsimpulse ($F_{(1/98)}=15.15, p<.00, \omega^2=.12$).

Hypothese 7 kann teilweise bestätigt werden: Patienten mit hohem Suchtverlangen wiesen niedrigere generalisierte und bereichsspezifische Selbstkonzepts- und Internalitätswerte sowie eine höhere generalisierte und bereichsspezifische Externalität auf. Patienten mit hohen Werten auf der Skala Handlungsimpulse waren jedoch weniger behandlungsbereit.

Für den Behandlungsverlauf konnte ein einziger signifikanter Interaktionseffekt für die Skala Handlungsimpulse und generalisierte Internalität gefunden werden. Patienten mit höheren Werten auf der Skala Handlungsimpulse hatten bei Behandlungsbeginn eine deutlich niedrigere Internalität, die jedoch während der Behandlung auf das Niveau von Patienten mit weniger Handlungsimpulsen anstieg ($F_{(1/96)}=6.1, p<.05, \omega^2=.06$).

6.6 Komorbide Depression und Kontrollüberzeugungen

Bei $n=48$ Patienten wurde zusätzlich zur Alkoholabhängigkeit eine komorbide Depression diagnostiziert. Dies entspricht 49% der gesamten Stichprobe. Die Vermutung liegt nahe, dass sich diese Patienten von denjenigen ohne komorbide Depression in den Kontrollüberzeugungen sowie weiteren Variablen unterschieden. Tabelle 6-16 zeigt die signifikanten Mittelwertsunterschiede bei Behandlungsbeginn. Die Effektstärken liegen im mittleren Bereich.

Tabelle 6-16 Signifikante Mittelwertsunterschiede bei Behandlungsbeginn zwischen Patienten mit und ohne komorbide Depression

| Variable | Mit komorbider Depression <i>M (s)</i> | Ohne komorbide Depression <i>M (s)</i> | <i>F</i> | <i>df</i> | ω^2 |
|---------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|----------|-----------|------------|
| FKK <i>Selbstkonzept</i> | 28.24 (7.9) | 32.77 (7.48) | 8.47** | 1/96 | .07 |
| FKK <i>Internalität</i> | 31.20 (6.37) | 34.79 (5.64) | 8.76** | 1/96 | .07 |
| FKK <i>Soziale Externalität</i> | 26.18 (6.26) | 23.21 (7.04) | 4.79* | 1/96 | .04 |
| FKK <i>Fatalistische Externalität</i> | 25.04 (6.55) | 21.75 (6.97) | 5.73* | 1/96 | .05 |
| IPC-A <i>Internalität prospektiv</i> | 24.30 (3.50) | 26.44 (2.72) | 11.53** | 1/96 | .10 |
| BSI | 48.68 (34.60) | 31.02 (30.27) | 7.42* | 1/98 | .06 |
| OCDS-G <i>Gedanken</i> | 5.17 (3.52) | 3.66 (3.08) | 5.23* | 1/98 | .04 |

Anmerkungen. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Hypothese 8 kann vollumfänglich bestätigt werden: Patienten mit einer komorbiden Depression haben signifikant niedrigere Werte im Selbstkonzept und in der Internalität sowie signifikant höhere Externalitätswerte in den generalisierten Kontrollüberzeugungen. Auch bezüglich der bereichsspezifischen Internalität haben sie niedrigere Ergebnisse als Patienten ohne Depression. Zudem verspüren sie ein höheres gedankliches Verlangen nach Alkohol und haben eine höhere Symptombelastung im BSI.

Von den bei Behandlungsbeginn extrahierten vier Faktoren (vgl. Tabelle 6-8) trennt einzig Faktor 2 („Externalität“) signifikant zwischen Patienten mit und ohne komorbide Depression ($F_{(1/95)}=10.94, p<.00, \omega^2=.09$). Patienten ohne Depression hatten erwartungsgemäss höhere Werte auf diesem Faktor.

Auch am Ende der Behandlung hatten Patienten mit komorbider Depression nach wie vor niedrigere Werte in der FKK-Skala Selbstkonzept ($F_{(1/76)}=6.33, p<.05, \omega^2=.06$) sowie höhere Werte in der sozial bedingten Externalität ($F_{(1/76)}=4.28, p<.05, \omega^2=.04$) und im BSI ($F_{(1/75)}=4.36, p<.05, \omega^2=.04$).

Depressive alkoholabhängige Patienten wiesen zudem häufiger eine Mehrfachabhängigkeit auf als nicht depressive ($Chi^2=5.23, df=1, p<.05$) und hatten mehr Rückfälle während der Behandlung ($Chi^2=3.62, df=1, p<.05$, s. Kapitel 6.3).

6.7 Veränderungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit während der Behandlung

Die Mittelwerte der Leistungstestvariablen bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sind Anhang A, Tabelle 11-1 zu entnehmen. Im Mehrfachwahl-Wortschatz-Test, im Mosaiktest und im Modified Card Sorting Test wurden in der Verlaufserhebung (T2) höhere Mittelwerte erzielt als in der Ersterhebung (T1). Die mittleren Reaktionszeiten sowie die Auslassungsfehler in der Geteilten Aufmerksamkeit und im Visuellen Scanning verringerten sich von T1 zu T2.

Es interessierten nun die Veränderungen zwischen T1 und T2. Tabelle 6-17 zeigt die anhand von t -Tests für abhängige Stichproben ermittelten Verbesserungen in den kognitiven Leistungstests bei der gesamten Stichprobe sowie Cohens d für die Effektstärken.

Signifikante Verbesserungen im Sinne von Hypothese 9 konnten im Mosaiktest, im MCST, in den auditiven Auslassungsfehlern der Geteilten Aufmerksamkeit sowie in allen Variablen des Visuellen Scannings festgestellt werden. Im Mehrfachwahl-Wortschatz-Tests, der auditiven und visuellen Reaktionszeiten sowie der visuellen Auslassungsfehlern in der Geteilten Aufmerksamkeit blieben die Leistungen hingegen konstant.

Tabelle 6-17 Veränderungen in den Leistungstestvariablen von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende bei der gesamten Stichprobe

| Variable | <i>t</i> | <i>df</i> | <i>Cohens d</i> |
|---------------------------------------------------------------------|----------|-----------|-----------------|
| Mehrfachwahl-Wortschatz-Test | 1.38 | 68 | .20 |
| Mosaiktest | 3.66** | 69 | .26 |
| Modified Card Sorting Test | 2.45* | 73 | .27 |
| Geteilte Aufmerksamkeit (<i>Reaktionszeiten auditiv</i>) | .74 | 70 | .11 |
| Geteilte Aufmerksamkeit (<i>Reaktionszeiten visuell</i>) | .92 | 70 | .12 |
| Geteilte Aufmerksamkeit (<i>Auslasser auditiv</i>) | 2.22* | 70 | .29 |
| Geteilte Aufmerksamkeit (<i>Auslasser visuell</i>) | 1.70 | 70 | .20 |
| Visuelles Scanning (<i>Reaktionszeiten kritische Reize</i>) | 2.88* | 64 | .28 |
| Visuelles Scanning (<i>Reaktionszeiten nicht kritische Reize</i>) | 2.35* | 64 | .20 |
| Visuelles Scanning (<i>Auslasser kritische Reize</i>) | 3.60** | 64 | .46 |

Anmerkungen. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Aufgrund der zweimaligen Vorgabe derselben Tests stellt sich die Frage, inwiefern es sich hierbei um „echte“ Leistungsverbesserungen infolge der Abstinenz oder um Übungseffekte handelte. Hierzu wurden univariate Varianzanalysen mit den Differenzwerten zwischen erster und zweiter Messung als abhängige und der Rückfälligkeit während der Behandlung als unabhängige Variable berechnet. Tatsächlich verbesserten sich die abstinenten Patienten im Mosaiktest ($F_{(1/68)}=4.84, p<.05, \omega^2=.05$), in der Geteilten Aufmerksamkeit (Reaktionszeiten auditiv: $F_{(1/67)}=9.25, p<.01, \omega^2=.11$) sowie im Visuellen Scanning (Auslassungsfehler kritische Reize: $F_{(1/63)}=6.38, p<.05, \omega^2=.08$) mehr als die rückfälligen. Hypothese 10 kann somit bestätigt werden.

Da für die Geteilte Aufmerksamkeit gemäss mehrerer Autoren (Zimmermann & Fimm, 2002; Bühner, Ziegler, Bohnes & Lauterbach, 2006) eher keine Übungseffekte zu erwarten sind, ist insbesondere in diesem Test davon auszugehen, dass die Verbesserungen zum grössten Teil auf die Alkoholabstinenz zurückgeführt werden können.

Zwischen Patienten mit längerer und kürzerer Abhängigkeitsdauer wurden keine signifikanten Unterschiede in den Differenzwerten zwischen T1 und T2 gefunden. Patienten mit Mehrfachabhängigkeiten verbesserten sich im Mosaiktest ($F_{(1/68)}=3.02, p<.10, \omega^2=.03$) und in der Geteilten Aufmerksamkeit (Reaktionszeiten auditiv: $F_{(1/67)}=3.44, p<.10, \omega^2=.03$) tendenziell mehr als Patienten mit reiner Alkoholabhängigkeit. Da Letztere signifikant älter waren als mehrfachabhängige Patienten ($F_{(1/100)}=41.46, p<.00, \omega^2=.28$) wurde das Alter als Kovariate einbezogen, wobei die trendmässige Signifikanz nur für den Mosaiktest bestehen blieb.

6.8 Kontrollüberzeugungen und kognitive Leistungsfähigkeit

Zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen den Kontrollüberzeugungen und der kognitiven Lesitungsfähigkeit wurden zunächst die Leistungstestvariablen bei Behandlungsbeginn einer Faktorenanalyse unterzogen, wobei eine Vier-Faktorenlösung resultierte. Die aufgeklärte kumulierte Varianz betrug zufriedenstellende 73.86%. Der Bartlett-Test auf Sphärizität wurde signifikant ($Chi^2=349.16$, $df=45$, $p<.00$). Das KMO-Mass von .63 wie auch die MSA-Werte sind nach Kaiser noch im mässigen Bereich (Brosius, 2008).

Tabelle 6-18 gibt die Strukturlösung und die Faktorladungen wieder:

Tabelle 6-18 Faktorenanalyse für die Leistungstestvariablen bei Behandlungsbeginn sowie Kommunalitäten der vier extrahierten Hauptkomponenten nach Varimax-Rotation

| Variable | h^2 | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 |
|-----------------------------------------------------------------|-------|-------------|------------|------------|--------------|
| Mehrfachwahl-Wortschatz-Test | .16 | -.02 | -.13 | .05 | .91 |
| Mosaiktest | .67 | -.72 | -.31 | -.09 | .21 |
| Modified Card Sorting Test | .58 | -.46 | .04 | -.30 | .62 |
| Geteilte Aufmerksamkeit (<i>Reaktionszeiten auditiv</i>) | .80 | -.10 | .34 | .83 | .06 |
| Geteilte Aufmerksamkeit (<i>Reaktionszeiten visuell</i>) | .46 | .68 | .24 | .11 | -.00 |
| Geteilte Aufmerksamkeit (<i>Auslasser auditiv</i>) | .78 | .15 | .08 | .87 | -.13 |
| Geteilte Aufmerksamkeit (<i>Auslasser visuell</i>) | .56 | .72 | .20 | -.05 | -.13 |
| Visuelles Scanning (<i>Reaktionszeiten kritische Reize</i>) | .86 | .17 | .89 | .16 | -.09 |
| Visuelles Scanning (<i>Reaktionszeiten nicht krit. Reize</i>) | .90 | .19 | .89 | .25 | -.07 |
| Visuelles Scanning (<i>Auslasser kritische Reize</i>) | .60 | .73 | -.39 | -.03 | .00 |
| Eigenwerte | | 3.38 | 1.91 | 1.08 | 1.02 |
| Erklärte Varianz in % | | 33.76 | 19.11 | 10.81 | 10.18 |
| Erklärte Varianz in kum. % | | 33.76 | 52.87 | 63.68 | 73.86 |

Anmerkungen. $n=90$.

Ladungen $\geq .4$ sind durch Fettdruck hervorgehoben.

Aufgrund der für eine Faktorenanalyse eher geringen Stichprobengrösse ist bei der generalisierenden Interpretation der erhaltenen Faktorenstruktur Vorsicht geboten (vgl. Bortz, 1993).

Auf dem ersten Faktor laden der Mosaiktest und der MCST negativ, die visuellen Reaktionszeiten und Auslassungsfehler in der Geteilten Aufmerksamkeit sowie die Auslassungsfehler im Visuellen Scanning positiv. Der Mosaiktest und der MCST sind sensitive Verfahren für zerebrale Dysfunktionen. Schlechte Leistungen in der Geteilten Aufmerksamkeit weisen auf eine verringerte Aufmerksamkeitskapazität, Fehler im Visuellen Scanning u. a. auf frontale Läsionen hin (Zimmermann & Fimm, 2007). Dieser Faktor spiegelt somit in erster Linie hirn-

organisch bedingte Leistungsminderungen wider. Patienten mit Mehrfachabhängigkeiten zeigen auf diesem Faktor deutlich schlechtere Leistungen ($F_{(1/88)}=11.58, p<.00, \omega^2=.11$).

Der zweite Faktor weist hohe Ladungen der Reaktionszeiten im Visuellen Scanning auf, womit er eine verlangsamte Reaktionsfähigkeit in der Daueraufmerksamkeit repräsentiert.

Auf Faktor 3 laden die auditiven Reaktionszeiten und Auslassungsfehler der Geteilten Aufmerksamkeit. Er erfasst somit die verminderte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zwischen zwei Aufgaben zu teilen.

Der vierte Faktor kann mit den hohen Ladungen des Mehrfachwahl-Wortschatz-Tests und des MCST als eigentlicher „Intelligenzfaktor“ interpretiert werden.

Zur Überprüfung von Hypothese 11, die besagt, dass eine längere Abhängigkeitsdauer zu einer generellen Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit führt, wurden univariate Varianzanalysen mit der Abhängigkeitsdauer (Mediansplit) als unabhängige Variable durchgeführt. Patienten, die länger abhängig sind, haben höhere Werte auf Faktor 2 ($F_{(1/78)}=6.3, p<.05, \omega^2=.06$). Sie zeigen demnach eine Verlangsamung im Visuellen Scanning auf. Hypothese 11 kann nur für diesen Faktor bestätigt werden. Auch bei der Analyse auf Einzeltestebene ergaben sich keine weiteren signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Abhängigkeitsdauer.

Um den Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und der kognitiven Leistungsfähigkeit bei Behandlungsbeginn zu analysieren, wurden univariate Varianzanalysen mit den vier kognitiven Faktoren „Hirnorganizität“, „Verlangsamung“, „Geteilte Aufmerksamkeit“ und „Intelligenz“ als abhängige Variablen und dem Mediansplit der jeweiligen FKK- resp. IPC-A-Skala als unabhängige Variable durchgeführt.

Der Faktor „Verlangsamung“ (Faktor 2) differenziert signifikant zwischen Patienten mit hohen resp. niedrigen Werten auf der IPC-A-Skala Selbstkonzept prospektiv ($F_{(1/86)}=4.15, p<.05, \omega^2=.03$). Bezüglich der Skala Internalität prospektiv konnte ein signifikanter Trend gefunden werden ($F_{(1/86)}=3.77, p=.06, \omega^2=.03$). Patienten mit niedrigerem prospektivem Selbstkonzept wiesen einen höheren Wert auf diesem Faktor auf, einen diesbezüglichen Trend zeigten Patienten mit niedrigerer prospektiver Internalität. Zudem vermag er als einziger zu trennen zwischen Patienten mit kürzerer und längerer Alkoholabhängigkeitsdauer (vgl. Hypothese 11).

Patienten mit höheren Internalitätswerten im FKK zeigten bessere Leistungen auf dem Faktor „Geteilte Aufmerksamkeit“ als diejenigen mit niedrigerer Internalität ($F_{(1/86)}=5.0, p<.05,$

$\omega^2=.04$). Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p=.06$ konnte dieser Faktor trendmässig auch bezüglich der IPC-A-Skala Internalität prospektiv differenzieren ($F_{(1/86)}=3.73$, $\omega^2=.03$). Patienten mit einer komorbiden Depression zeigten sowohl niedrigere Werte auf dem Faktor „Geteilte Aufmerksamkeit“ ($F_{(1/88)}=4.37$, $p<.05$, $\omega^2=.04$) als auch auf der Internalitätsskala im FKK (s. Kapitel 6.6).

Patienten mit höheren Werten auf dem Faktor „Intelligenz“ hatten niedrigere Internalitätswerte sowohl im FKK ($F_{(1/86)}=4.36$, $p<.05$, $\omega^2=.04$) als auch im IPC-A ($F_{(1/86)}=7.15$, $p<.00$, $\omega^2=.07$). Patienten mit niedrigeren Werten auf dem Intelligenzfaktor hatten zudem weniger häufig eine komorbide Depression ($Chi^2=4.73$, $df=1$, $p<.05$).

Der Faktor „Hirnorganizität“ zeigte keinen statistischen Einfluss auf die Kontrollüberzeugungen. Patienten mit höheren Werten auf diesem Faktor zeigten jedoch im Vergleich zu Patienten mit niedrigeren Werten eine deutlich grössere Varianz auf den FKK-Skalen Selbstkonzept eigener Fähigkeiten ($s^2=85.34$ vs. $s^2=48.07$), Internalität ($s^2=43.93$ vs. $s^2=30.01$), sozial bedingte Externalität ($s^2=58.56$ vs. $s^2=35.03$) und fatalistische Externalität ($s^2=60.81$ vs. $s^2=42.94$) sowie auf allen IPC-A-Skalen: Selbstkonzept retrospektiv ($s^2=37.07$ vs. $s^2=26.89$), Selbstkonzept prospektiv ($s^2=14.45$ vs. $s^2=8.43$), Internalität prospektiv ($s^2=13.03$ vs. $s^2=9.49$) und fatalistische Externalität prospektiv ($s^2=20.53$ vs. $s^2=13.99$).

Hypothese 12 muss verworfen werden, da kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen den kognitiven Faktoren und den Externalitätsskalen gefunden wurde.

Insgesamt lässt sich aufgrund dieser Ergebnisse festhalten, dass in der vorliegenden Stichprobe eine Verlangsamung im Visuellen Scanning mit einer längeren Abhängigkeitsdauer und niedrigeren bereichsspezifischen prospektiven Kontrollüberzeugungen (Internalität und Selbstkonzept) einhergeht. Eine niedrigere generalisierte Internalität hängt mit einer schlechteren Leistung im Doppelaufgabenparadigma sowie mit dem Vorhandensein einer komorbiden Depression zusammen. Aber auch Patienten mit höherer verbaler Intelligenz weisen niedrigere generalisierte und bereichsspezifische interne Kontrollüberzeugungen auf.

Als Nächstes interessierten anhand von Varianzanalysen mit Messwiederholung ermittelte Interaktionseffekte zwischen hoher resp. niedriger Ladung auf den kognitiven Faktoren (Mediansplit) und dem Verlauf der Kontrollüberzeugungen bis zur Katamnese.

Für den Faktor der intellektuellen Leistungsfähigkeit fanden sich in den beiden Externalitätsskalen des FKK Interaktionseffekte (*sozial bedingte Externalität*: $F_{(2/38)}=4.05$,

$p < .05$, $\omega^2 = .13$; fatalistische Externalität: $F_{(2/38)} = 3.28$, $df = 2$, $p < .05$, $\omega^2 = .10$). Wie Abbildung 6-8 zeigt, nimmt die soziale Externalität bei Patienten mit niedrigeren Werten auf diesem Faktor während der Behandlung deutlich stärker ab, um danach wieder anzusteigen.

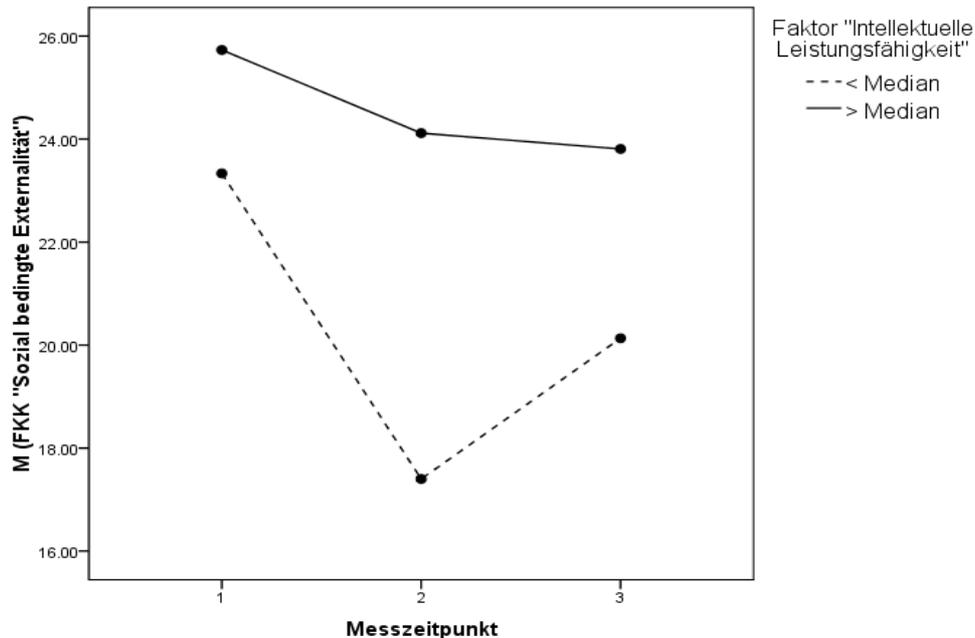


Abbildung 6-8 Verlauf der FKK-Skala sozial bedingte Externalität bei Patienten mit hohen resp. niedrigen Werten auf dem Faktor „Intellektuelle Leistungsfähigkeit“ über die drei Messzeitpunkte (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende; 3=Katamnese)

Einen ähnlichen Verlauf fand sich für die fatalistische Externalität (vgl. Abbildung 6-9). Patienten mit niedrigerer intellektueller Leistungsfähigkeit wiesen bei Behandlungsbeginn eine höhere fatalistische Kontrollüberzeugung auf, die im Verlauf der Hospitalisation deutlich abfiel und bis zur Katamnese relativ stabil blieb. Dagegen veränderte sich der fatalistische Glaube von Patienten mit höherem Intelligenzniveau über die Messzeitpunkte hinweg kaum.

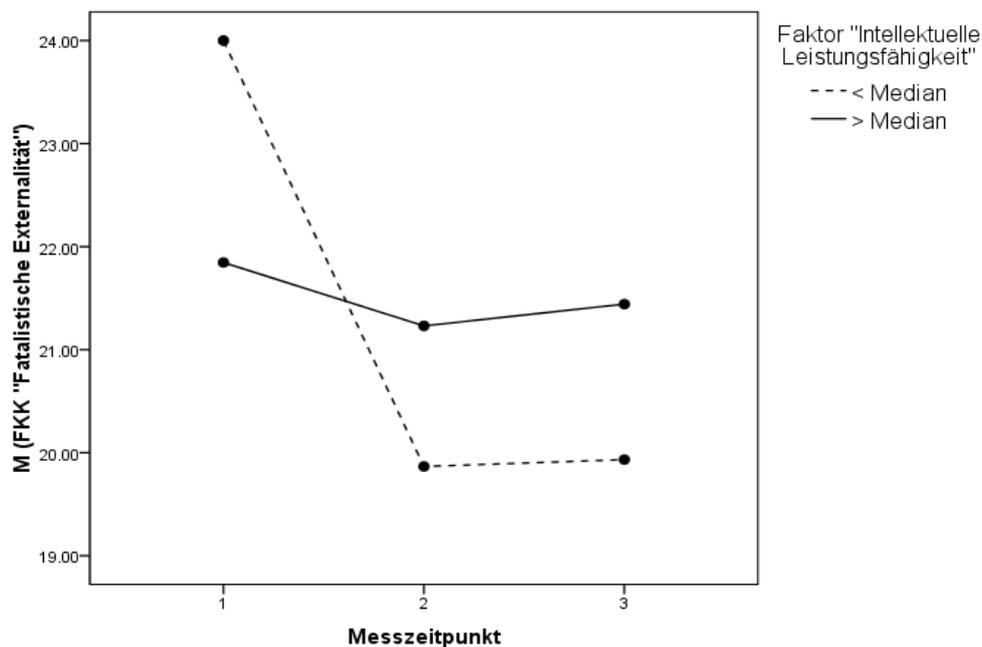


Abbildung 6-9 Verlauf der FKK-Skala fatalistische Externalität bei Patienten mit hohen resp. niedrigen Werten auf dem Faktor „Intellektuelle Leistungsfähigkeit“ über die drei Messzeitpunkte (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende; 3=Katamnese)

6.9 Selbsteinschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit

In diesem Kapitel interessiert zum einen, ob sich rückfällige von abstinenten Patienten in der Selbsteinschätzung ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit unterscheiden. Es wird angenommen, dass rückfällige Patienten ihre Leistung eher überschätzen als abstinente. Zum anderen soll untersucht werden, ob sich Patienten mit hoher resp. niedriger kognitiver Leistungsfähigkeit bezüglich der Selbsteinschätzung differenzieren. Überprüft wird die Hypothese, dass sich Patienten mit niedriger kognitiver Leistungsfähigkeit eher überschätzen. Zudem wird vermutet, dass eine hohe Internalität eher mit einer Überschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit einhergeht.

Die Korrelationskoeffizienten der Selbsteinschätzungsdaten bei T1 und T2 sind Tabelle 12-8 im Anhang B zu entnehmen. Sowohl bei T1 als auch bei T2 korrelieren die Selbsteinschätzungen der einzelnen Tests signifikant positiv bei mittlerer Höhe. Die höchste Korrelation bei T1 besteht mit $r=.62$ zwischen den beiden Aufmerksamkeitstests, bei T2 zwischen der Geteilten Aufmerksamkeit und dem MCST mit $r=.58$. Zwischen T1 und T2 ergaben sich ebenfalls signifikant positive Korrelationen in den Selbsteinschätzungsdaten, die höchsten wiederum zwischen den Aufmerksamkeitstests.

Die Korrelationskoeffizienten zwischen den Leistungstests und den Selbsteinschätzungsdaten für die gesamte Stichprobe sind für T1 in Tabelle 12-9, für T2 in Tabelle 12-10 des Anhangs B dargestellt. Die höchsten positiven Korrelationen konnten für den MCST ermittelt werden (T1: $r=.59$, T2: $r=.63$), gefolgt vom Mehrfachwahl-Wortschatz-Test (T1: $r=.49$, T2: $r=.40$). Da der MCST bei Fehlern eine direkte Rückmeldung gibt, können daraus Rückschlüsse auf die eigene Leistung gezogen werden. Im MWT bekommt der Proband durch die Anzahl der nicht erkannten richtigen Wörter ebenfalls eine indirekte Rückmeldung auf seine Leistung. Beides ist einer adäquaten Selbsteinschätzung dienlich. Am schwierigsten schien die adäquate Einschätzung der eigenen Leistung bezüglich der Reaktionszeiten zu sein, hier fanden sich sowohl in der Geteilten Aufmerksamkeit als auch im Visuellen Scanning die niedrigsten Korrelationen.

Um ein Mass für die Über- resp. Unterschätzung der Leistungsfähigkeit zu erhalten, wurden die Variablen der Leistungstests in eine Reihenfolge von sechs Rängen gebracht, da für die Selbsteinschätzung sechs Antworten zur Verfügung standen (1=sehr schlecht, 2=eher schlecht, 3=schlecht, 4=eher gut, 5=gut, 6=sehr gut). In einem zweiten Schritt wurde für jeden Patient pro Test die Differenz zwischen dem Rang der erreichten Leistung und der Selbsteinschätzung berechnet. Diese Differenzwerte wurden wiederum in eine Reihenfolge von drei Rängen gebracht, so dass Rang 1 eine Unterschätzung, Rang 2 eine adäquate Einschätzung und Rang 3 eine Überschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit bedeutet. Um die Berechnungen übersichtlicher zu gestalten, wurde pro Patient jeweils für die Untersuchung bei T1 und T2 der Mittelwert der je fünf Selbsteinschätzungsränge gebildet. Dieser Mittelwert wurde wiederum in drei Ränge gebracht [1.0-1.5=Unterschätzung (1); 1.6-2.1=adäquate Einschätzung (2); 2.2-3.0=Überschätzung (3)].

Zur Beantwortung der ersten Frage, ob rückfällige Patienten ihre kognitive Leistungsfähigkeit eher überschätzen als abstinente, wurde ein Chi^2 -Test durchgeführt, der einen signifikanten Trend aufwies ($Chi^2=5.74$, $df=2$, $p=.06$). Patienten, die während der Behandlung rückfällig wurden, sind mit einem standardisierten Residuum von -1.6 tendenziell untervertreten im Rang 1 (Unterschätzung).

Hypothese 13, wonach rückfällige Patienten eher zu einer generellen Überschätzung ihrer Leistungsfähigkeit neigten, muss dahingehend umformuliert werden, dass sich Rückfällige tendenziell weniger häufig unterschätzten als abstinente Patienten.

Hypothese 14, die besagt, dass sich Patienten mit niedrigerer kognitiver Leistungsfähigkeit eher überschätzten als diejenigen mit höherer Leistungsfähigkeit, wurde anhand einer univariaten Varianzanalyse mit den vier kognitiven Faktoren als abhängige Variablen (vgl. Kapitel 6.8, Tabelle 6-18) und dem mittleren Selbsteinschätzungsrang als unabhängige Variable überprüft. Die Varianzanalyse wurde signifikant für den Faktor „Hirnorganizität“ ($F_{(2/87)}=24.64, p<.00, \omega^2=.34$), den Faktor „Verlangsamung“ ($F_{(2/87)}=8.57, p<.00, \omega^2=.14$) und den Faktor „Geteilte Aufmerksamkeit“ ($F_{(2/87)}=6.05, p<.00, \omega^2=.10$). Für den Faktor „Intelligenz“ ergab sich ein signifikanter Trend ($F_{(2/87)}=2.50, p<.10, \omega^2=.03$). Da für diese Varianzanalysen die Voraussetzung der Varianzhomogenität verletzt ist, wurde für die Posthoc-Tests der Games-Howell-Test verwendet (s. Tabelle 6-19).

Tabelle 6-19 Posthoc-Tests (Games-Howell) für die Selbsteinschätzungsränge und die vier kognitiven Faktoren

| Variable | SE ^a | M (s) | p (1 vs. 2) | p (1 vs. 3) | p (2 vs. 3) |
|----------------------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Faktor „Hirnorganizität“ | 1 | -.68 (.57) | | | |
| | 2 | .01 (.86) | .00** | .00** | .01* |
| | 3 | .76 (.97) | | | |
| Faktor „Verlangsamung“ | 1 | -.43 (.60) | | | |
| | 2 | -.05 (1.11) | .25 | .00** | .10 |
| | 3 | .54 (1.03) | | | |
| Faktor „Geteilte Aufmerksamkeit“ | 1 | -.34 (.36) | | | |
| | 2 | -.10 (.53) | .13 | .02* | .14 |
| | 3 | .48 (1.54) | | | |

Anmerkungen. ^a Selbsteinschätzungsrang: 1=Unterschätzung ($n=33$), 2=adäquate Einschätzung ($n=28$), 3=Überschätzung ($n=29$).

* $p<.05$, ** $p<.001$.

Patienten, die ihre Leistung generell überschätzten, hatten höhere Werte auf den Faktoren „Hirnorganizität“, „Verlangsamung“ und „Geteilte Aufmerksamkeit“ als Patienten, die ihre Leistungsfähigkeit unterschätzten. Auf dem Faktor „Hirnorganizität“ wiesen Patienten, die sich adäquat einschätzten, höhere Werte auf als Patienten, die sich unterschätzten, jedoch niedrigere als diejenigen, die sich überschätzten. Hypothese 14 kann demnach bestätigt werden.

Hypothese 15 nimmt an, dass Patienten, die sich in ihrer Leistungsfähigkeit überschätzten, über eine höhere Internalität verfügten als diejenigen, die sich unterschätzten. Zur Überprüfung wurden univariate Varianzanalysen mit dem Selbsteinschätzungsrang der jeweiligen

Testwerte als unabhängige Variable und der FKK-Skala Internalität sowie der IPC-A-Skala Internalität prospektiv als abhängige Variablen durchgeführt.

Für die FKK-Skala Internalität ergaben sich signifikante Resultate im Mehrfachwahl-Wortschatz-Test ($F_{(2/89)}=3.72$, $p<.05$, $\omega^2=.06$), im MCST ($F_{(2/91)}=5.85$, $p<.00$, $\omega^2=.09$) und in der Geteilten Aufmerksamkeit (Reaktionszeiten auditiv: $F_{(2/90)}=12.03$, $df=2$, $p<.05$, $\omega^2=.19$), für die IPC-A-Skala Internalität prospektiv im MCST ($F_{(2/91)}=4.02$, $p<.05$, $\omega^2=.06$) und in der Geteilten Aufmerksamkeit (Reaktionszeiten auditiv: $F_{(2/90)}=5.15$, $p<.05$, $\omega^2=.08$).

Die Resultate der Posthoc-Tests nach Scheffé sind in Tabelle 6-20 dargestellt.

Tabelle 6-20 Posthoc-Tests (Scheffé) für die Selbsteinschätzungsränge und die Internalitätsskalen

| FKK Internalität | | | | | | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|----------|--------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Variable | SE^a | n | M (s) | p (1 vs. 2) | P (1 vs. 3) | p (2 vs. 3) |
| Mehrfachwahl-Wortschatz-Test | 1 | 22 | 30.81 (5.65) | | | |
| | 2 | 41 | 31.29 (6.48) | 1.0 | .06 | .14 |
| | 3 | 49 | 34.45 (5.94) | | | |
| MCST | 1 | 30 | 30.03 (6.40) | | | |
| | 2 | 23 | 35.35 (6.24) | .01* | .04* | .60 |
| | 3 | 41 | 33.78 (5.45) | | | |
| Geteilte Aufmerksamkeit: Reaktionszeiten auditiv | 1 | 51 | 33.96 (5.45) | | | |
| | 2 | 14 | 37.57 (5.58) | .11 | .00** | .00** |
| | 3 | 28 | 29.14 (5.89) | | | |
| IPC-A Internalität prospektiv | | | | | | |
| MCST | 1 | 29 | 24.10 (3.48) | | | |
| | 2 | 23 | 25.61 (3.12) | .25 | .02* | .72 |
| | 3 | 42 | 26.29 (3.05) | | | |
| Geteilte Aufmerksamkeit: Reaktionszeiten auditiv | 1 | 50 | 25.84 (3.33) | | | |
| | 2 | 14 | 27.14 (3.11) | .40 | .06 | .01* |
| | 3 | 29 | 24.07 (2.87) | | | |

Anmerkungen. ^a Selbsteinschätzungsrang: 1=Unterschätzung, 2=adäquate Einschätzung, 3=Überschätzung.

* $p<.05$, ** $p<.001$

Bezüglich der FKK-Skala Internalität konnte ein signifikanter Trend dahingehend festgestellt werden, dass Patienten mit niedrigerer Internalität ihre Leistung im Mehrfachwahl-Wortschatz-Test eher unterschätzten. Patienten, die sich im MCST unterschätzten, verfügten über eine signifikant niedrigere Internalität als diejenigen, die sich adäquat ein- oder überschätzten. In der Geteilten Aufmerksamkeit (Reaktionszeiten auditiv) verhält es sich hingegen umgekehrt – Patienten, die sich hier überschätzten, verfügten über eine niedrigere Internalität als

diejenigen, die sich unter- oder adäquat einschätzten. Im Hinblick auf die IPC-A-Skala Internalität prospektiv haben Patienten, die sich im MCST unterschätzten, niedrigere Werte als Patienten, die sich überschätzten. In der Geteilten Aufmerksamkeit (Reaktionszeiten auditiv) haben Patienten, die sich überschätzten, eine niedrigere prospektive Internalität als diejenigen, welche sich adäquat einschätzten.

Aufgrund dieser eher inkonsistenten Befundlage wurden in einer weiteren Analyse Patienten mit einem Rohwert von > 40 auf der FKK-Internalitätsskala ($n=15$) mit den anderen verglichen. Es ergab sich ein signifikanter Trend ($Chi^2=5.41$, $df=2$, $p=.07$): Patienten mit sehr hohen Internalitätswerten tendierten zu einer Überschätzung ihrer Leistungsfähigkeit (standardisiertes Residuum=1.7). Ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen sehr hoher und sehr niedriger (Rohwerte < 27) Internalität und Rückfälligkeit konnte nicht gefunden werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine niedrigere Internalität mit einer Unterschätzung der eigenen Leistungen im Mehrfachwahl-Wortschatz-Test und im Modified Card Sorting Test einherging, eine hohe Internalität hingegen mit einer adäquaten Einschätzung der Leistungen in der Geteilten Aufmerksamkeit. Hypothese 15 kann jedoch annähernd für Patienten mit sehr hohen Internalitätswerten im FKK bestätigt werden.

7 Diskussion

Die vorliegende Untersuchung hatte zum Ziel, Veränderungen in den bereichsspezifischen und generalisierten Kontrollüberzeugungen und der kognitiven Leistungsfähigkeit bei stationär behandelten alkoholabhängigen Patienten zu untersuchen. Auch die Zusammenhänge zwischen Kontrollüberzeugungen und weiteren für den Behandlungsverlauf relevanten Variablen wie psychopathologische Symptombelastung, Behandlungsmotivation, Suchtverlangen und Abhängigkeitsdauer wurden analysiert. Aus den erhobenen Daten sollten Prädiktoren für die Rückfälligkeit während der Behandlung und bis zu einem Jahr danach identifiziert werden. Im Weiteren wurde davon ausgegangen, dass sich eine verminderte kognitive Leistungsfähigkeit nicht nur in ungünstigeren Ausprägungen der Kontrollüberzeugungen niederschlägt, sondern auch in einer inadäquaten Einschätzung der eigenen Leistung in den durchgeführten neuropsychologischen Testverfahren. Beides könnte die unrealistische Wahrnehmung eigener Handlungsmöglichkeiten widerspiegeln, was zu ungünstigeren Behandlungsergebnissen beiträgt. Im Folgenden werden die in Kapitel 6 beschriebenen Ergebnisse in Bezug auf die zuvor formulierten Hypothesen diskutiert, in den theoretischen Rahmen eingeordnet und mit Befunden aus bisherigen Studien verglichen.

7.1 Patientencharakteristika

Die Stichprobe umfasste insgesamt $N=102$ alkoholabhängige Patienten, von denen $n=81$ sowohl zu Beginn als auch am Ende einer durchschnittlich rund zehnwöchigen stationären Behandlung und $n=51$ zusätzlich ein Jahr nach der Behandlung untersucht werden konnten. Die Dropout-Rate von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende betrug somit 20.6% und von Behandlungsende bis zur Ein-Jahres-Katamnese 37%. Die Rücklaufquote zum Katamnesezeitpunkt betrug 50% der gesamten Stichprobe und 63% der zweifach untersuchten Patienten. Zu berücksichtigen ist angesichts dieser Zahlen der Umstand, dass Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen insbesondere für katamnestische Befragungen als eher schwer zu erreichende Klientel gelten. In der vorliegenden Stichprobe befand sich zudem ein kleiner Teil der Patienten nicht freiwillig in stationärer Behandlung, was die Teilnahmebereitschaft vermindert haben könnte.

Bezüglich Alter, Geschlechterverteilung, Komorbiditätsrate und konsumbezogener Variablen handelt es sich um eine repräsentative klinische Stichprobe alkoholabhängiger Patienten. Im

Vergleich zu anderen Studien dürfte der Anteil an Patienten, die über ein Abitur verfügten, mit 21% leicht erhöht sein. Dies könnte an der Institution liegen, da die Privatklinik Meiringen über eine gut etablierte Station für Privatversicherte verfügt, die häufig einen höheren sozioökonomischen Status aufweisen können als Grundversicherte.

Ein Drittel der Patienten wies neben der Alkoholabhängigkeit mindestens eine weitere Substanzstörung auf. Am häufigsten waren ein schädlicher Gebrauch von Cannabis sowie ein polyvalenter Drogenabusus. Bei knapp drei Viertel wurde eine andere komorbide psychiatrische Erkrankung diagnostiziert, allen voran eine Depression, gefolgt von Angst- und Persönlichkeitsstörungen. Da das Problem der Multikomorbidität bei Alkoholabhängigen sehr häufig anzutreffen ist (vgl. Kessler et al., 1994, Robins & Regier, 1991), wurden diese Patienten in die Analysen eingeschlossen. Die praktisch-klinische Relevanz wurde somit höher gewichtet als die Homogenität der Stichprobe, um eine bessere Verallgemeinerung der Ergebnisse zu erzielen.

Im Vergleich zur Normstichprobe verfügten die untersuchten Patienten über durchschnittlich ausgeprägte generalisierte Kontrollüberzeugungen. Im Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1991) konnten weder erhöhte internale noch erhöhte externale Kontrollüberzeugungen festgestellt werden. Bisherige Studien mit mehrdimensionaler Erfassung der Kontrollüberzeugungen fanden bei Alkoholabhängigen mehrheitlich eine erhöhte fatalistische Kontrollüberzeugung (z. B. Wright & Obitz, 1984; Prasadarao & Mishra, 1992). Sowohl bei Behandlungsbeginn als auch am Behandlungsende lag der Mittelwert der generalisierten Internalität über denjenigen der anderen drei Skalen des FKK.

In den bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen waren die Mittelwerte der vorliegenden Stichprobe vergleichbar mit derjenigen aus der Studie von Krampen und Fischer (1988b). Lediglich auf der Skala fatalistische Externalität prospektiv zeigte letztere etwas höhere Werte.

7.2 Veränderungen in den Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen

Im Verlauf der stationären Behandlung nahmen das generalisierte Selbstkonzept und die generalisierte Internalität in der gesamten Stichprobe zu, während sich die generalisierte sozial bedingte und fatalistische Externalität verringerten. Diese Veränderungen entsprechen den Erwartungen, da psychotherapeutische Bemühungen allgemein darauf zielen, dem Patienten Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, den Spielraum für eigenes Handeln zu erweitern und

Kontrolle wiederherzustellen. Auch Eisenmayr (2008) konnte während einer lediglich dreiwöchigen Entzugsbehandlung bereits eine Zunahme im Selbstkonzept und eine Abnahme der sozialen Externalität im FKK bei Alkoholabhängigen beobachten. Eine Zunahme der Internalität während der Behandlung konnte auch bei den von Abbott (1984) untersuchten Alkoholikern festgestellt werden. Auf das in diesem Zusammenhang auftauchende Problem der sozialen Erwünschtheits- und Hospitalisationseffekte wird weiter unten eingegangen.

Im Hinblick auf die bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen, gemessen mit dem IPC-A von Krampen und Fischer (1988b), ergab sich im Behandlungsverlauf hypothesenkonform eine signifikante Zunahme in der prospektiven Internalität bei gleichzeitiger Verringerung des prospektiven Fatalismus. Während der Therapie wird demnach die Überzeugung, das Alkoholproblem dank eigener Anstrengungen überwinden zu können, gestärkt und der Glaube an Pech oder Glück bezüglich des Behandlungserfolgs vermindert. Insgesamt bleiben die bedeutsamen Veränderungen in den generalisierten und bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen der gesamten Stichprobe auf die Zeit der Behandlung beschränkt.

Weitere Analysen mit dem Mediansplit der FKK- und IPC-A-Skalen zeigten, dass die Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen in die gewünschte Richtung nur bei denjenigen Patienten eintraten, die bei Behandlungsbeginn über eher ungünstigere Ausprägungen verfügten. Sie näherten sich im Verlauf der Therapie den Patienten mit anfänglich günstigeren Ausprägungen an. Eine Ausnahme bildet das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, das bei allen Patienten im Verlauf anstieg.

Das Ergebnis entspricht den Erwartungen, wonach insbesondere diejenigen Patienten von der Therapie profitieren sollen, die über einen ungünstigeren Kontrollüberzeugungsstil verfügen. Eher kontraproduktiv wäre beispielsweise die Erhöhung der Internalität bei bereits anfänglich sehr internalen Patienten, da eine überhöhte Internalität, so auch in dieser Stichprobe, oft mit Selbstüberschätzungstendenzen in Verbindung gebracht werden kann. Für den Befund könnten jedoch – nebst den weiter unten diskutierten Hospitalisations- und sozialen Erwünschtheitseffekten – auch der mangelnde Differenzierungsgrad der Fragebogenskalen in den hohen resp. niedrigen Wertebereichen und die für Fragebogenverfahren bekannte Antworttendenz zur Mitte verantwortlich sein.

7.3 Unterschiede zwischen rückfälligen und abstinenten Patienten

Ein Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit war die Frage nach Prädiktoren des Behandlungserfolgs und Variablen, die in Zusammenhang mit Rückfälligkeit stehen. Für diese Analysen wurden einerseits Patienten mit und ohne Rückfälle während der Behandlung sowie Patienten mit und ohne Rückfälle von Behandlungsbeginn bis zur Ein-Jahres-Katamnese miteinander verglichen. Aus Gründen der methodischen Klarheit wurde Rückfälligkeit als Wiederaufnahme jeglichen Alkoholkonsums nach Beginn der Behandlung gewertet.

Ein Drittel der in die Studie eingeschlossenen Patienten wurde bereits während der Behandlung rückfällig. Von den katamnestisch untersuchten Patienten gelang es einem Drittel, abstinent zu bleiben. Wird der DGSS-Katamnesestandard 4 angewendet, wonach alle Patienten als rückfällig gelten, von denen keine Angaben vorliegen, verminderte sich der Anteil Abstinenter gar auf 15%. Diese Zahlen sind bedeutend kleiner als in bisherigen Katamneseuntersuchungen, in denen von einem Anteil Abstinenter von ungefähr 50% bis ein Jahr nach erfolgter Entwöhnungsbehandlung ausgegangen wird (vgl. Kufner & Feuerlein, 1986; Missel et al., 1997; Roghmann & Lüdtke, 1991). Sie entsprechen eher der Rückfallrate nach einer dreiwöchigen Entzugsbehandlung, wonach 84% im ersten Jahr rückfällig wurden (Veltrup, 1995; Bechert et al., 1989).

Aussagen über die Gründe, weshalb in der vorliegenden Stichprobe der Anteil Rückfälliger derart hoch ist, können nur mit grosser Vorsicht gemacht werden. Tatsächlich war die Behandlungsdauer unterschiedlich lang. Sie betrug im Mittel zehn Wochen. Nicht jeder Patient absolvierte demnach eine mehrmonatige Entwöhnungsbehandlung, so dass in einzelnen Fällen nur von einer Entzugsbehandlung gesprochen werden kann. Die Stichprobe schloss ausserdem Patienten ein, die sich im Rahmen eines fürsorgerischen Freiheitsentzugs und nicht freiwillig in der Klinik befanden. Ebenfalls könnte auch die im Vergleich zu spezialisierten Kliniken eher geringere *psychotherapeutische* Ausrichtung der Institution auf Abhängigkeitskrankheiten verantwortlich sein, insbesondere was störungsspezifische Gruppenangebote betrifft. Schliesslich fällt auf, dass nur sehr wenige Patienten nach der Behandlung ein spezialisiertes Nachsorgeangebot wahrnahmen. Die grosse Bedeutung von Selbsthilfegruppen in der Aufrechterhaltung der Abstinenz konnte in einer Studie von Bottlender und Soyka (2005b) nachgewiesen werden.

Bezüglich der Patientenmerkmale unterschieden sich rückfällige und abstinente Patienten in der Behandlungsdauer, der Abhängigkeitsdauer und den Veränderungen am Arbeitsplatz. Die

längere Hospitalisationsdauer der Rückfälligen kann mit grösster Wahrscheinlichkeit auf die Rückfälle selber zurückgeführt werden, die eine längere Verweildauer in der Klinik zur Folge hatten. Interessanterweise verfügten rückfällige Patienten über eine kürzere Abhängigkeitsdauer als abstinente. Die chronischeren Abhängigen konnten somit eher abstinent bleiben, obwohl sie bei Behandlungsbeginn eine niedrigere prospektive Internalität und einen höheren prospektiven Fatalismus im IPC-A aufwiesen als weniger chronische. Möglicherweise haben sie bereits häufiger die negative Erfahrung gemacht, wieder rückfällig geworden zu sein und sind deshalb in ihren Einschätzungen vorsichtiger. Nach dem Modell von Prochaska et al. (1992) müssen die Stadien der Veränderung häufig mehrmals durchlaufen werden, bis eine länger dauernde Abstinenz erreicht werden kann.

Ein anderer Grund könnte darin liegen, dass sich in der Gruppe der Rückfälligen mehr Patienten mit komorbider Depression befanden. Depressive Alkoholabhängige verfügten in der vorliegenden Stichprobe nebst stärkerem Suchtverlangen auch über deutlich ungünstigere Ausprägungen sowohl in den generalisierten als auch in den bereichsspezifischen Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen. Ein wenig selbstwertdienlicher Kontrollüberzeugungsstil und eine depressive Symptomatik beeinflussen sich dabei gegenseitig (Forgas & Locke, 2005). Das Vorliegen einer komorbiden Depression dürfte somit mehr zu Rückfällen beigetragen haben als die Dauer der Abhängigkeit. Auch im Review von Walter und Dearing (2006) stand das Vorliegen einer komorbiden Depression mit höheren Rückfallraten in Zusammenhang. Connors et al. (1996) fanden ebenfalls positive Korrelationen zwischen depressiver Symptomatik, Suchtverlangen und Trinkmenge.

Während der Behandlung rückfällig gewordene Patienten hatten erwartungsgemäss auch mehr berufliche Probleme. Sie waren häufiger von einem Verlust des Arbeitsplatzes bedroht oder hatten diesen sogar bereits verloren. Im Vergleich zu abstinenten Patienten wiesen sie bei Behandlungsbeginn eine höhere Symptombelastung im BSI, ein niedrigeres Selbstkonzept, eine niedrigere Internalität und einen erhöhten Fatalismus im FKK, ein niedrigeres prospektives Selbstkonzept im IPC-A sowie ein höheres Suchtverlangen auf. Sie waren also insgesamt psychisch deutlich belasteter und verfügten über weniger günstige Ausprägungen sowohl in den generalisierten als auch bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen. Wie oben bereits erwähnt, litten sie in Übereinstimmung damit häufiger an einer komorbiden depressiven Erkrankung.

Bis zum Behandlungsende glichen sich die Unterschiede im FKK bis auf das nach wie vor niedrigere Selbstkonzept bei den Rückfälligen wieder aus. Es ergaben sich allerdings im IPC-A Differenzen in drei von vier Skalen: Rückfällige Patienten hatten am Ende der Behandlung niedrigere Werte im prospektiven Selbstkonzept und in der prospektiven Internalität sowie höhere Werte im prospektiven Fatalismus. Bei Letzterem stellte sich gar ein signifikanter Interaktionseffekt ein, indem abstinente Patienten während der Behandlung eine deutliche Abnahme, rückfällige Patienten hingegen eine Zunahme aufwiesen.

Möglicherweise könnte die zumindest teilweise eingetretene Remission der komorbiden depressiven Störung im Lauf der Behandlung bei den Rückfälligen für die günstigen Veränderungen in den generalisierten Kontrollüberzeugungen verantwortlich sein. Die Erfahrung hingegen, auch unter den strukturierten Bedingungen der Therapie die Abstinenz nicht aufrechterhalten zu können, liessen die Zuversicht, das Alkoholproblem überwinden zu können, verringern. Der fatalistische Glauben an Pech oder Glück nahm zu, was sich in den deutlichen Unterschieden in den bereichsspezifischen Kontrollorientierungen niederschlägt.

In einigen Studien konnte während stationärer Behandlung eine stärkere Zunahme der Abstinenzzuversicht bei später abstinenten Alkoholabhängigen im Vergleich zu rückfälligen festgestellt werden (Burling et al., 1989; DiClemente et al., 2001; Solomon & Annis, 1990). In anderen Studien fand sich bei den Abstinenten hingegen ein geringerer Anstieg der Abstinenzzuversicht (Schneider et al., 2002). Diese Inkonsistenz wird einerseits auf methodische Probleme, andererseits auf zu hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bei Rückfälligen zurückgeführt.

Zum Zeitpunkt der Ein-Jahres-Katamnese wurden die Unterschiede zwischen rückfälligen und abstinenten Patienten besonders deutlich. Ausser im retrospektiven Selbstkonzept ergaben sich für alle Skalen des FKK und des IPC-A signifikante hypothesenkonforme Differenzen. Die während der Behandlung eingetretenen positiven Veränderungen im FKK bei den Rückfälligen hielten über den Katamnesezeitraum nicht an. Dies stand in Zusammenhang mit einer erneuten Zunahme der psychopathologischen Belastung im BSI nach der Behandlung.

Der Versuch, die Skalen der Fragebögen bei Behandlungsbeginn auf wenige Faktoren zu reduzieren, ist gelungen. Es wurden folgende vier Faktoren extrahiert: 1) der Faktor „Internalität“ (positive Ladungen der FKK-Skala Internalität, der IPC-A-Skalen Selbstkonzept prospektiv und Internalität prospektiv, der EFB-Skalen Krankheitseinsicht und Behandlungsmotive sowie der Indikatorvariable Behandlungsbereitschaft), 2) der Faktor

„Externalität“ (positive Ladungen der FKK-Skalen sozial bedingte und fatalistische Externalität, des BSI und der EFB-Skala Behandlungsmotive, negative Ladungen der FKK-Skalen Selbstkonzept und Internalität sowie der IPC-A-Skala Selbstkonzept retrospektiv), 3) der Faktor „Suchtverlangen“ (positive Ladungen beider OCDS-G-Skalen und der EFB-Skala Krankheitseinsicht, negative Ladung der IPC-A-Skala Selbstkonzept retrospektiv) und 4) der Faktor „Fatalismus“ (positive Ladungen der FKK-Skala fatalistische Externalität und der IPC-A-Skala fatalistische Externalität prospektiv).

Von diesen vier Faktoren konnten der Faktor „Internalität“ und der Faktor „Externalität“ signifikant zwischen rückfälligen und abstinenten Patienten unterscheiden: Je stärker die Überzeugung, wichtige Ereignisse im Leben selber kontrollieren zu können und in der Lage zu sein, das Alkoholproblem aus eigener Anstrengung überwinden zu können, umso eher gelang die Aufrechterhaltung der Abstinenz während der Therapie. Damit einher ging eine hohe Behandlungsmotivation. Hingegen führten die Überzeugung, dass vieles im eigenen Leben von mächtigen Dritten oder vom Schicksal abhängt, eine niedrige Kompetenzüberzeugung sowie eine hohe psychopathologische Symptombelastung zu einem ungünstigeren Behandlungsergebnis. Das Vorliegen von mehrheitlich generalisierten externalen Kontrollüberzeugungen zu Beginn der Behandlung konnte auch ein Jahr nach der Behandlung tendenziell zwischen abstinenten und rückfälligen Patienten unterscheiden, sofern die Nichtantworter als rückfällig eingestuft wurden.

Dieser Befund stimmt mit Studien überein, die eine höhere Internalität mit Behandlungserfolg in Verbindung bringen. Gemäss Krampen und Nispel (1983) erhöhen sowohl eine stärkere interne Kontrollüberzeugung als auch eine geringere fatalistische Externalität den Therapieerfolg. Auch Koski-Jännes (1994) stellte fest, dass interne Alkoholabhängige die Abstinenz nach der Behandlung länger aufrechterhalten konnten, eine niedrigere Alkoholmenge und während kürzerer Zeit konsumierten als externe. Bollman (1997) stellte bei länger abstinenten Alkoholikern ebenfalls internalere Kontrollüberzeugungen fest, allerdings nur, wenn diese bereichsspezifisch gemessen wurde.

In der vorliegenden Untersuchung wirkte sich sowohl eine generalisierte als auch eine bereichsspezifische interne Kontrollüberzeugung zumindest für die Aufrechterhaltung der Abstinenz während der Behandlung günstig aus. Internale Kontrollüberzeugungen standen ausserdem mit einer hohen Krankheitseinsicht, einer hohen Behandlungsbereitschaft sowie vielen Behandlungsmotiven in Zusammenhang. Patienten mit generalisierten externalen

Kontrollüberzeugungen wurden hingegen nicht nur während der Behandlung eher rückfällig, sondern ebenfalls bis zu einem Jahr danach. Sie waren zudem psychisch deutlich belasteter.

In verschiedenen Untersuchungen wird darauf hingewiesen, dass der Vorhersagewert der Internalität und der Selbstwirksamkeit für ein positives Behandlungsergebnis einen umgekehrt u-förmigen Verlauf einnimmt, wonach sich sowohl eine zu niedrige als auch eine zu hohe Ausprägung dieser Variablen nachteilig auswirkt (z. B. Demmel et al., 2006; Goldbeck et al., 1997; Krampen, 1985). In beiden Fällen wird eine mangelhafte Einschätzung der eigenen Fähigkeiten angenommen. In der vorliegenden Stichprobe unterschieden sich Patienten mit sehr hoher Internalität im FKK (Rohwert > 40) in ihrer Rückfälligkeit nicht von Patienten mit niedrigeren Internalitätswerten. Dies könnte – unter Vorbehalt der mit $n=15$ eher geringen Patientenanzahl mit derart hoher Internalität – ein Hinweis darauf sein, dass die Höhe eines prognostisch günstigen Internalitätswerts begrenzt ist.

Sowohl bei den rückfälligen als auch bei den abstinenten Patienten stiegen das Selbstkonzept und die Internalität im FKK sowie die prospektive Internalität im IPC-A während der Behandlung an, während beide Externalitätsskalen im FKK abnahmen. Die prospektive, fatalistische Externalität im IPC-A nahm hingegen bei den abstinenten Patienten im Behandlungsverlauf leicht zu, während sie bei den rückfälligen deutlich abnahm. Nach der Behandlung ist jedoch ein umgekehrter Verlauf – bei den Abstinente eine Abnahme und bei den Rückfälligen eine Zunahme des prospektiven Fatalismus – beobachtbar. Auch bezüglich der generalisierten sozial bedingten Externalität zeigte sich ein ähnlicher Interaktionseffekt, indem diese bei den rückfälligen Patienten während der Behandlung stärker abnahm als bei den abstinenten, um danach wieder anzusteigen. Die abstinenten Patienten zeigten hier eine, wenn auch weniger deutliche Abnahme über alle drei Messzeitpunkte.

Zur Erklärung dieser bemerkenswerten Interaktionseffekte können unterschiedliche Interpretationen herangezogen werden. Die therapeutische Bearbeitung von Rückfällen während der Therapie könnte zu einer Abnahme der Verantwortungsdelegation nach aussen geführt haben. Die Entstehung von Rückfällen wird weniger als Frage des Schicksals oder der äusseren Umstände denn als Frage der eigenen Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten gesehen.

Übereinstimmend damit nehmen sowohl das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, die generalisierte als auch die bereichsspezifische Internalität während der Behandlung zu. Dabei scheint es sich jedoch lediglich um kurzfristige Effekte zu handeln, da sie nicht über das Behandlungsende hinaus anhalten. Die positiven Veränderungen von rückfälligen Patienten während

der Behandlung könnten demnach auch durch Hospitalisationseffekte resp. um Effekte der sozialen Erwünschtheit zustande gekommen sein. Äusserungen vom therapeutischen und pflegerischen Personal, aber auch von Mitpatienten, die an die eigene Verantwortlichkeit appellieren, werden mehr oder weniger unreflektiert übernommen, ohne sie auf der Handlungsebene umzusetzen. Bereits Krampen und Fischer (1988a, b) wiesen darauf hin, dass Veränderungen während der Therapie nicht unbedingt den Behandlungserfolg widerspiegeln, sondern hier oftmals soziale Erwünschtheits- und Hospitalisationseffekte eine Rolle spielen (s. unten). Aber auch die negative Erfahrung des erneuten Scheiterns im Alltag trotz erfolgter Therapie – und trotz therapeutischer Bearbeitung der während der Behandlung eingetretenen Rückfälle – könnten der Hilflosigkeit und dem fatalistischen Denken wieder Vorschub geleistet haben.

Interessanterweise findet sich bei den zur Ein-Jahres-Katamnese abstinenten Patienten eine deutliche Abnahme sowohl in der generalisierten als auch in der bereichsspezifischen fatalistischen Kontrollüberzeugung erst nach der Behandlung. Die Erfahrung, Risikosituationen im Alltag ohne Alkohol meistern zu können, und damit wiederholte positive Erfahrungen auf der konkreten Handlungsebene führten zu einer rapiden Abnahme im fatalistischen Denken bezüglich der Überwindung des Alkoholproblems. Dies schien auf der hierarchisch höheren Ebene der generalisierten Kontrollüberzeugungen eine ebenfalls länger anhaltende günstige Veränderung bezüglich der fatalistischen Orientierung bewirkt zu haben. Diese Befunde stimmen sehr gut mit den Annahmen des kognitiven Generalisierungslernens im Bereich von Erwartungen überein, wie sie im handlungstheoretischen Partialmodell von Krampen (1988, 2000) postuliert werden.

7.4 Prädiktoren für die Abstinenz

Von den erhobenen Variablen bei Behandlungsbeginn liess sich lediglich eine als Prädiktor für die Abstinenz zum Katamnesezeitpunkt identifizieren: Das prospektive Selbstkonzept des IPC-A. Je höher das prospektive Selbstkonzept bei Behandlungsbeginn, umso grösser war die Wahrscheinlichkeit, ein Jahr nach der Behandlung immer noch abstinent zu sein.

Beim prospektiven Selbstkonzept des IPC-A handelt es sich um (bereichsspezifische) Situations-Handlungs-Erwartungen, dass die Behandlung gelingen wird und zukünftige Belastungs- und Risikosituationen ohne Alkohol bewältigt werden können. Es entspricht weitgehend dem Konzept der Selbstwirksamkeit nach Bandura (1977). Letztere nimmt im sozial-kognitiven Rückfallmodell von Marlatt und Gordon (1985) eine Schlüsselrolle ein. Die bereichsspezifische

sche Selbstwirksamkeit hat sich in vielen bisherigen Studien als einziger und stärkster Prädiktor für die Abstinenz herausgestellt. Bei Moos und Moos (2006) trug sie signifikant zur Vorhersage der Abstinenz bis zu 16 Jahre nach einer Behandlung bei. In einer Studie von Zingg et al. (2008) war sie stärkster Prädiktor für die Zweijahres-Abstinenz, allerdings nur für die Patientengruppe mit kürzerer Hospitalisationszeit. Auch viele andere Studien belegen, dass später abstinente Alkoholabhängige eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen als rückfällige (Allsop et al., 2000; Demmel et al., 2001; Fäh et al., 1991; Goldbeck et al., 1997; Maisto et al., 1998; Rychtarik et al., 1992; Schindler & Körkel, 1995).

Einige Untersuchungen zeigen, dass später abstinente Patienten während einer stationären Behandlung eine stärkere Zunahme in der Abstinenzzuversicht aufweisen als rückfällige (Burling et al., 1989; DiClemente et al., 2001; Solomon & Annis, 1990). Andere Untersuchungen fanden gegenteilige Befunde, nämlich einen geringeren Anstieg der Abstinenzzuversicht bei den Abstinenten (Schneider et al., 2002). In der vorliegenden Stichprobe konnte weder bei den rückfälligen noch bei den abstinenten einen signifikanten Anstieg im bereichsspezifischen prospektiv ausgerichteten Selbstkonzept von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende gefunden werden.

In der varianzanalytischen Berechnung vermochte ebenfalls die Behandlungsmotivation zu Beginn der Behandlung trendmässig zwischen abstinenten und rückfälligen Patienten zum Zeitpunkt der Ein-Jahres-Katamnese zu unterscheiden. Dies waren namentlich die Skala Krankheitseinsicht sowie die Indikatorvariable für die Behandlungsbereitschaft. Ein hohes Störungsbewusstsein und die Bereitschaft, sich von anderen helfen zu lassen in Verbindung mit einer hohen Zuversicht, das Alkoholproblem überwinden zu können, stellten in der vorliegenden Stichprobe die Variablen mit der stärksten Vorhersagekraft für die Abstinenz ein Jahr nach Behandlungsende dar.

Die erhobenen Variablen bei Behandlungsende besaßen hingegen keinerlei prädiktiven Wert für die Abstinenz ein Jahr nach Behandlung. Die Gründe hierfür könnten zum einen die erwähnten sozialen Erwünschtheits- und Hospitalisationseffekte sein, die bereits bei Krampen und Fischer (1988a, b) problematisiert wurden. Vorhaltungen und personbezogene Schuldzuweisungen für die Erkrankung treten bei Alkoholabhängigen in stationären Einrichtungen häufig auf. Sowohl von Seiten der professionellen Behandler als auch von den Patienten selbst werden die Genese und damit implizit auch die Aufrechterhaltung des Alkoholproblems person-intern attribuiert. Die Übernahme dieser Einstellungen könnte zu den günstigen

Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen während der Behandlung geführt haben. Bereits Rotter (1975) machte auf dieses Problem aufmerksam: „[...] they have been told so many times and by so many people that their cure is „up to them” that they have fully recognized that this is the attitude they are supposed to present to the staff when they are trying to appear cooperative in a treatment program, either in an institution or as an outpatient.” (S. 62).

Aber auch Selbsttäuschungseffekte im Sinne einer überoptimistischen Zuversicht, in der Lage zu sein, ein abstinentes Leben zu führen, könnten für die mangelnde Vorhersagekraft der Kontrollüberzeugungen am Behandlungsende verantwortlich sein. Die Erfahrung von zwei Dritteln der Patienten, eine mehrwöchige Therapie ohne Rückfall gemeistert zu haben, könnte sich einerseits in einer Überschätzung der eigenen Kontrollmöglichkeiten, andererseits auch in einer Unterschätzung der Risikosituationen im gewohnten Umfeld niederschlagen (Körkel, 2001). Aber häufig korrigieren auch Rückfällige ihre Selbstwirksamkeitserwartungen entsprechend der negativen Erfahrung nicht nach unten und weisen weiterhin überoptimistische Einstellungen auf, wie in verschiedenen Untersuchungen gezeigt werden konnte (z. B. Demmel, Rist & Olbrich, 2001; Maisto, McKay & O'Farrell, 1998). Margolis (1993) fand bei Patienten mit negativem Therapieergebnis eine höhere Selbstwirksamkeit und eine höhere Internalität bei gleichzeitig höheren Werten bezüglich Selbsttäuschung und sozialer Erwünschtheit.

Ein weiterer Grund könnte auch in der Dropout-Rate und damit in einer zu geringen Stichprobengrösse zum Katamnesezeitpunkt liegen. Festgehalten werden muss allerdings, dass bedeutsame Zusammenhänge zwischen den Kontrollüberzeugungen am Ende der Behandlung und der Dauer der längsten Abstinenzperiode im Jahr nach der Behandlung gefunden werden konnten. Je niedriger die generalisierte fatalistische Kontrollüberzeugung und je höher das retrospektive Selbstkonzept, desto länger dauerte die längste Abstinenzperiode.

7.5 Der Einfluss von Behandlungsmotivation und Suchtverlangen

Eine weitere Hypothese betraf die Annahme, dass eine höhere Behandlungsmotivation, d. h. höhere Werte in den Skalen des EFB eine höhere Veränderungsbereitschaft signalisieren, was sich in entsprechend grösseren Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen während der Behandlung niederschlagen könnte.

Tatsächlich zeigten Patienten mit mehr Behandlungsmotiven anfänglich eine höhere generalisierte fatalistische Kontrollüberzeugung, die jedoch im Verlauf deutlicher abnahm als bei Patienten mit weniger Behandlungsmotiven. Diesem Befund entsprechend zeigten Patienten mit mehr Behandlungsmotiven bei Behandlungsbeginn ein niedrigeres generalisiertes Selbstkonzept, das im Verlauf markanter anstieg. Für diesen Interaktionseffekt wurde jedoch nur eine trendmässige Signifikanz festgestellt, so dass bei der Interpretation Vorsicht geboten ist. Ebenfalls verfügten Patienten mit höherer Krankheitseinsicht über eine höhere generalisierte fatalistische Kontrollüberzeugung, die sich über die Zeit deutlicher verminderte als bei Patienten mit niedrigerer Krankheitseinsicht. Auch hier muss bei der Interpretation die lediglich trendmässige Signifikanz berücksichtigt werden. Schliesslich wiesen Patienten mit niedrigerer Behandlungsbereitschaft zu Beginn ein niedrigeres prospektives Selbstkonzept auf, das einen deutlicheren Anstieg während der Behandlung erfuhr als bei Patienten mit höherer Behandlungsbereitschaft.

Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten mit höheren Werten auf den Skalen Behandlungsmotive und Krankheitseinsicht über anfänglich ungünstigere Ausprägungen in den generalisierten Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen verfügten. Im Lauf der Behandlung veränderten sie sich jedoch deutlicher in die gewünschte Richtung als Patienten mit niedrigeren EFB-Skalenwerten. Eine Ausnahme bildet die Skala Behandlungsbereitschaft, auf der Patienten mit niedrigeren Werten über ein anfänglich niedrigeres prospektives Selbstkonzept verfügten, das sich ebenfalls im Lauf der Behandlung stärker in die gewünschte Richtung veränderte als bei weniger behandlungsbereiten Patienten.

Die Zusammenhänge zwischen der Behandlungsmotivation und den Kontrollüberzeugungen sind mehrheitlich erwartungskonform. Patienten, die sich weniger zutrauen, in Zukunft ein abstinentes Leben führen zu können, sind weniger bereit, sich in Behandlung zu begeben und von anderen helfen zu lassen. Je geringer das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, d. h. je kleiner die Erwartung, in verschiedenen Situationen über genügend Handlungsalternativen zu verfügen, umso mehr Behandlungsmotive liegen vor. Es scheint, als ob drohende oder bereits eingetretene körperliche und soziale Verluste die Wahrnehmung eigener Handlungsmöglichkeiten einschränken. Auch der umgekehrte Fall wäre denkbar, indem ein niedriges Selbstkonzept den Patienten zunächst die Wahrnehmung von Handlungsalternativen raubt, so dass auf negative Ereignisse nicht flexibel genug reagiert werden kann.

Auch Krampen und Fischer (1988b) stellten positive Korrelationen zwischen dem prospektiven Selbstkonzept im IPC-A und der Behandlungsbereitschaft sowie der Krankheitseinsicht im EFB fest. Ebenfalls fanden sie einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen einem niedrigen retrospektiven Selbstkonzept und vielen Motiven für eine Behandlung.

Zwischen den markanten Veränderungen während des Behandlungsverlaufs und der Aufrechterhaltung der Abstinenz über den Katamnesezeitraum konnte jedoch wiederum kein Zusammenhang gefunden werden. Wie oben bereits erwähnt, war lediglich die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen bei Behandlungsbeginn prädiktiv für die Abstinenz und nicht diejenigen am Behandlungsende. Insofern dürften auch bei den hier festgestellten Veränderungen während der Behandlung soziale Erwünschtheits- und Hospitalisationseffekte im Sinne einer vordergründigen Anpassung an die Haltung von Therapeuten und Mitpatienten eine grosse Rolle spielen.

Ein bedeutender Zusammenhang wurde für die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und der Stärke des Suchtverlangens bei Behandlungsbeginn gefunden: Patienten mit hohem Suchtverlangen verfügten sowohl bezüglich der generalisierten als auch der bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen über ungünstigere Ausprägungen. Sie hatten auch eine höhere Krankheitseinsicht und mehr Behandlungsmotive als Patienten mit niedrigerem Craving. Hohe Werte auf der OCDS-G-Skala Gedanken, d. h. eine häufige und intensive gedankliche Beschäftigung mit Alkohol, führte ausserdem häufiger zu Rückfällen während der Behandlung. Gemäss Davies (1992) wird Craving von Abhängigen als personinterner Faktor wahrgenommen, dem jedoch nicht widerstanden werden kann. Craving wird zwar innerhalb der eigenen Person angesiedelt, jedoch ausserhalb der eigenen Kontrolle, was Gefühle des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit entstehen lässt. Diese negativen Emotionen können sich in stimmungskongruenten Kognitionen niederschlagen, namentlich in einer höheren Externalität und einer niedrigeren Internalität (Maddux, 1995). Der daraus entstehende Leidensdruck steht in der vorliegenden Stichprobe mit einer höheren Krankheitseinsicht in Zusammenhang.

Der bedeutsame Einfluss von Craving auf die Rückfälligkeit wurde in der Therapieforschung schon seit längerer Zeit erkannt. Die Wirksamkeit von Anticraving-Substanzen wie beispielsweise Naltrexon ist belegt (Rösner et al., 2008). In Kombination mit verhaltenstherapeutischen Strategien wie der *cue exposure*-Therapie oder dem *coping skills*-Training ergeben sich vielversprechende Ansätze für die Rückfallprävention (vgl. Monti & Rohsenow, 1999).

7.6 Kognitive Leistungsfähigkeit und Kontrollüberzeugungen

Sowohl zu Beginn als auch am Ende der Behandlung lagen die durchschnittlichen Werte der gesamten Stichprobe in allen fünf Leistungstestverfahren im Normbereich. Im Verlauf verbesserten sich die Leistungen im räumlichen Vorstellungsvermögen (Mosaiktest), in den Exekutivfunktionen, der Problemlöse- und Abstraktionsfähigkeit (MCST) und in der Aufmerksamkeit. Dies betrifft Bereiche, in denen alkoholassoziierte Leistungsverminderungen zu erwarten sind, die sich nach mehrwöchiger Abstinenz zurückbilden (Fein et al., 2006; Lezak Deutsch, 1995; Pritzel & Markowitsch, 1997; Soyka, 1999; Steingass, 1994).

Aufgrund der zweimaligen Vorgabe derselben Tests können Übungseffekte nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Patienten, die über die gesamte Behandlungszeit abstinent blieben, verbesserten sich jedoch im Mosaiktest, in der Geteilten Aufmerksamkeit sowie im Visuellen Scanning mehr als die rückfälligen Patienten. Insofern kann die Leistungsverbesserung hauptsächlich auf die zwischenzeitliche Abstinenz zurückgeführt werden. Nebst der Abstinenzdauer ist jedoch das Ausmass der Verbesserungen stark abhängig von individuellen Faktoren wie Alter, Abhängigkeitsdauer, somatischen Begleiterkrankungen und weiteren dispositionellen Merkmalen (Beatty et al., 2000; Rourke & Grant, 1999). In der vorliegenden Stichprobe konnten keine Unterschiede in der Leistungsverbesserung zwischen Patienten mit kürzerer und längerer Abhängigkeitsdauer gefunden werden. Der Kontinuitätshypothese zufolge wäre dies zu erwarten gewesen. Sie geht erstens davon aus, dass sich mit der Länge der Konsumdauer die kognitive Leistungsfähigkeit zunehmend verschlechtert und zweitens, dass sich die kognitiven Defizite bei länger dauernder Abstinenz kontinuierlich wieder zurückbilden können (Heu, 2007; Pritzel & Markowitsch, 1997). In der vorliegenden Untersuchung war allerdings das Intervall zwischen Erst- und Zweitmessung unterschiedlich lang, so dass allfällige Unterschiede in der Restitutionsgeschwindigkeit nicht eruierbar waren.

Patienten mit polyvalenter Substanzabhängigkeit konnten ihre Leistung im Mosaiktest und in der Geteilten Aufmerksamkeit tendenziell mehr steigern als Patienten mit reiner Alkoholabhängigkeit. Letztere erbrachten jedoch bereits bei Behandlungsbeginn bessere Leistungen im Mosaiktest. Bei der statistischen Kontrolle des Alters zeigte sich, dass der Unterschied in der Geteilten Aufmerksamkeit verschwand. Die Leistungsverbesserung in diesem Test kann somit auf das jüngere Alter der Mehrfachabhängigen und auf die insofern schnellere Restitutionsfähigkeit zurückgeführt werden.

Mittels einer Faktorenanalyse gelang die Extraktion von vier relativ leicht interpretierbaren kognitiven Faktoren bei Behandlungsbeginn. Der erste Faktor widerspiegelt hirnganisch bedingte Minderleistungen, der zweite die Verlangsamung im Visuellen Scanning, der dritte die Geteilte Aufmerksamkeit und der vierte das allgemeine Intelligenzniveau.

Zwischen der kognitiven Leistungsfähigkeit und den Kontrollüberzeugungen bei Behandlungsbeginn konnten bedeutsame Zusammenhänge gefunden werden. Patienten mit schlechteren Leistungen im Visuellen Scanning und in der Geteilten Aufmerksamkeit sowie Patienten mit höherer intellektueller Leistungsfähigkeit haben weniger Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten. Diese Befunde dürften damit zusammenhängen, dass Patienten mit längerer Abhängigkeitsdauer schlechtere Leistungen im Visuellen Scanning, diejenigen mit komorbider Depression niedrigere Resultate in der Geteilten Aufmerksamkeit erzielten. Sowohl die Dauer der Abhängigkeit als auch das Vorliegen einer Depression stehen somit einerseits mit schlechterer kognitiver Leistungsfähigkeit, andererseits mit niedrigeren Internalitätswerten und einem niedrigeren prospektiven Selbstkonzept in Zusammenhang. Der Befund, dass Patienten mit höherem intellektuellem Funktionsniveau niedrigere generalisierte und bereichsspezifische Internalitätswerte aufweisen und somit die eigenen Kontrollmöglichkeiten unterschätzen, dürfte auf die relativ hohe Rate an komorbiden Depressionen in dieser Patientengruppe zurückgeführt werden.

Bezüglich ihrer generalisierten externalen Kontrollüberzeugungen blieben Patienten mit höherer intellektueller Leistungsfähigkeit über die Zeit hinweg relativ stabil. Bei Patienten mit niedrigerem Intelligenzniveau verringerte sich sowohl die fatalistische als auch die sozial bedingte Externalität im Laufe der Behandlung, wobei die sozial bedingte Externalität bis zur Katamnese erneut anstieg. Einerseits könnte die Rate an komorbiden Depressionen bei den Patienten mit höherem Intelligenzniveau trotz anzunehmender (Teil)Remission während der Therapie für die Stabilität in den externalen Kontrollüberzeugungen verantwortlich sein. Andererseits wäre möglich, dass sich intelligentere Patienten weniger stark den Meinungen und Haltungen von Therapeuten und Mitpatienten anpassen resp. diese kritischer reflektierten, weshalb es bei ihnen zu weniger stark ausgeprägten Hospitalisationseffekten gekommen sein könnte.

Entgegen der Annahme, dass hirnganisch bedingte Leistungsminderungen mit Externalität korrelieren, fand sich kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen Hirnganizität und den Kontrollüberzeugungen. Die grössere Streubreite in den Kontrollüberzeugungen bei Pati-

enten mit schwererer hirnorganischer Beeinträchtigung lässt jedoch den Schluss zu, dass hier sowohl erhöhte als auch erniedrigte Internalitäts- resp. Externalitätswerte häufiger vorkommen und die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen in dieser Patientengruppe insgesamt unsystematischer ist. Dies spricht für eine abnehmende selbstkritische Wahrnehmung der eigenen Kontrollmöglichkeiten bei hirnorganischen Defiziten (Luthe, 1987; Rist, 2004)

7.7 Die Rolle der Selbsteinschätzung

Anhand der Selbsteinschätzung der Leistung in den fünf neuropsychologischen Testverfahren sollten Hinweise darauf gefunden werden, ob sich kognitive Leistungsverminderungen in einer Über- oder Unterschätzung der eigenen Leistungen niederschlagen. Im Weiteren wurde untersucht, ob Zusammenhänge mit den Kontrollüberzeugungen, namentlich der Internalität, bestehen. Es wurde davon ausgegangen, dass kognitive Funktionsbeeinträchtigungen mit mangelnder Kritikfähigkeit und demnach mit unkritisch hoher Internalität und Selbstwirksamkeit assoziiert sind (Rist, 2004).

In der Tat hatten Patienten, die sich generell in ihren Leistungen überschätzten, schlechtere Ergebnisse bezüglich der Faktoren „Hirnorganizität“, „Verlangsamung“ und „Geteilte Aufmerksamkeit“ als Patienten, die sich unterschätzten. Auch bei Fischer et al. (2002) überschätzten sich hirngeschädigte Personen in ihrer Leistungsvorhersage für eine kognitive Aufgabe deutlich. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Korrelation zwischen Selbstbeurteilungen und objektiven Leistungstests im Allgemeinen eher niedrig ist (z. B. Bühner et al., 2001; Mengelkamp & Jäger, 2007; Wilson et al., 1997). Auch in der vorliegenden Stichprobe bewegten sich die höchsten Korrelationskoeffizienten um .30 bis .50. Eine Ausnahme bildete mit einer Korrelation um .60 der MCST, was auf die Fehlerrückmeldung in diesem Test zurückgeführt werden kann.

Rückfällige unterschätzten sich tendenziell weniger häufig als abstinente Patienten. Es darf vorsichtig die Vermutung geäußert werden, dass eine Unterschätzung der eigenen Leistung in Bezug auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz protektiven Charakter haben könnte. Dies indem sie sich möglicherweise auch in einer selbstkritischen Haltung in Bezug auf Rückfallsituationen niederschlägt. Die Befunde der bisherigen Forschung sieht in der selbstkritischen Haltung der eigenen Leistungsfähigkeit gegenüber eine Moderatorvariable zwischen tatsächlicher Leistungsfähigkeit und Verhalten (Undeutsch, 1981; Weinand, 1997; Zingg et al., 2009).

Die Assoziation zwischen der Überschätzung der eigenen Leistung und der Ausprägung der generalisierten Internalität konnte hypothesenkonform für den Mehrfachwahl-Wortschatz-Test und den Modified Card Sorting Test nachgewiesen werden. Patienten, die sich in diesen Tests unterschätzten, hatten niedrigere Internalitätswerte als Patienten, die sich überschätzten. Interessanterweise handelt es sich um die beiden Verfahren, in denen aufgrund der Testkonstruktion Hinweise auf die eigene Leistung abgeleitet werden können: Im MCST durch die direkte Rückmeldung von Fehlern, im MWT durch die Anzahl der nicht bekannten richtigen Wörter. Offenbar führt eine niedrige Internalität dazu, die eigene Leistung aufgrund der Rückmeldung von Fehlern zu sehr abzuwerten.

In der Geteilten Aufmerksamkeit hatten hingegen Patienten, die sich adäquat einschätzten, die höchsten Internalitätswerte. Dies führte zu einer inkonsistenten Befundlage, die durch die Analyse der Selbsteinschätzung bei Patienten mit sehr hohen Internalitätswerten erhellt werden sollte. Tatsächlich tendierten diese zu einer generellen Überschätzung ihrer Leistungsfähigkeit. Ausserdem hatte ein sehr hoher Internalitätswert für die spätere Rückfälligkeit keinen prädiktiven Wert. Dem Vorteil der Internalität für die Aufrechterhaltung der Abstinenz scheinen somit, vorbehaltlich der geringen Zahl von Patienten mit sehr hohen Internalitätswerten – Grenzen gesetzt. Eine überhöhte Internalität könnte zu einer unkritischen Wahrnehmung eigener Kontrollmöglichkeiten führen, die in einer generellen Überschätzung der eigenen Fähigkeiten zum Ausdruck kommt. Dieses Problem des Deckeneffekts günstiger Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen konnte in anderen Studien für die Selbstwirksamkeit nachgewiesen werden (Demmel et al., 2006, Chicharro Romero et al., 2007; Goldbeck et al., 1997). Bereits Rotter (1975) vermutete eine kurvilineare Beziehung zwischen dem *locus of control* und der psychosozialen Anpassung.

7.8 Kritik

Für die Verallgemeinerung der in der vorliegenden Untersuchung gefundenen Resultate müssen folgende Kritikpunkte beachtet werden:

Erstens muss auf die Dropout-Rate von 20% zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie von 37% zwischen Behandlungsende und Katamnese hingewiesen werden. Bei den Patienten, von denen vollständige Datensätze vorliegen, dürfte es sich somit um eine selektive Auswahl handeln. Alkoholabhängige, welche die Behandlung kurzfristig abbrachen oder die aus disziplinarischen Gründen sofort entlassen wurden, konnten für die Verlaufser-

hebung nicht mehr erreicht werden. Insbesondere bei den Patienten, welche an der katamnestischen Befragung teilnahmen, handelte es sich eher um solche, welche die Behandlung regulär abgeschlossen haben und sozial besser integriert waren. Sie hatten vermutlich positivere Erinnerungen an die Behandlung und ein grösseres Interesse an der Studienteilnahme.

Zweitens handelt es sich um eine heterogene Zusammensetzung der Stichprobe hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, Schwere der Alkoholabhängigkeit sowie anderweitigem Substanzkonsum. Auch wenn dadurch die klinische Population der Alkoholabhängigen besser widerspiegelt wird und naturalistische Designs besondere Vorteile haben (vgl. Krampen, Schui & Wiesenhütter, 2008), können die Resultate auf eine homogenere Stichprobe von „reinen“ Alkoholabhängigen mit ähnlichem Erkrankungsschweregrad nur eingeschränkt generalisiert werden. Dieselbe Schwierigkeit taucht durch den Einschluss von Patienten mit komorbiden psychiatrischen Erkrankungen wie Persönlichkeits- und Angststörungen auf. Mit Ausnahme der komorbid Depressiven war ihr Anteil zu gering, als dass hier Effekte hätten gefunden werden können. Dennoch sind Einflüsse auf die Resultate nicht auszuschliessen.

Drittens wurde die Medikation, insbesondere im Hinblick auf die kognitive Leistungsfähigkeit, statistisch nicht kontrolliert. Der Einfluss von Pharmaka auf den Organismus und die Psyche ist allerdings derart komplex, dass eine systematische Kontrolle kaum möglich ist.

Viertens war die Behandlungsdauer und damit das Intervall zwischen Erst- und Zweiterhebung unterschiedlich lang. Insbesondere Patienten, die während der Behandlung rückfällig wurden, blieben länger hospitalisiert. In der Untersuchung von Zingg et al. (2008) hatten Patienten nach einer stationären Kurzzeittherapie im Vergleich zu Patienten nach einer ambulanten Behandlung und einer stationären Langzeittherapie die höchste Abstinenzzuversicht und die höchste Abstinenzrate. Obwohl in der vorliegenden Stichprobe für die Behandlungsdauer keinen Einfluss auf die Kontrollüberzeugungen am Behandlungsende und die Aufrechterhaltung der Abstinenz nach der Behandlung gefunden werden konnte, dürften die Veränderungen während der Hospitalisation dennoch einem Zeiteffekt unterliegen.

Fünftens wurde der Behandlungserfolg einzig an der Totalabstinenz gemessen. Andere Erfolgskriterien wie beispielsweise die berufliche Integration, das Sozialverhalten, die körperliche Gesundheit oder die allgemeine Lebenszufriedenheit wurden nicht einbezogen. Auf das Kriterium des gebesserten Suchtmittelverhaltens wurde bewusst verzichtet, da es keine klaren Vorgaben gibt, ab wann ein Substanzkonsum als gebessert gelten darf.

Sechstens basierte die Evaluation des Behandlungserfolgs bei der Ein-Jahres-Katamnese ausschliesslich auf Selbstauskünften. Obwohl andernorts der Nachweis erbracht wurde, dass Selbstauskünfte Alkoholabhängiger als valide gelten können (Del Boca & Darkes, 2003), ist aufgrund fehlender objektiver Daten eine Verzerrung der Angaben zur Trinkmenge durch soziale Erwünschtheit nicht ausschliessbar. Dies insbesondere, weil die Nachbefragung nicht vollständig anonym durchgeführt werden konnte.

Siebtens dürfte auch die nicht anonymisierte Selbsteinschätzung in den neuropsychologischen Testverfahren sozialen Erwünschtheitseffekten unterliegen, was zur Erklärung der teilweise inkonsistenten Befundlage beitragen würde. Hierfür könnte aber auch eine mangelnde Reliabilität und Validität der Ratingskala verantwortlich sein.

Achtens kann die teilweise unter dem Anforderungswert von mindestens .70 (Cronbachs α) liegende innere Konsistenz der verwendeten Verfahren – besonders im Hinblick auf den IPC-A – zu einer Verzerrung der Resultate geführt haben.

7.9 Fazit und Ausblick

Zum Schluss sollen nochmals die wichtigsten Befunde der vorliegenden Arbeit dargelegt, Implikationen für die klinische Praxis abgeleitet und Ansätze für zukünftige Forschung auf dem Gebiet aufgezeigt werden.

In Übereinstimmung mit dem aktuellen Forschungsstand führten eine anfänglich höhere generalisierte Internalität sowie ein höheres bereichsspezifisches, prospektiv ausgerichtetes Selbstkonzept eher zur Aufrechterhaltung der Abstinenz während der Behandlung. Insbesondere die Höhe des prospektiven Selbstkonzepts liess sich als starker Prädiktor für die Abstinenz von Behandlungsbeginn bis zu einem Jahr nach der Behandlung identifizieren. Es erfasst die allgemeine Zuversicht, zukünftige Situationen auch ohne Alkohol bewältigen zu können. Ein hohes prospektives Selbstkonzept geht einher mit einer hohen Einsicht in die eigene Erkrankung und der Bereitschaft, sich bei der Überwindung der Abhängigkeit helfen zu lassen.

Allerdings schienen insbesondere dem günstigen Effekt der Internalität Grenzen gesetzt zu sein. Eine sehr hohe Internalität war mit einer generellen Überschätzung der eigenen kognitiven Leistungsfähigkeit vergesellschaftet. Patienten mit sehr hoher Internalität wurden nicht weniger rückfällig.

Rückfälle während der Behandlung hatten insbesondere auf die bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen einen äusserst ungünstigen Effekt. Sie verfestigten die Überzeugung, in Zukunft auf Alkohol nicht verzichten zu können. Die Erfahrung, selbst im Rahmen einer professionellen Therapie rückfällig zu werden, führte namentlich zu einer Steigerung der prospektiven fatalistischen Kontrollüberzeugung. Die nachträgliche therapeutische Bearbeitung von Rückfällen – als Massnahme zur Stärkung der Zuversicht für die Bewältigung von zukünftigen Risikosituationen – schien den Schaden, dass ein Rückfall überhaupt eingetreten ist, zumindest im Hinblick auf die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen nicht wettzumachen.

Patienten, die während der Behandlung rückfällig wurden, kennzeichneten sich bereits bei Behandlungsbeginn durch ein niedrigeres Selbstkonzept, eine niedrigere Internalität und einen höheren Fatalismus, eine höhere Symptombelastung, ein höheres Suchtverlangen sowie Leistungsdefizite in der geteilten Aufmerksamkeit. Sie litten entsprechend häufiger unter einer komorbiden Depression. Ein ungünstigerer Kontrollüberzeugungsstil, eine depressive Erkrankung, ein hohes Suchtverlangen und kognitive Leistungseinbussen stellten demnach Risikofaktoren für die Rückfälligkeit während der Behandlung dar. Hier ergeben sich sowohl auf psychotherapeutischer als auch medikamentöser Ebene wichtige Ansatzpunkte. Der unmittelbaren Therapie der komorbiden depressiven Symptomatik muss in der Rückfallprävention ein ebenso hoher Stellenwert zukommen wie der Behandlung der Alkoholabhängigkeit. Eine sorgfältige Diagnostik zur Unterscheidung einer vorübergehenden substanzinduzierten depressiven Störung von einer depressiven Episode ist dafür unabdingbar.

Ein grosses Problem in der Evaluation von Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen während einer stationären Behandlung bleiben die Hospitalisations- und sozialen Erwünschtheitseffekte in Selbstbeurteilungsverfahren. In der vorliegenden Stichprobe tragen die am Behandlungsende erhobenen Kontrollüberzeugungen kaum etwas zur Abstinenz nach einem Jahr bei. Lediglich eine niedrige fatalistische Kontrollüberzeugung und ein hohes retrospektives Selbstkonzept korrelierten mit der Dauer der längsten abstinenten Zeit im Jahr nach der Behandlung. Insbesondere die Erhöhung der Internalität bei gleichzeitiger Abnahme der Externalität während der Behandlung muss kritisch betrachtet werden. Die Tatsache, dass sich die günstigen Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen bei später rückfälligen, nicht jedoch abstinenten Patienten nach dem Klinikaustritt umkehrten, weist in erster Linie auf Hospitalisationseffekte hin. Die von den Therapieeinrichtungen vorgegebenen Normen der Selbstkontrolle und eigenen Abstinenzmotivation wurden übernommen, ohne dass es auf der

Handlungsebene zu entsprechenden Veränderungen gekommen ist. Womöglich führte auch die Tatsache, über mehrere Wochen abstinent geblieben zu sein, zu einer (unrealistischen) Steigerung der Zuversicht, auch in Zukunft dazu in der Lage zu sein. Spürbare Verbesserungen bezüglich der körperlichen Gesundheit, der psychopathologischen Symptomatik und der kognitiven Leistungsfähigkeit trugen möglicherweise ebenfalls zu einer Erhöhung der eigenen Kompetenzwahrnehmung bei. Zukünftige Risikosituationen im Alltag wurden unterschätzt und eingetretene Rückfälle führten schnell zu einem ungünstigeren Kontrollüberzeugungsstil zurück.

Den Unterschied zu treffen zwischen einer „echten“ Veränderung und einer vordergründigen – ja vielleicht sogar nur verbalen – Anpassung an die Vorgaben von Therapieinstitutionen, die Selbstkontrolle und eigene Abstinenzmotivation betonen, wird zur zentralen Aufgabe, wenn es um die Evaluation von Therapieerfolgen und zur Vorhersage zukünftiger Rückfälligkeit geht. Besondere Tragweite erhält diese im forensischen Kontext, namentlich bei der Einschätzung der Prognose.

Hier könnten sich auch Ansatzpunkte für zukünftige Forschungstätigkeit ergeben. Wie lassen sich soziale Erwünschtheits- und Hospitalisationseffekte in der Behandlungsevaluation zuverlässig kontrollieren? Welche Therapiemethoden eignen sich für welche Patientengruppen am besten, die bereichsspezifische Selbstwirksamkeit zu steigern? Besondere Berücksichtigung sollten hier komorbide psychische Erkrankungen sowie kognitive Leistungsbeeinträchtigungen finden. Wie lassen sich günstige Veränderungen nach der Behandlung stabilisieren? An dieser Stelle wird nochmals auf die immense Bedeutung von Nachsorgeangeboten für die langfristige Aufrechterhaltung der Abstinenz hingewiesen (Bottlender & Soyka, 2005b). Eine weitere interessante Frage ist diejenige nach Variablen, welche die Höhe der Zuversicht, in Zukunft ein alkoholfreies Leben führen zu können, beeinflussen. Diese Frage führt auch zu derjenigen nach dem Wert, der einem alkoholfreien Leben beigemessen wird: „[...] one must guard against the assumption that expectancy regarding control of reinforcement is a behavioral trait and that the prediction of behavior can ignore the value of the reinforcement that is the expected outcome of the behaviour being studied.” (Rotter, 1975, S. 66). Bisherige empirische Untersuchungen zu Erwartungs-Wert-Annahmen widmeten sich prioritär dem Erwartungsaspekt, nicht aber dem Wert-Aspekt (Nilges, 1999). Dieser wird bei Patienten, die sich in stationäre Behandlung begeben, implizit vorausgesetzt – ob zu Recht, müssen zukünftige Studien zeigen.

8 Literaturverzeichnis

- Abbott, M. W. (1984). Locus of control and treatment outcome in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 45 (1), 46-52.
- Abi-Dargham, A., Krystal, J. H., Anjivel, S., Scanley, B. E., Zoghbi, S., Baldwin, R. M., Rajeevan, N., Ellis, S., Petrakis, I. L., Seibyl, J. P., Charney, D. S., Laruelle, M. & Innis, R. B. (1998). Alterations of benzodiazepine receptors in type II alcoholic subjects measured with SPECT and (123I) iomazenil. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1550-1555.
- Adamson, S. J., Douglas Sellman, J. & Frampton, C. M. A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 75-86.
- Allan, C. A. (1995). Alcohol problems and anxiety disorders – A critical review. *Alcohol and Alcoholism*, 30, 145-151.
- Allen, D. N., Strauss, G. P., Leany, B. D. & Donohue, B. (2008). Neuropsychological assessment of individuals with substance use disorders. In A. M. Horton & D. Wedding (Hrsg.), *The neuropsychology handbook* (3rd ed.) (S. 705-728). New York: Springer.
- Allsop, S., Saunders, B. & Phillips, M. (2000). The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 95, 95-106.
- Anderson, K. G., Ramo, D. E., Schulte, M. T., Cummins, K. & Brown, S. A. (2007). Substance use treatment outcomes for youth: integrating personal and environmental predictors. *Drug and Alcohol Dependence*, 88 (1), 42-48.
- Annaheim, B. & Gmel, G. (2004). *Alkoholkonsum in der Schweiz*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Annis, H. M. & Graham, J. M. (1988). *The Situational Confidence Questionnaire (SCQ-39). User's guide*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Anton, R. F., Moak, D. H. & Latham, P. (1995). Obsessive-compulsive Drinking Scale: self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behaviour. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19 (1), 92-99.

-
- Anton, R. F., Moak, D. H. & Latham, P. K. (1996). The Obsessive Compulsive Drinking Scale. A new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies. *Archives of General Psychiatry*, 53, 225-231.
- Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Cisler, R. A., Couper, D., Donovan, D. M., Gastfriend, D. R., Hosking, J. D., Johnson, B. A., LoCastro, J. S., Longabaugh, R., Mason, B. J., Mattson, M. E., Miller, W. R., Pettinati, H. M., Randall, C. L., Swift, R., Weiss, R. D., Williams, L. D. & Zweben, A. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioural interventions for alcohol dependence: the Combine study: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 295, 2003-2017.
- Arseneault, L., Cannon, M., Poulton, R., Murray, R., Caspi, A. & Moffitt, T. E. (2002). Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *British Medical Journal*, 325, 1212-1213.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2005). *Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut*. Göttingen: Hogrefe.
- Babor, T. F., De la Fuente, J. R., Saunders J. & Grant, M. (1989). AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- Babor, T. F., Hofmann, M., DelBoca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S. & Rounsaville, B. (1992). Types of alcoholics. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49, 599-608.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett.
- Bandura, A. (1990). Some reflections on reflections. *Psychological Inquiry*, 1, 101-105.
- Bates, M. E., Bowden, S. C. & Barry, D. (2002). Neurocognitive impairment associated with alcohol use disorders: Implications for treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10 (3), 193-212.

-
- Beatty, W. W., Tivis, R., Stott, H. D., Nixon, S. J. & Parsons, O. A. (2000). Neuropsychological deficits in sober alcoholics: influences of chronicity and recent alcohol consumption. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 149-154.
- Bechert, S., Czogalik, D., Dietsch, P., Leitner, M., Lienemann, S., Täschner, K.-L. & Widmaier, C. (1989). Zur Prognose des kurzfristigen Rückfalls nach Entgiftung bei Alkoholkranken. In H. Watzl & R. Cohen (Hrsg.), *Rückfall und Rückfallprophylaxe* (S. 167-175). Berlin: Springer.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Beltz.
- Berglund, M., Thelander, S., Salaspuro, M., Franck, J., Andréasson, S. & Öjehagen, A. (2003). Treatment of alcohol abuse: an evidence based review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 1645-1656.
- Berry, J., van Gorp, W. G., Herzberg, D. S., Hinkin, C., Boone, K., Steinman, L. & Wilkins, J. N. (1993). Neuropsychological deficits in abstinent cocaine abusers: preliminary findings after two weeks of abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 32, 231-237.
- Block, R. I., Erwin, W. J. & Ghoneim, M. M. (2002). Chronic drug use and cognitive impairments. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 73, 491-504.
- Blume, A. W., Schmaling, K. B. & Marlatt, G. A. (2005). Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior. *Addictive Behaviors*, 30, 301-314.
- Bodenmann, G., Perez, M., Schär, M. & Trepp, A. (2004). *Klassische Lerntheorien: Grundlagen und Anwendungen in Erziehung und Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Bohmann, M. (1996). Predisposition to criminality: Swedish adoption studies in retrospect. *Ciba Foundation Symposium*, 194, 99-109.
- Bolla, K. I., Eldreth, D. A., Matochik, J. A. & Cadet, J. L. (2005). Neural substrates of faulty decision-making in abstinent marijuana users. *Neuroimage*, 26, 480-492.
- Bollman, A. (1997). Differences in general and specific locus of control between newly sober and recovering alcoholics. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58 (3-B), 1520.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (4. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.

-
- Bottlender, M. & Soyka, M. (2005a). Outpatient alcoholism treatment: Predictors of outcome after 3 years. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 83-89.
- Bottlender, M. & Soyka, M. (2005b). Prädiktion des Behandlungserfolges 24 Monate nach ambulanter Alkoholentwöhnungstherapie: Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 73, 150-155.
- Braune, N. J., Schröder, J., Gruschka, P., Daecke, K. & Pantel, J. (2008). Determinanten eines Therapieabbruchs während der stationären qualifizierten Entgiftungsbehandlung bei Patienten mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 76, 217-224.
- Brosius, F. (2008). *SPSS 16*. Heidelberg: Verlag mitp.
- Brosius, G. & Brosius, F. (1995). *SPSS. Base system und professional statistics*. Bonn: International Thomson Publishing.
- Brown, J. D. (1986). Evaluations of self and others: Self-enhancement biases in social judgments. *Social Cognition*, 4, 353-376.
- Bühner, M., Schmidt-Atzert, L., Richter, S. & Grieshaber, E. (2001). Validität von Selbstbeurteilungen der Aufmerksamkeit. Abstracts der 16. Jahrestagung der GNP. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 12 (Suppl.), 10.
- Bühner, M., Ziegler, M., Bohnes, B. & Lauterbach, K. (2006). Übungseffekte in den TAP Untertests Go/Nogo und Geteilte Aufmerksamkeit sowie dem Aufmerksamkeits-Belastungstest (d2). *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 17 (3), 191-199.
- Bühringer, G. (1996). Paradigmenwechsel in der Forschung zum Rückfall nach Substanzmissbrauch. In W. Trabert & B. Ziegler (Hrsg.), *Psychiatrie und Zeitgeist. Festschrift zum 60. Geburtstag von Prof. Dr. med. Klaus Wanke* (S. 76-85). München: Profil.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.-J., Simon, R. & Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 128. Baden-Baden: Nomos.

-
- Burling, T. A., Reilly, P. M., Moltzen, J. O. & Ziff, D. C. (1989). Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 354-360.
- Busch, H., Körmendy, E. & Feuerlein, W. (1973). Partners of female alcoholics. *British Journal of Addiction*, 68, 3.
- Cala, L. A. & Mastaglia, F. L. (1981). Computerized tomography in chronic alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 5 (2), 283-294.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions. *Annual Review of Psychology*, 52, 716.
- Chicharro Romero, J., Pedrero Pérez, E. J., Pérez López, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consume de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 19, 141-152.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Erlbaum.
- Connors, G. J., Maisto, S. A. & Zywiak, W. H. (1996). Understanding relapse in the broader context of post-treatment functioning. *Addiction*, 91, 173-189.
- Courville, C. B. (1955). *Effects of alcohol in the central nervous system of man*. Los Angeles: San Lucas Press.
- Dahl, G. (1972). *Reduzierter Wechsler-Intelligenztest (WIP)*. Meisenheim/Glan: Hain.
- Davies, J. (1992). *The myth of addiction*. Reading: Harwood Academic Publishers.
- Del Boca, F. K. & Darkes, J. (2003). The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addiction*, 98 (Suppl. 2), 1-12.
- Demmel, R., Nicolai, J. & Jenko, D. M. (2006). Self-efficacy and alcohol relapse: concurrent validity of confidence measures, self-other discrepancies, and prediction of treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 67, 637-641.
- Demmel, R., Rist, F. & Olbrich, R. (2001). Selbstwirksamkeitserwartungen alkoholabhängiger Patienten im ersten Jahr nach stationärer Behandlung. In Fachverband Sucht e.V.

-
- (Hrsg), *Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie!* (S. 221-227). Neuland: Geesthacht.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-II for the R(evised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Townson: Clinical Psychometric Research, Inc.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI), administration, scoring and procedures manual, third edition*. Minneapolis: National Computer Services.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.). (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *Sucht* 47, Sonderheft 2.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. G. & Hughes, S. O. (1994). The alcohol abstinence self-efficacy scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 141-148.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Walker-Daniels, J., Donovan, D. M., Bellino, L. E. & Neavins, T. M. (2001). Self-efficacy as a secondary matching hypothesis: Causal chain analysis. In R. Longabaugh & P. W. Wirtz (Hrsg), *Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses, Volume 8* (S. 239-259). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Dick, D. M. & Foroud, T. (2003). Candidate genes for alcohol dependence: A review of genetic evidence from human studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 868-879.
- Diehl, A., Croissant, B., Batra, A., Mundle, G., Nakovics, H. & Mann K. (2007). Alcoholism in women: is it different in onset and outcome compared to men? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 344-351.
- Dielmann, T. E., Butchart, A. T., Shope, J. T. & Miller, M. (1991). Environmental correlates of adolescent substance use and misuse: implications for prevention programs. *International Journal of Addiction*, 25, 855-880.
- Dilling, H. (2002). *Lexikon zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.

-
- Di Sclafani, V., Tolou-Shams, M., Price, L. J. & Fein, G. (2002). Neuropsychological performance of individuals dependent on crack-cocaine, or crack-cocaine and alcohol, at 6 weeks and 6 months of abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 161-171.
- Donovan, D. M. & O'Leary, M. R. (1978). The drinking-related locus of control scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 39 (5), 759-784.
- Driessen, M., Veltrup, C., Weber, J., John, U., Wetterling, T. & Dilling, H. (1998). Psychiatric comorbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. *Addiction*, 93, 889-894.
- Eisenmayr, R. M. (2008). *Entwicklung von Kontrollüberzeugung und Abstinenzernwartung im stationären Entzug*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.
- Fäh, M., Sieber, M. & Uchtenhagen, A. (1991). Der Glaube ans Widerstehen-Können - Eine prospektive Längsschnittstudie zur Vorhersage von Abstinenz bei stationär behandelten Alkoholikern. *Sucht*, 37, 26-36.
- Fahrenberg, J., Walschburger, P., Förster, F., Myrtek, M. & Müller, W. (1979). *Psychophysiologische Aktivierungsforschung*. München: Minerva.
- Fein, G., Di Sclafani, V. & Meyerhoff, D. J. (2002). Prefrontal cortical volume reduction associated with frontal cortex function deficit in 6-week abstinent crack-cocaine dependent men. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 87-93.
- Fein, G., Torres, J., Price L. J. & Di Sclafani, V. (2006). Cognitive performance in long-term abstinent alcoholic individuals. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 1538-1544.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, C., Anthons, K. (1979). *Münchener Alkoholismustest MALT*. Weinheim: Beltz.
- Fingerman, K. L. & Perlmutter, M. (1994). Self-ratings of past, present, and future cognitive performance across adulthood. *International Journal of Aging and Human Development*, 38 (4), 363-382.

-
- Fischer, S., Trexler, L. E. & Gauggel, S. (2002). Selbsteinschätzung der Leistung in einfachen Aufgabenstellungen bei hirngeschädigten und orthopädischen Patienten. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 13 (4), 271-279.
- Flammer, A. (1990). *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit*. Bern: Huber.
- Forgas, J. P. & Locke, J. (2005). Affective influences on causal inferences: The effects of mood on attributions for positive and negative interpersonal episodes. *Psychology Press*, 19 (7), 1071-1081.
- Forsyth, A. D. & Carey, M. P. (1998). Measuring self-efficacy in the context of HIV risk reduction: research challenges and recommendations. *Health Psychology*, 17 (6), 559-568.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R), deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Friedel, B. & Lappe, E. (1999). Fahreignung psychisch kranker Menschen. In U. Venzlaff & K. Förster (Hrsg.), *Psychiatrische Begutachtung: Ein Handbuch für Ärzte und Juristen* (S. 523-546). München und Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Gerra, G., Calbani, B., Zaimovic, A., Sartori, R., Ugonotti, G., Ippolito, L., Delsignore, R., Rustichelli, P. & Fontanesi, B. (1998). Regional cerebral blood flow and comorbid diagnosis in abstinent opioid addicts. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 83, 117-126.
- Goldbeck, R., Myatt, P. & Aitchison, T. (1997). End-of-treatment self-efficacy: A predictor of abstinence. *Addiction*, 92, 313-324.
- Grant, I., Adams, K. M., Carlin, A. S., Rennick, P. M., Judd, L. L. & Schoof, K. (1978). The collaborative neuropsychological study of polydrug users. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1063-1074.
- Grant, I., Gonzalez, R., Carey, C. L., Natarajan, L. & Wolfson, T. (2003). Nonacute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: a meta-analytic study. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9, 679-689.
- Greenfield, S. F., Hufford, M. R., Vagge, L. M., Muenz, L. R., Costello, M. E. & Weiss, R. D. (2000). The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women: a prospective study. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 345-351.

-
- Greenfield, S. F., Weiss, R. D., Muenz, L. R., Vagge, L. M., Kelly, J. F., Bello, L. R. & Michael, J. (1998). The effect of depression on return to drinking: a prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 259-265.
- Gruber, S. A., Silveri M. M. & Yurgelun-Todd, D. A. (2007). Neuropsychological consequences of opiate use. *Neuropsychology Review*, 17, 299-315.
- Gruber, S. A., Tzilos, G. K., Silveri M. M., Pollack, M., Renshaw, P. F., Kaufman, M. J. & Yurgelun-Todd, D. A. (2006). Methadone maintenance improves cognitive performance after two months of treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 14 (2), 157-164.
- Grünberger, J. (1989). Neuropsychologische Defizite bei und nach chronischem Alkoholmissbrauch. In H. W. Schied, H. Heimann & K. Mayer (Hrsg.), *Der chronische Alkoholismus* (S. 31-58). Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Gsellhofer, B., Kufner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999). *European Addiction Severity Index, EuropASI. Manual für Training und Durchführung von Interviews mit dem EuropASI*. Baltmannsweiler: Schneider.
- Günther, A. (1996). Co-Abhängigkeit und Sucht. In K. Mann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 169-180). Stuttgart: Fischer.
- Harding, A., Halliday, G., Caine, D. & Kril, J. (2000). Degeneration of anterior thalamic nuclei differentiates alcoholics with amnesia. *Brain*, 1, 141-154.
- Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G. & Curtiss, G. (1993). *Wisconsin card sorting test manual*. USA: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Heckhausen, H. (1980). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Heider, F. (1944). Social perception and the phenomenal causality. *Psychological Review*, 51, 358-374.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley (dt. *Psychologie der interpersonellen Beziehungen*. Stuttgart: Klett, 1977).
- Heinz, A. & Batra, A. (2003). *Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.

-
- Henkel, D. & Zemlin, U. (2008). *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (Band 21). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Heu, J. (2007). *Selektive Aufmerksamkeit bei Alkoholabhängigen in der medizinischen Rehabilitation. Konzept, Prävalenz, Remission*. Dissertation des Fachbereichs I – Psychologie der Universität Trier.
- Hewig, M. (2008). *Generalisierte und spezielle Vertrauensaspekte in der Psychotherapie*. Dissertation Universität Trier. Verfügbar unter: <http://ubt.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2008/488/>.
- Hiroto, D. S. (1974). Locus of control and learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 187-193.
- Horak, M. & Soyka, M. (1999). Restitution neuropsychologischer Defizite von Alkoholkranken in der Phase der frühen Abstinenz: Ergebnisse einer neuropsychologischen Studie. *Sucht*, 45 (6), 376-389.
- Horner, M. D., Waid, L. R., Johnson, D. E., Latham, P. K. & Anton, R. F. (1999). The relationship of cognitive functioning to amount of recent and lifetime alcohol consumption in outpatient alcoholics. *Addictive behaviours*, 24 (3), 449.
- Huckstadt, A. (1987). Locus of control among alcoholics, recovering alcoholics, and non-alcoholics. *Research in Nursing & Health*, 10 (1), 23-28.
- Irwin, M., Schuckit, M. A. & Smith, T. L. (1990). Clinical importance of age at onset in type 1 and type 2 primary alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 47, 320-324.
- Iverson, L. (2003). Cannabis and the brain. *Brain*, 126, 1252-1270.
- Jacobi, C., Brand-Jacobi, J., Marquardt, F. (1987). Die Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS): ein Verfahren zur differentiellen Erfassung der Schwere der Abhängigkeit. *Suchtgefahren*, 33, 23-26.
- Jager, G., Kahn, R. S., Van den Brink, W., Van Ree, J. M. & Ramsey, N. F. (2006). Long-term effects of frequent cannabis use on working memory and attention: an fMRI study. *Psychopharmacology*, 185, 358-368.
- Jeanrenaud, C., Priez, F., Pellegrini, S., Chevrou-Séverac, H. & Vitale, S. (2003). *Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse*. Institut de recherches économiques et régionales. Université Neuchâtel.

-
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Yale University Press.
- Johnson-Greene, D. & Denning, J. (2007). Neuropsychology of Alcoholism. In A. Horton & D. Wedding (Hrsg.), *The Neuropsychology Handbook* (3rd ed.) (S. 733-756). New York: Springer.
- Jovanovski, D., Erb, S. & Zakzanis, K. K. (2005). Neurocognitive deficits in cocaine users: a quantitative review of the evidence. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27, 189-204.
- Kanfer, F. H. (1986). Implications of a self-regulation model of therapy for treatment of addictive behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (Hrsg.), *Treating addictive behaviours: Processes of Change* (S. 29-47). New York: Plenum Press.
- Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1974). Verhaltenstheoretische Diagnostik. In D. Schulte (Hrsg.), *Fortschritte der Klinischen Psychologie 5. Diagnostik in der Verhaltenstherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Keller, S. (1999). *Motivation zur Verhaltensänderung. Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Freiburg: Lambertus.
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema J. M., Myers, J. & Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57 (10), 953-959.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-244.
- Knight, R. G. & Longmore, B. E. (1994). *Clinical Neuropsychology of Alcoholism*. Hove: Erlbaum.
- Knop, J., Goodwin, D.W., Jensen, P., Penick, E., Pollock, V., Gabrielli, W., Teadale, T.W. & Mednick, S.A. (1993). A 30-year follow-up study of the sons of alcoholic men. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 370 (Suppl.), 48-53.

-
- Koglin, U. & Petermann, F. (2008). Inkonsistentes Erziehungsverhalten – Ein Risikofaktor für aggressives Verhalten? *Zeitschrift für Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 56, 287-293.
- Körkel, J. (2001). Rückfall und Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 519-547). Göttingen: Hogrefe.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S. T. A. R.* Berlin: Springer.
- Koski-Jännes, A. (1994). Drinking-related locus of control as a predictor of drinking after treatment. *Addictive Behaviors*, 19 (5), 491-495.
- Krampen, G. (1981). *IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1982). *Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1985). Zur Bedeutung von Kontrollüberzeugungen in der klinischen Psychologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 14, 101-112.
- Krampen, G. (1986). Zum indikativen Wert handlungstheoretischer Persönlichkeitsmerkmale für die Alkoholismusbehandlung. In D. Ladewig (Hrsg.), *Drogen und Alkohol* (S. 114-132). Lausanne: ISPA-Press.
- Krampen, G. (1988). Toward an action-theoretical model of personality. *European Journal of Personality*, 2, 39-55.
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1992). Sozialisation von Kontrollüberzeugungen. *Trierer Psychologische Berichte*, 19 (6).
- Krampen, G. (1993). Lern-, handlungs- und regulationspsychologische Modelle in der differentiellen Psychologie und Persönlichkeitspsychologie. *Trierer Psychologische Berichte*, 20 (1).
- Krampen, G. (2000). *Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie (2. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.

-
- Krampen, G. (2004). Lerntheorien der Persönlichkeit. In K. Pawlik, *Theorien und Anwendungsfelder der Differentiellen Psychologie* (S. 277-316). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (2005). Psychology of control and personality: Julian B. Rotter and beyond. In W. Greve, K. Rothermund & D. Wentura (Hrsg.), *The adaptive self: personal continuity and intentional self-development* (S. 97-115). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. & Fischer, M. (1988a). Kontrollüberzeugungen in der Alkoholismusforschung. Literaturüberblick und theoretische Bezüge. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36 (2), 100-117.
- Krampen, G. & Fischer, M. (1988b). Messansätze für Kontrollorientierungen von Alkoholikern. *Trierer Psychologische Berichte*, 15 (1), Universität Trier.
- Krampen, G. & Hank, P. (2004). Biographische Rekonstruktion seelischer Gesundheit und psychischer Störungen anhand der Vertrauens-Triax. *Trierer Psychologische Berichte*, 31 (1), Universität Trier.
- Krampen, G. & Nispel, L. (1983). Zur Effektivität stationärer Kurzzeitbehandlungen von Alkoholikern. *Suchtgefahren*, 29, 345-349.
- Krampen, G. & Petry, J. (1987). Zur Behandlungsmotivation von Alkoholabhängigen. Ein Fragebogen zu ihrer Erfassung (EFB), ihre Beeinflussbarkeit durch ein Gruppenprogramm und Bezüge zum Therapieerfolg. *Diagnostica*, 33 (2), 144-155.
- 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.
- Kroj, G. (Hrsg.). (1995). *Psychologisches Gutachten Kraftfahreignung*. Bonn: Deutscher Psychologen-Verlag.
- Krueger, R. F., Hicks, B. M., Patrick, C. J., Carlson, S. R., Iacono, W. G. & McGue, M. (2002). Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: modeling the externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (3), 411-424.

-
- Kruger, J. & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (6), 1121-1134.
- Küfner, H. (1981). Zur Persönlichkeit von Alkoholabhängigen. In E. Knischewski (Hrsg.), *Alkoholismus-Therapie, Vermittlung von Erfahrungsfeldern im stationären Bereich* (S. 23-40). Kassel: Nicol-Verlag.
- Küfner, H. & Feuerlein, W. (1986). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen. Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestische Ergebnisse. *Suchtgefahren*, 34, 157-271.
- Kushner, M. G., Abrams, K. & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: A review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20, 149-171.
- Langeland, W. & Hartgers, C. (1998). Child sexual and physical abuse and alcoholism: A review. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 336-348.
- Lee, T. M. C. & Pau, C. W. H. (2002). Impulse control differences between abstinent heroin users and matched controls. *Brain Injury*, 16, 885-889.
- Lehrl, S. (2005). *Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest MWT-B* (5., unveränd. Aufl.). Balingen: Spitta Verlag.
- Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association*, 7, 261-262.
- Lewin, K. (1963). *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Bern: Huber.
- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R. & Zeiss, A. (2000). Clinical implications of „subthreshold“ depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 345-351.
- Lezak Deutsch, M. (1995). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.
- Lieb, R. & Isensee, B. (2007). Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In F. Moggi, *Doppeldiagnosen* (S. 27-58). Bern: Huber.

-
- Löber, S. & Kiefer, F. (2008). Psychotherapeutische Behandlungsstrategien bei Alkoholabhängigkeit. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 2, 161-171.
- Loose, R., Johann, M., Bobbe, G., Alders, G. L., Wodarz, N. & Lange, K. W. (2001). Alkoholabhängigkeit und Kognition. Abstracts der 16. Jahrestagung der GNP. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 12 (Suppl.), 31.
- Luthe, R. (1987). Der strukturelle Ansatz in der forensischen Psychiatrie. In H. Witter (Hrsg.), *Der psychiatrische Sachverständige im Strafrecht* (S. 94-114). Berlin: Springer.
- Lyvers, M. & Yakimoff, M. (2003). Neuropsychological correlates of opioid dependence and withdrawal. *Addictive Behaviors*, 28, 605-611.
- Maddux, J. E. (1995). Self-efficacy theory. An introduction. In J. E. Maddux (Hrsg.), *Self-efficacy, Adaption and Adjustment: Theory, Research, and Application* (S. 3-35). New York: Plenum.
- Maisto, S. A., McKay, J. R. & O'Farrell, T. J. (1998). Twelve-month abstinence from alcohol and long-term drinking and marital outcomes in men with severe alcohol problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 591-598.
- Mann, K. & Ackermann, K. (2000). Die OCDS-G: Psychometrische Kennwerte der deutschen Version der Obsessive Compulsive Drinking Scale. *Sucht*, 46 (2), 90-100.
- Mann, K., Agartz, I., Harper, C., Shoaf, S., Rawlings, R. R., Momenan, R., Hommer, D. W., Pfefferbaum, A., Sullivan, E. V., Anton, R. F., Drobles, D. J., George, M. S., Bares, R., Machulla, H.-J., Mundle, G., Reimold, M. & Heinz, A. (2001). Neuroimaging in alcoholism: ethanol and brain damage. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25 (Suppl. 5), 104S-109S.
- Mann, K., Günther, A., Stetter, F. & Ackermann, K. (1999). Rapid recovery from cognitive deficits in abstinent alcoholics: a controlled test-retest study. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 567-574.
- Mann, K., Hermann, D. & Heinz, A. (2000). One hundred years of alcoholism: alcoholism in the twentieth century. *Alcohol and Alcoholism*, 35, 10-15.
- Margolis, D. A. (1993). Use of locus-of-control and self-efficacy to predict outcome in alcohol treatment. *Dissertation Abstracts International*, 53 (11-B), 5984.

-
- Marlatt, G. A. & Donovan, D. M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd edition). New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Mayr, U. (2003). Normales kognitives Altern. In H.-O. Karnath & P. Thier (Hrsg.), *Neuropsychologie* (S. 715-726). Berlin: Springer.
- McFie, J. (1975). *Assessment of organic intellectual impairment*. New York: Academic Press.
- McGue, M. (1999). The behavioral genetics of alcoholism. *Current directions in Psychological Science*, 8, 109-115.
- McKay, J. R., Lynch, K. G., Pettinatti, H. M. & Shepard, D. S. (2003). An examination of potential sex and race effects in a study of continuing care for alcohol- and cocaine dependent patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27 (8), 1321-1323.
- Mengelkamp, C. & Jäger, R. S. (2007). Self-estimates of attention performance. *Psychology Science*, 49 (3), 223-237.
- Merikangas, K. R. (1990). Comorbidity for anxiety and depression: review of family and genetic studies. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Hrsg.), *Comorbidity in mood and anxiety disorders* (S. 331-348). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Miller, N. S. (1993). Comorbidity of psychiatric and alcohol/drug disorders: Interactions and independent status. *Addictive Disease*, 12, 5-16.
- Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harris, R. J. & Tonigan, J. S. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, 91 (12, Suppl. 1), 155-172.
- Miller, W. R., Wilbourne P. L., Hettema, J. E. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In R. K. Hester & W. R. Miller (Hrsg.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives* (S. 13-63). Boston: Allyn and Bacon.
- Milner, B. (1963). Effects of different brain lesions on card sorting. *Archives of neurology*, 9, 100-109.
- Mintzer, M. Z. (2007). Effects of opioid pharmacotherapy on psychomotor and cognitive performance: a review of human laboratory studies of methadone and buprenorphine. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 9 (1), 5-24.

-
- Mintzer, M. Z., Copersino, M. L. & Stitzer, M. L. (2005). Opioid abuse and cognitive performance. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 225-230.
- Missel, P., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Herder, F., Jahrreiss, R., Ott, E., Quinten, C., Schneider, B. & Zemlin, U. (1997). Effektivität und Kosten in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. Ergebnisse einer klinikübergreifenden Katamnese. *Sucht aktuell*, 4, 10-22.
- Moggi, F. (2007a). Ätiologiemodelle zur Komorbidität von Angst- und Substanzstörungen sowie von Depression und Substanzstörungen. In F. Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (S. 83-108). Bern: Huber.
- Moggi, F. (2007b). Problemstellung Doppeldiagnose – eine artifizielle oder reale Komorbidität? In F. Moggi, *Doppeldiagnosen* (S. 15-26). Bern: Huber.
- Moggi, F. & Donati, R. (2004). *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Göttingen: Hogrefe.
- Monti, P. M. & Rohsenow, D. J. (1999). Coping-skills training and cue-exposure therapy in the treatment of alcoholism. *Alcohol Health and Research World*, 23, 107-115.
- Moos, R. H. & Moos, B. S. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, 101, 212-222.
- Moselhy, H. F., Georgiou, G. & Kahn, A. (2001). Frontal lobe changes in alcoholism: A review of the literature. *Alcohol and Alcoholism*, 36 (5), 357-368.
- Müller, S. E., Weijers, H.-G., Böning, J. & Wiesbeck, G. A. (2008). Personality traits predict treatment outcome in alcohol-dependent patients. *Neuropsychobiology*, 57, 159-164.
- Munro, C. A., Saxton, J. & Butters, M. A. (2000). The neuropsychological consequences of abstinence among older alcoholics: A cross-sectional study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24 (10), 1510-1516.
- Nelson, H. E. (1976). A modified card sorting test sensitive to frontal lobe defects. *Cortex*, 12, 313-324.
- Nilges, P. (1999). *Kontrollüberzeugungen bei Patienten mit chronischen Schmerzen*. Regensburg: Roderer.

-
- Noel, X., Sferrazza, R., van der Linden, M., Paternot, J., Verhas, M., Hanak, C., Pelc, I. & Verbanck, P. (2002). Contribution of frontal cerebral blood flow measured by 99mTc-bicisate spect and executive function deficits to predicting treatment outcome in alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*, 37 (4), 347-354.
- Obonsawin, M. C., Crawford, J. R., Page, J., Chalmers, P., Low, G. & Marsh, P. (1999). Performance on the Modified Card Sorting Test by normal, healthy individuals: relationship to general intellectual ability and demographic variables. *British Journal of Clinical Psychology*, 38 (1), 27-41.
- Ollat, H., Parvez, H. & Parvez, S. (1988). Alcohol and central neurotransmission. *Neurochemistry International*, 13, 275-300.
- Parsons, O. A. (1998). Neurocognitive deficits in alcoholics and social drinkers: a continuum? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (4), 954-961.
- Parsons, O. A. & Nixon, S. J. (1996). Die neuropsychologische Diagnostik des Alkoholismus: Gegenwärtiger Stand und künftige Perspektiven. In K. Mann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Sucht: Grundlagen – Diagnostik – Therapie* (S. 121-134). Stuttgart: Fischer.
- Parsons, O. A. & Nixon, S. J. (1998). Cognitive functioning in sober social drinkers: A review of the research since 1986. *Journal of Studies on Alcohol*, 59 (2), 180-190.
- Phillips, D. C. & Orton, R. (1983). The new causal principle of cognitive learning theory. *Psychological Review*, 90, 158-165.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). If at first you don't succeed. False hope of self-change. *American Psychologist*, 57, 677-689.
- Pope, H. G. & Yurgelun-Todd, D. (1996). The residual cognitive effects of heavy marijuana use in college students. *Journal of the American Medical Association*, 275, 521-527.
- Popper, K. (1971). *Logik der Forschung* (4. verb. Aufl.). Tübingen: Mohr.
- Prasadarao, P. S. & Mishra, H. (1992). Drinking related locus of control and treatment attrition among alcoholics. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 8 (1-2), 43-47.
- Pritchard, M. E. & Martin, J. J. (1996). Factors associated with alcohol use in young adulthood. *Substance Use and Misuse*, 31, 679-689.

-
- Pritzel, M. & Markowitsch, H. J. (1997). Neuropsychologische Methoden und Befunde bei Alkoholabhängigen. In H. Watzl & Rockstroh, B. (Hrsg.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen* (S. 123-136). Göttingen: Hogrefe.
- Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Project MATCH Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (6), 1300-1311.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. J. & Naumann, E. (2006). *Quantitative Methoden 2: Einführung in die Statistik*. Berlin: Springer.
- Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C. T., Frick, U. & Jernigan, D. (2004). Alcohol use. In M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers & C. J. L. Murray, *Comparative quantification of health risks* (Volume 1) (S. 959-1108). Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- Reich, T., Edenberg, H. J., Goate, A., Williams, J. T., Rice, J. P., Van Eerdewegh, P., Foroud, T., Hesselbrock, V., Schuckit, M. A., Bucholz, K., Porjesz, B., Li, T. K., Conneally, P. M., Nurnberger, J. I. Jr., Tischfield, J. A., Crowe, R. R., Cloninger, C. R., Wu, W., Shears, S., Carr, K., Crose, C., Willig, C. & Begleiter, H. (1998). Genome-wide search for genes affecting the risk for alcohol dependence. *American Journal of Medical Genetics*, 81 (3), 207-215.
- Renn, H. (1988). Gesellschaftliche Wurzeln der Sucht. In I. Eisenburg (Hrsg.), *Sucht. Ein Massenphänomen als Alarmsignal* (S. 100-136). Düsseldorf: Patmos.
- Rennert, M. (1990). *Co-Abhängigkeit: Was Sucht für die Familie bedeutet* (2. Aufl.). Freiburg: Lambertus.
- Rinn, W., Desai, N., Rosenblatt, H. & Gastfriend, D. R. (2002). Addiction denial and cognitive dysfunction: A preliminary investigation. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 14 (1), 52-57.

-
- Rist, F. (2004). Neuropsychologie der Alkoholabhängigkeit. In S. Lautenbacher & S. Gauggel (Hrsg.), *Neuropsychologie psychischer Störungen* (S. 249-274). Berlin: Springer.
- Robins, L. N. & Price, R. K. (1991). Adult disorders predicted by childhood conduct problems.: Results from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Project. *Psychiatry*, *54*, 116-132.
- Robins, L. N. & Regier, D. A. (Hrsg.). (1991). *Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Maxwell Macmillan International.
- Roghamann, R. & Lüdtke, G. P. (1991). Ergebnisse einer 18-Monats-Katamnese der LVA Berlin über stationäre Entwöhnungsbehandlungen. *Sucht*, *37*, 37-41.
- Rösner, S., Leucht, S., Lehert, P. & Soyka, M. (2008). Acamprosate supports abstinence, naltrexone prevents excessive drinking: evidence from a meta-analysis with unreported outcomes. *Journal of Psychopharmacology*, *22* (1), 11-23.
- Rosnow, R. L. & Rosenthal, R. (1996). Computing contrasts, effect sizes, and counternulls on other people's published data. General procedures for research consumers. *Psychological Methods*, *1*, 331-340.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice-Hall.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* *80*, 1 (Whole No. 609).
- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *43* (1), 56-67.
- Rourke, S. B. & Grant, I. (1999). The interactive effects of age and length of abstinence on the recovery of neuropsychological functioning in chronic male alcoholics: a 2-year follow-up study. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *5*, 234-246.
- Rychtarik, R. G., Prue, D. M., Rapp, S. R. & King, A. C. (1992). Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics. *Addictive Behaviors*, *8*, 121-127.
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.

-
- Sayette, M. A. (1993). An appraisal-disruption model of alcohol's effects on stress responses in social drinkers. *Psychological Bulletin*, 114 (3), 459-476.
- Schäfer, M. & Heinz, A. (2005). Neurobiologie der Alkoholabhängigkeit. In V. Singer & S. Teysen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten: Grundlagen – Diagnostik – Therapie* (S. 480-487). Berlin: Springer.
- Scheller, R., Keller, W., Funke, J. & Klein, M. (1984). Trierer Alkoholismus-Inventar (TAI). *Suchtgefahren*, 30, 12-14.
- Scheller, R., Klein, M. & Zimm, S. (1995). Verläufe von Suchtkarrieren: Langzeitkatamnesen aus kritischer Perspektive. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S. 2-13). Stuttgart: Enke.
- Scheller, R. & Lemke, P. (1994). Stressbewältigungsstrategien, Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen von Alkoholikern. *Sucht*, 4, 232-243.
- Scheurich, A. & Brokate, B. (2009). *Neuropsychologie der Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Schindler, C. & Körkel, J. (1995). Rückfallbezogene Attributionen, Emotionen und Kompetenzerwartungen. Eine empirische Prüfung sozial-kognitiver Theorieannahmen. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S. 61-79). Stuttgart: Enke.
- Schneider, S., Brenner, R., Funke, W. & Garbe, D. (2002). Abstinenzzuversicht und ihre Bedeutung für Therapieplanung und Prognose bei alkoholabhängigen Therapiewiederholern. *Suchttherapie*, 3, 29-34.
- Schuckit, M. A. (2009). An overview of genetic influences in alcoholism. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 36 (1), 5-14.
- Schuckit, M. A., Klein, J., Twitchell, G. & Smith, T. (1994). Personality test scores as predictors of alcoholism almost a decade later. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1038-1042.
- Schuckit, M. A., Mazzanti, C., Smith, T. L., Ahmed, U., Radel, M., Iwata, N. & Goldman, D. (1999). Selective genotyping for the role of 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C}, and GABA alpha 6 receptors and the serotonin transporter in the level of response to alcohol: a pilot study. *Biological Psychiatry*, 45, 647-651.

-
- Schuckit, M. A. & Smith, T. L. (1996). An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. *Archives of General Psychiatry*, 53 (3), 202-210.
- Schulteis, G. & Koob, G. (1994). Dark side of drug dependence. *Nature* 371, Issue 6493, 108-109.
- Selby, M. J. & Azrin, R. L. (1998). Neuropsychological functioning in drug abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 50, 39-45.
- Seligman, M. E. P. (1979). *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127 (12), 1653-1658.
- Sher, K. J. & Trull, T. J. (1994). Personality and disinhibitory psychopathology: alcoholism and antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 92-102.
- Sher, K. J., Trull, T.J., Bartholow, B., & Vieth, A. (1999). Personality and alcoholism: Issues, methods, and etiological processes. In H. Blane & K. Leonard (Hrsg.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (2. Aufl.) (S. 55-105). New York: Plenum Press.
- Sher, K. J., Walitzer, K. S., Wood, P. K. & Brent, E. E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: substance use and abuse and psychopathology. *Journal of abnormal Psychology*, 100, 427-448.
- Shiffman, W. & Wills, T. A. (1985). *Coping and substance use*. New York: Academic Press.
- Sieber, M. (1993). *Drogenkonsum: Einstieg und Konsequenzen – Ergebnisse von Längsschnittuntersuchungen und deren Bedeutung für die Prävention* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Singer, M. V. & Teyssen S. (2005). *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten*. Berlin: Springer.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Smedslund, J. (1978). Bandura's theory of self-efficacy: A set of common sense theorems. *Scandinavian Journal of Psychology*, 19, 1-14.
- 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.
- Soyka, M. (1995). *Die Alkoholkrankheit – Diagnostik und Therapie*. Weinheim: Chapman & Hall.

-
- Soyka, M. (1999). Alkohol und Psychiatrie. In M. V. Singer & S. Teysen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten* (S. 473-486). Berlin: Springer.
- Soyka, M., Hasemann, S., Scharfenberg, C. D., Löhnert, B. & Bottlender, M. (2003). Prospektive Untersuchung zur Effizienz der ambulanten Entwöhnungstherapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse zur Haltequote und Katamnese. *Nervenarzt*, 74, 226-234.
- Soyka, M. & Küfner, H. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit* (6. vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Soyka, M., Lieb, M., Kagerer, S., Zingg, C., Koller, G. Lehnert, P., Limmer, C., Küfner, H. & Hennig-Fast, K. (2008). Cognitive functioning during methadone and buprenorphine treatment: results from a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 28 (6), 699-703.
- Soyka, M. & Preuss, U. (2003). Bedeutung glutamaterger Mechanismen für die Alkoholabhängigkeit – Ergebnisse genetischer, molekularbiologischer und neuropharmakologischer Studien. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 71 (Suppl. 1), 45-50.
- Soyka, M. & Schmidt, P. (2009). Outpatient alcoholism treatment - 24-month outcome and predictors of outcome. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4:15 doi:10.1186/1747-597X-4-15.
- Soyka, M., Zingg, C., Koller, G. & Hennig-Fast, K. (2009). Cognitive function in short- and long-term substitution treatment: Are there differences? *World Journal of Biological Psychiatry*, DOI: 10.1080/15622970902995604.
- Spanagel, R., Pendyala, G., Abarca, C., Zghoul, T., Sanchis-Segura, C., Magnone, M. C., Lascorz, J., Depner, M., Holzberg, D., Soyka, M., Schreiber, S., Matsuda, F., Lathrop, M., Schumann, G. & Albrecht, U. (2005). The circadian clock gene Period 2 influences the glutamatergic system and thereby modulates alcohol consumption. *Nature Medicine*, 11, 35-42.
- Steingass, H.-P. (1994). *Kognitive Funktionen Alkoholabhängiger*. Geesthacht: Neuland.
- Steingass, H.-P., Sartory, G. & Canavan, A. G. M. (1994). Chronic alcoholism and cognitive function: General decline or patterned impairment? *Personality and Individual Differences*, 17 (1), 97-109.

-
- Stockwell, T., Hodgson, R. & Rankin, H. (1982). Tension reduction and the effects of prolonged alcohol consumption. *British Journal of Addiction*, 77 (1), 65-73.
- Strickland, T. L., Mena, I., Villanueva-Meyer, J., Miller, B. L., Cummings, J., Mehringer, C. M., Satz, P. & Myers, H. (1993). Cerebral perfusion and neuropsychological consequences of chronic cocaine use. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 5, 419-427.
- Sullivan, E. V., Rosenbloom, M. J., Lim, K. O. & Pfefferbaum, A. (2000). Longitudinal changes in cognition, gait, and balance in abstinent and relapsed alcoholic men: relationships to changes in brain structure. *Neuropsychology*, 14, 178-188.
- Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction*, 96 (1), 175-186.
- Sweeney, P. D., Anderson, K. & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: a meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 974-991.
- Swofford, C. D., Kasckow, J. W., Scheller-Gilkey, G. & Inderbitzin, L. B. (1996). Substance use: A powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 20, 145-151.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Pearson Education, Inc.
- Tecklenburg, H. J. (2001). Umsetzung und Effektivität ambulanter Rehabilitation – Ergebnisse einer prospektiven, multizentrischen Katamnese (1994-1998) an anerkannten Behandlungsstellen in Schleswig-Holstein. *Sucht*, 47, 350-358.
- Teeson, M., Hall, W., Lynskey, M. & Degenhardt, L. (2000). Alcohol and drug use disorders in Australia: Implications of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 206-213.
- Tewes, U. (1991). *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene – Revision 1991 (HAWIE-R)*. Bern: Huber.
- Tretter, F. (2002). Der Rückfall als dysfunktionaler Output der Black Box? *Sucht*, 48 (6), 460-461.
- Tsai, G., Gastfriend, D. R. & Coyle, J. T. (1995). The glutamateric basic of human alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 152, 332-340.

-
- Undeutsch, U. (1981). Zur Richtigkeit der Aussagen der medizinisch-psychologischen Gutachten und ihre Überprüfung durch Langzeituntersuchungen. *Schriftenreihe der Deutschen Verkehrswissenschaftlichen Gesellschaft e.V., Reihe B*, 92-111.
- Veltrup, C. (1995). Eine empirische Analyse des Rückfallgeschehens bei entzugsbehandelten Alkoholabhängigen. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S. 25-35). Stuttgart: Enke.
- Verheul, R. (2007). Ätiologie der Komorbidität von Persönlichkeits- und Substanzstörungen. In F. Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2. überarb. Aufl.) S. 143-160. Bern: Huber.
- Verheul, R., Krauzler, H. R., Poling, J., Tennen, H., Ball, S. & Ronnsaville, B. J. (2000). Axis I and Axis II disorders in alcoholics and drug addicts: Fact or art fact? *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 101-110.
- Verheul, R., Van den Brink, W. & Geerlings, P. (1999). A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 197-222.
- Vielva, I. & Iraurgi, I. (2001). Cognitive and behavioural factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction*, 96, 297-303.
- Walitzer, K. S. & Dearing, R. L. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical Psychology Review*, 26, 128-148.
- Walter, M., Gerhard, U., Duersteler-MacFarland, K. M., Weijers, H-G., Boening, J. & Wiesbeck, G. A. (2006). Social factors but not stress-coping styles predict relapse in detoxified alcoholics. *Neuropsychobiology*, 54, 100-106.
- Walton, D. & Bathurst, J. (1998). An exploration of the perceptions of the average driver's speed compared to perceived driver safety and driving skill. *Accident Analysis and Prevention*, 30 (6), 821-830.
- Walton, M. A., Blow, F. C., Bingham, C. R. & Chermack, S. T. (2003). Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 28 (4), 627-642.
- Weinand, M. (1997). Kompensationsmöglichkeiten bei älteren Kraftfahrern mit Leistungsdefiziten. *Berichte der Bundesanstalt für Strassenwesen, Reihe Mensch und Sicherheit, Heft 77*.

-
- Weiner, B. (1980). *Human motivation*. New York: Holt, Rinehart and Winston (dt. *Motivationspsychologie*. Weinheim: Beltz, 1984.)
- Weissbach, T. A., Vogler, R. E. & Compton, J. V. (1976). Comments on the relationship between locus of control and alcohol abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 32 (2), 484-486.
- Werner, E. (1999). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In G. Opp (Hrsg.), *Was Kinder stärkt – Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 25-36). München: Reinhard.
- West, M. O. & Prinz, R. J. (1987). Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychological Bulletin*, 102, 204-218.
- Wills, T. A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90, 245-271.
- Wilson, R. S., Bennett, D. A. & Swartzendruber, A. (1997). Age-related change in cognitive function. In P. D. Nussbaum (Hrsg.), *Handbook of Neuropsychology and Aging* (S. 7-14). New York: Plenum Press.
- Wittchen, H.-U. (1996). Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168 (Suppl. 30), 9-16.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Wolin, S. & Wolin, S. J. (1995). Resilience among youth growing up in substance abusing families. *Pediatric Clinics of North America*, 42 (2), 415-429.
- Wood, H. P. & Duffy, E. L. (1966). Psychological factors in alcoholic women. *American Journal of Psychiatry*, 123, 431.
- Wood, J. V. & Taylor, K. L. (1991). Serving self-relevant goals through social comparison. In J. Suls & T. A. Wills (Hrsg.), *Social comparison* (S. 23-49). New Jersey: Hillsdale.
- Wright, M. H. & Obitz, F. W. (1984). Alcoholics' and nonalcoholics' attributions of control of future life events. *Journal of Studies on Alcohol*, 45 (2), 138-143.

-
- Zimmermann, P. & Fimm, B. (2002). *Ergänzungsmanual zur Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP) Version 1.7, Teil 2 (Statistiken)*. Herzogenrath: Psytest.
- Zimmermann, P. & Fimm, B. (2007). *TAP – Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung, Version 2.1, Teil 1*. Herzogenrath: Psytest.
- Zimmermann, P., Wittchen, H.-U., Hofler, M., Pfister, H., Kessler, R. C. & Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: A 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33 (7), 1211-1222.
- Zingg, C., Pülschen, D. & Soyka, M. (2009). Neuropsychological assessment of driving ability and self-evaluation: a comparison between driving offenders and a control group. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259 (8), 491-498.
- Zingg, C., Schmidt, P., Kufner, H., Kolb, W., Zemlin, U. & Soyka, M. (2008). Der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Alkoholabstinenz bei ambulant und stationär behandelten Patienten: Ergebnisse einer 2-Jahres-Katamnese. *Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie*, 59 (8), 307-313.
- Zingg, C. & Soyka, M. (2009). Die Bedeutung der Selbstwirksamkeit für Therapie und Prognose der Alkoholabhängigkeit. *Nervenheilkunde*, 28 (8), 514-517.
- Zobel, M. (2006). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Entwicklungsrisiken und -chancen* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-123.

9 Tabellenverzeichnis

| | | |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabelle 2-1 | Achtfelderschema der Kausalattributiondimensionen (nach Weiner, 1980)..... | 15 |
| Tabelle 3-1 | Häufigkeit der Komorbidität von substanzbezogenen Störungen mit anderen psychischen Störungen in Prozent und odds ratios (nach Moggi & Donati, 2004)..... | 50 |
| Tabelle 5-1 | Soziodemografische Daten der Stichprobe bei Behandlungsbeginn | 79 |
| Tabelle 5-2 | Krankheitsbezogene Daten der Stichprobe bei Behandlungsbeginn | 80 |
| Tabelle 5-3 | Krankheitsbezogene Daten der Stichprobe bei der Ein-Jahres-Katamnese | 82 |
| Tabelle 5-4 | Untersuchungsinstrumente bei T1, T2 und T3 | 84 |
| Tabelle 6-1 | Reliabilitätskoeffizienten (Cronbachs α) der Fragebogenskalen bei T1, T2 und T3 | 98 |
| Tabelle 6-2 | Trennschärfekoeffizienten und Cronbachs α für die Variablen des Modified Card Sorting Tests bei Behandlungsbeginn | 99 |
| Tabelle 6-3 | Trennschärfekoeffizienten und Cronbachs α für die Variablen des Modified Card Sorting Tests bei Behandlungsende | 100 |
| Tabelle 6-4 | Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen während der Behandlung | 104 |
| Tabelle 6-5 | Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung mit dreistufigem Messwiederholungsfaktor..... | 105 |
| Tabelle 6-6 | Unterschiede in Patientencharakteristika zwischen während der Behandlung rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten | 106 |
| Tabelle 6-7 | Mittelwertsunterschiede in den Fragebogenverfahren zwischen während der Behandlung rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten bei T1, T2 und T3 | 107 |
| Tabelle 6-8 | Faktorenanalyse für die Fragebogenvariablen bei Behandlungsbeginn sowie Kommunalitäten der vier extrahierten Hauptkomponenten nach Varimax-Rotation | 110 |
| Tabelle 6-9 | Univariate Varianzanalysen mit Zwischensubjektfaktor „Rückfälle während der Behandlung“ | 111 |
| Tabelle 6-10 | Univariate Varianzanalysen mit Zwischensubjektfaktor „Abstinenz bis zur Ein-Jahres-Katamnese“ | 112 |
| Tabelle 6-11 | Mittelwertsunterschiede in den Leistungstestverfahren zwischen während der Behandlung rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten bei T1, T2 und T3 | 113 |
| Tabelle 6-12 | Multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung mit dem Zwischensubjektfaktor „Rückfälligkeit während Behandlung“ und zweistufigem Messwiederholungsfaktor „Zeitpunkt“ | 114 |
| Tabelle 6-13 | Multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung mit dem Mediansplit der jeweiligen Skala als Zwischensubjektfaktor und zweistufigem Messwiederholungsfaktor „Zeitpunkt“ | 116 |
| Tabelle 6-14 | Univariate Varianzanalysen mit den FKK- und IPC-A-Skalen als unabhängige Variablen und der Symptombelastung im BSI als abhängige Variable | 121 |
| Tabelle 6-15 | Logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage der Abstinenz bis zur Katamnese..... | 122 |
| Tabelle 6-16 | Signifikante Mittelwertsunterschiede bei Behandlungsbeginn zwischen Patienten mit und ohne komorbide Depression | 126 |
| Tabelle 6-17 | Veränderungen in den Leistungstestvariablen von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende bei der gesamten Stichprobe..... | 128 |
| Tabelle 6-18 | Faktorenanalyse für die Leistungstestvariablen bei Behandlungsbeginn sowie Kommunalitäten der vier extrahierten Hauptkomponenten nach Varimax-Rotation | 129 |
| Tabelle 6-19 | Posthoc-Tests (Games-Howell) für die Selbsteinschätzungsränge und die vier kognitiven Faktoren..... | 135 |

| | | |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabelle 6-20 | Posthoc-Tests (Scheffé) für die Selbsteinschätzungsränge und die Internalitätsskalen..... | 136 |
| Tabelle 11-1 | Mittelwerte und Standardabweichungen der Fragebogen- und Leistungstestvariablen sowie der Selbsteinschätzung zu den drei Messzeitpunkten (Rohwerte)..... | 189 |
| Tabelle 11-2 | Mittelwerte und Standardabweichungen der T-normierten Werte im Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) und im Brief Symptom Inventory (BSI) für die gesamte Stichprobe zu allen drei Messzeitpunkten..... | 190 |
| Tabelle 11-3 | Mittelwerte und Standardabweichungen der Normwerte in den Leistungstestvariablen für die gesamte Stichprobe am Beginn (T1) und am Ende (T2) der Behandlung..... | 191 |
| Tabelle 12-1 | Korrelationskoeffizienten (Pearson) der Fragebogenvariablen bei Behandlungsbeginn (T1) | 193 |
| Tabelle 12-2 | Korrelationskoeffizienten (Pearson) der Fragebogenvariablen bei Behandlungsende (T2) ... | 194 |
| Tabelle 12-3 | Korrelationskoeffizienten (Pearson) der Fragebogenvariablen bei der Ein-Jahres-Katamnese (T3) | 195 |
| Tabelle 12-4 | Korrelationskoeffizienten (Pearson) der Fragebogenvariablen zwischen T1 und T2, T1 und T3 sowie T2 und T3 | 196 |
| Tabelle 12-5 | Korrelationskoeffizienten (Spearman's Rho) der Leistungstestvariablen bei Behandlungsbeginn (T1) | 197 |
| Tabelle 12-6 | Korrelationskoeffizienten (Spearman's Rho) der Leistungstestvariablen bei Behandlungsende (T2)..... | 198 |
| Tabelle 12-7 | Korrelationskoeffizienten (Spearman's Rho) der Leistungstestvariablen zwischen Behandlungsbeginn (T1) und Behandlungsende (T2) | 199 |
| Tabelle 12-8 | Korrelationskoeffizienten (Spearman's Rho) der Selbsteinschätzungsdaten bei Behandlungsbeginn (T1) und Behandlungsende (T2) | 200 |
| Tabelle 12-9 | Korrelationskoeffizienten (Spearman's Rho) der Leistungstestvariablen und der Selbsteinschätzung bei Behandlungsbeginn (T1) | 201 |
| Tabelle 12-10 | Korrelationskoeffizienten (Spearman's Rho) der Leistungstestvariablen und der Selbsteinschätzung bei Behandlungsende (T2) | 202 |

10 Abbildungsverzeichnis

| | | |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Abbildung 2-1 | Handlungstheoretisches Partialmodell der Persönlichkeit (nach Krampen, 2004)..... | 23 |
| Abbildung 3-1 | Zeitliches Muster der Komorbidität von Alkoholabhängigkeit mit anderen psychischen Störungen (nach Kessler et al., 1997, in Lieb & Isensee, 2007)..... | 51 |
| Abbildung 6-1 | Verlauf der IPC-A-Skala fatalistische Externalität prospektiv bei abstinenten und rückfälligen Patienten während der Behandlung (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende)..... | 115 |
| Abbildung 6-2 | Verlauf der FKK-Skala Internalität im Behandlungsverlauf bei Patienten unterhalb resp. oberhalb des Medians bei Behandlungsbeginn (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende)..... | 117 |
| Abbildung 6-3 | Verlauf der FKK-Skala Selbstkonzept eigener Fähigkeiten bei abstinenten und rückfälligen Patienten über die drei Messzeitpunkte (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende; 3=Ein-Jahres-Katamnese)..... | 118 |
| Abbildung 6-4 | Verlauf der FKK-Skala sozial bedingte Externalität bei abstinenten und rückfälligen Patienten über die drei Messzeitpunkte (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende; 3=Ein-Jahres-Katamnese)..... | 119 |
| Abbildung 6-5 | Verlauf der FKK-Skala fatalistische Externalität bei abstinenten und rückfälligen Patienten über die drei Messzeitpunkte (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende; 3=Ein-Jahres-Katamnese)..... | 119 |
| Abbildung 6-6 | Verlauf der IPC-A-Skala Fatalistische Externalität prospektiv bei abstinenten und rückfälligen Patienten über die drei Messzeitpunkte (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende; 3=Ein-Jahres-Katamnese)..... | 120 |
| Abbildung 6-7 | Verlauf der FKK-Skala fatalistische Externalität bei Patienten mit hohen resp. niedrigen Werten auf der EFB-Skala Behandlungsmotive während der Behandlung (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende)..... | 124 |
| Abbildung 6-8 | Verlauf der FKK-Skala sozial bedingte Externalität bei Patienten mit hohen resp. niedrigen Werten auf dem Faktor „Intellektuelle Leistungsfähigkeit“ über die drei Messzeitpunkte (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende; 3=Katamnese)..... | 132 |
| Abbildung 6-9 | Verlauf der FKK-Skala fatalistische Externalität bei Patienten mit hohen resp. niedrigen Werten auf dem Faktor „Intellektuelle Leistungsfähigkeit“ über die drei Messzeitpunkte (1=Behandlungsbeginn; 2=Behandlungsende; 3=Katamnese)..... | 133 |
| Abbildung 15-1 | Beispielsituation im MCST, dargeboten am Computer..... | 220 |

11 Anhang A

Mittelwerte und Standardabweichungen der Fragebogen- und Testresultate sowie der Selbsteinschätzungswerte

Tabelle 11-1 Mittelwerte und Standardabweichungen der Fragebogen- und Leistungstestvariablen sowie der Selbsteinschätzung zu den drei Messzeitpunkten (Rohwerte)

| Test | Variable | T1 | | T2 | | T3 | |
|------------|---------------------------------------|----------|----------------|----------|----------------|----------|---------------|
| | | <i>n</i> | <i>M (s)</i> | <i>n</i> | <i>M (s)</i> | <i>n</i> | <i>M (s)</i> |
| BSI | | 100 | 39.32 (33.40) | 77 | 26.95 (30.44) | 50 | 25.82 (28.71) |
| | Selbstkonzept | | 30.69 (7.97) | | 32.87 (7.45) | | 33.64 (7.9) |
| | Internalität | | 33.14 (6.22) | | 33.99 (5.70) | | 35.11 (5.70) |
| FKK | Soziale Externalität | 98 | 24.57 (6.82) | 78 | 22.74 (6.93) | 50 | 22.34 (7.61) |
| | Fatalistische Externalität | | 23.27 (6.95) | | 21.77 (7.07) | | 21.07 (7.17) |
| | Selbstkonzept retrospektiv | | 18.72 (5.61) | | 18.58 (6.11) | | 18.38 (5.89) |
| | Selbstkonzept prospektiv | | 25.02 (3.42) | | 25.42 (3.58) | | 25.5 (4.28) |
| IPCA | Internalität prospektiv | 98 | 25.44 (3.27) | 78 | 26.12 (3.03) | 50 | 26.34 (2.91) |
| | Fatalistische Externalität prospektiv | | 12.03 (4.06) | | 11.14 (4.23) | | 11.24 (4.50) |
| | Behandlungsbereitschaft | | 54.44 (5.73) | | - | | - |
| EFB | Behandlungsmotive | 100 | 47.99 (14.25) | - | - | - | - |
| | Krankheitseinsicht | | 16.8 (5.01) | | - | | - |
| | Gedanken | | 4.37 (3.37) | | - | | - |
| OCDS | Handlungsimpulse | 100 | 8.73 (3.61) | - | - | - | - |
| | Gesamt | | 13.10 (6.34) | | - | | - |
| | Rohwerte | | 28.00 (4.20) | | 28.76 (3.49) | | - |
| MWT-B | Intelligenzquotient | 96 | 105.24 (12.44) | 70 | 106.83 (11.50) | - | - |
| | Selbsteinschätzung | | 4.15 (.89) | | 4.23 (.75) | | - |
| | Rohwerte | | 29.18 (9.67) | | 31.70 (8.89) | | - |
| Mosaiktest | Selbsteinschätzung | 98 | 3.72 (1.08) | 71 | 4.10 (.85) | - | - |

| | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---|
| MCST | Gesamtwert ^a | 100 | 7.69 (2.29) | 74 | 8.47 (2.15) | - | - |
| | Selbsteinschätzung | | 3.84 (1.06) | | 3.93 (.98) | - | - |
| Geteilte Aufmerksamkeit | Reaktionszeiten (visuell) | | 844.55 (150.69) | | 827.17 (125.78) | - | - |
| | Reaktionszeiten (auditiv) | | 613.64 (172.25) | | 582.84 (87.98) | - | - |
| | Auslasser (visuell) | 99 | 1.91 (1.99) | 71 | 1.59 (1.58) | - | - |
| | Auslasser (auditiv) | | 1.40 (2.51) | | .93 (2.33) | - | - |
| | Selbsteinschätzung | | 4.26 (1.0) | | 4.37 (1.0) | - | - |
| | Visuelles Scanning | Reaktionszeiten (kritische Reize) | | 3165.17 (934.49) | | 2892.29 (726.55) | - |
| | Reaktionszeiten (nicht krit. Reize) | 93 | 5877.97 (2004.57) | 65 | 5505.66 (2189.64) | - | - |
| | Auslasser (krit. Reize) | | 7.67 (7.07) | | 5.58 (4.71) | - | - |
| | Selbsteinschätzung | | 4.29 (1.07) | | 4.40 (1.03) | - | - |

Anmerkungen. * p<.05; ** p<.01

T1=Behandlungsbeginn; T2=Behandlungsende; T3=Ein-Jahres-Katamnese; BSI=Brief Symptom Inventory; IPC-A=IPC-Skala für Alkoholiker; FKK=Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen; EFB=Fragebogen zur Behandlungsmotive; OCDS-G=Obsessive Compulsive Drinking Scale-deutsche Version; MWT-B=Mehrfachwahl-Wortschatz-Test Form B; MCST=Modifizierter Wisconsin Card Sorting Test; TAP=Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung

^a Der Gesamtwert entspricht dem Mittelwert der Variablen Anzahl Richtige, Anzahl Fehler, Anzahl Perseverationen und Anzahl abgeschlossener Kategorien (Reliabilitätsanalyse in Anhang A)

Tabelle 11-2 Mittelwerte und Standardabweichungen der T-normierten Werte im Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) und im Brief Symptom Inventory (BSI) für die gesamte Stichprobe zu allen drei Messzeitpunkten

| Fragebogen | Variable | T1 (n=98) | T2 (n=78) | T3 (n=50) |
|------------|----------------------------|---------------|---------------|---------------|
| | | M (s) | M (s) | M (s) |
| FKK | Selbstkonzept | 49.01 (12.95) | 52.64 (12.6) | 54.14 (13.05) |
| | Internalität | 52.27 (11.7) | 53.96 (10.91) | 55.72 (11.2) |
| | Soziale Externalität | 48.15 (11.53) | 45.21 (11.13) | 44.54 (12.25) |
| | Fatalistische Externalität | 45.0 (11.17) | 42.86 (11.1) | 41.62 (11.36) |
| BSI | Global Severity Index | 59.6 (16.0) | 53.27 (14.88) | 52.38 (16.4) |

Tabelle 11-3 Mittelwerte und Standardabweichungen der Normwerte in den Leistungstestvariablen für die gesamte Stichprobe am Beginn (T1) und am Ende (T2) der Behandlung

| Leistungstest | Variable | T1 | | T2 | |
|---------------------------------------------|----------------------------------|----------|----------------|----------|---------------|
| | | <i>n</i> | <i>M (s)</i> | <i>n</i> | <i>M (s)</i> |
| Mehrfachwahl-Wortschatz-Test | Intelligenzquotient | 96 | 105.24 (12.44) | 70 | 106.83 (11.5) |
| Mosaiktest | Wertpunkte ^a | 98 | 9.07 (3.03) | 71 | 9.86 (3.05) |
| MCST ^b | Anzahl abgeschlossene Kategorien | 100 | 4.88 (1.16) | 74 | 5.15 (1.12) |
| | Anzahl Fehler | | 8.37 (3.6) | | 6.74 (3.84) |
| | Anzahl Perseverationen | | 1.85 (2.22) | | 1.43 (1.92) |
| GA: Reaktionszeiten auditiv | T-Werte | 99 | 46.26 (7.66) | 71 | 47.77 (4.74) |
| GA: Reaktionszeiten visuell | T-Werte | | 48.81 (5.75) | | 49.7 (4.26) |
| GA: Auslasser auditiv | T-Werte | | 42.45 (5.99) | | 44.01 (5.16) |
| GA: Auslasser visuell | T-Werte | | 46.69 (9.56) | | 47.93 (8.77) |
| VS: Reaktionszeiten (kritische Reize) | T-Werte | 93 | 45.59 (6.3) | 65 | 47.63 (4.66) |
| VS: Reaktionszeiten (nicht kritische Reize) | T-Werte | | 44.63 (7.25) | | 46.09 (6.96) |
| VS: Auslasser (kritische Reize) | T-Werte | | 48.48 (10.29) | | 51.2 (9.06) |

Anmerkungen. MCST=Modified Card Sorting Test; GA=Geteilte Aufmerksamkeit; VS=Visuelles Scanning.

^a Der Normbereich liegt zwischen 7 und 13 Wertpunkten.

^b Beim MCST liegen die Normwerte gemäss Obonsawin et al. (1999) für die Anzahl abgeschlossener Kategorien zwischen 4 und 6, für die Anzahl Fehler zwischen 2 und 14 sowie für die Anzahl Perseverationen zwischen 0 und 6.

12 Anhang B

Korrelationskoeffizienten

Tabelle 12-1 Korrelationskoeffizienten (Pearson) der Fragebogenvariablen bei Behandlungsbeginn (T1)

| | FKK-SK | FKK-I | FKK-P | FKK-C | IPCA-SKR | IPCA-SKP | IPCA-IP | IPCA-CP | EFB-B | EFB-M | EFB-E | OCDS-G | OCDS-H |
|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| BSI | -.68** | -.40 | .41** | .36** | -.35** | -.36** | -.31* | .24* | -.17 | .11 | .02 | .46** | .28** |
| FKK-SK | | .55** | -.57** | -.56** | .45** | .40** | .48** | -.30** | .33** | -.25* | -.14 | -.49** | -.34** |
| FKK-I | | | -.39** | -.21* | .13 | .44** | .55** | -.10 | .40** | -.04 | .06 | -.31** | -.20 |
| FKK-P | | | | .52** | -.44** | -.34** | -.34** | .31* | -.18 | .23* | .15 | .27** | .29** |
| FKK-C | | | | | -.29* | -.25* | -.23* | .53** | -.15 | .26* | .17 | .35** | .23* |
| IPCA-SKR | | | | | | .11 | .13 | -.15 | .05 | -.39** | -.37** | -.43** | -.49** |
| IPCA-SKP | | | | | | | .69** | -.37** | .46** | .17 | .43** | -.42** | -.28** |
| IPCA-IP | | | | | | | | -.33** | .56** | .09 | .20* | -.39** | -.25* |
| IPCA-CP | | | | | | | | | -.21* | -.06 | -.02 | .30** | .13 |
| EFB-B | | | | | | | | | | .14 | .09 | -.29** | -.15 |
| EFB-M | | | | | | | | | | | .38** | .20* | .22* |
| EFB-E | | | | | | | | | | | | .18 | .33** |
| OCDS-G | | | | | | | | | | | | | .65** |

Anmerkungen. N=100.

BSI=Brief Symptom Inventory; FKK=Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (SK=Selbstkonzept; I=Internalität; P=Powerful others; C=Chance); IPC-A=IPC-Skala für Alkoholiker (SKR=Selbstkonzept retrospektiv; SKP=Selbstkonzept prospektiv; IP=Internalität prospektiv; CP=Chance prospektiv); EFB=Fragebogen zur Behandlungsmotivation (B=Behandlungsbereitschaft, Items Nr. 10 und Nr. 11; M=Behandlungsmotive; E=Krankheitseinsicht); OCDS-G=Obsessive Compulsive Drinking Scale-deutsche Version (G=Gedanken; H=Handlungsimpulse).

* p<.05; ** p<.01.

Tabelle 12-2 Korrelationskoeffizienten (Pearson) der Fragebogenvariablen bei Behandlungsende (T2)

| | FKK-SK | FKK-I | FKK-P | FKK-C | IPCA-SKR | IPCA-SKP | IPCA-IP | IPCA-CP |
|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|
| BSI | -.69** | -.39** | .44** | .33** | -.36** | -.52** | -.28* | .48** |
| FKK-SK | | .53** | -.59** | -.46** | .33** | .42** | .46** | -.43** |
| FKK-I | | | -.28* | -.16 | .12 | .31* | .47** | -.01 |
| FKK-P | | | | .61** | -.41** | -.20 | -.37** | .47** |
| FKK-C | | | | | -.34** | -.13 | -.21 | .56** |
| IPCA-SKR | | | | | | .03 | .02 | -.37** |
| IPCA-SKP | | | | | | | .64** | -.26* |
| IPCA-IP | | | | | | | | -.28* |

Anmerkungen. N=78.

BSI=Brief Symptom Inventory; FKK=Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (SK=Selbstkonzept; I=Internalität; P=Powerful others; C=Chance); IPC-A=IPC-Skala für Alkoholiker (SKR=Selbstkonzept retrospektiv; SKP=Selbstkonzept prospektiv; IP=Internalität prospektiv; CP=Chance prospektiv).

* p<.05; ** p<.01.

Tabelle 12-3 Korrelationskoeffizienten (Pearson) der Fragebogenvariablen bei der Ein-Jahres-Katamnese (T3)

| | FKK-SK | FKK-I | FKK-P | FKK-C | IPCA-SKR | IPCA-SKP | IPCA-IP | IPCA-CP |
|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|
| BSI | -.67** | -.46** | .52** | .53** | -.22 | -.69** | -.38** | .47** |
| FKK-SK | | .59** | -.65** | -.72** | .37** | .58** | .36** | -.64** |
| FKK-I | | | -.46** | -.39** | .11 | .29* | .46** | -.36* |
| FKK-P | | | | .59** | -.20 | -.51** | -.43** | .66** |
| FKK-C | | | | | -.18 | -.56** | -.35* | .64** |
| IPCA-SKR | | | | | | -.20 | -.19 | .35* |
| IPCA-SKP | | | | | | | .47** | -.42** |
| IPCA-IP | | | | | | | | -.41** |

Anmerkungen. N=50.

BSI=Brief Symptom Inventory; FKK=Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (SK=Selbstkonzept; I=Internalität; P=Powerful others; C=Chance); IPC-A=IPC-Skala für Alkoholiker (SKR=Selbstkonzept retrospektiv; SKP=Selbstkonzept prospektiv; IP=Internalität prospektiv; CP=Chance prospektiv)

* p<.05; ** p<.01.

Tabelle 12-4 Korrelationskoeffizienten (Pearson) der Fragebogenvariablen zwischen T1 und T2, T1 und T3 sowie T2 und T3

| | T2 | | | | | | | | | | T3 | | | | | | | | | |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|----------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|----------|---------|---------|--|--|
| | BSI | FKK-SK | FKK-I | FKK-P | FKK-C | IPCA-SKR | IPCA-SKP | IPCA-IP | IPCA-CP | BSI | FKK-SK | FKK-I | FKK-P | FKK-C | IPCA-SKR | IPCA-SKP | IPCA-IP | IPCA-CP | | |
| T1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BSI | .69** | -.63** | -.34** | .33 | .17 | -.23* | -.33** | -.16 | .26* | .70** | -.50** | -.28 | .35* | .32* | -.42** | -.30* | .27 | | | |
| FKK-SK | -.46** | .76** | .47** | -.46** | -.30** | .36** | .19 | .29* | -.31** | -.58** | .65** | .50** | -.51** | -.48** | .31* | .46** | -.35* | | | |
| FKK-I | -.36** | .50** | .62** | -.29** | -.07 | .14 | .19 | .36** | -.06 | -.27 | .32* | .44** | -.42** | -.10 | .37** | .34* | .27 | | | |
| FKK-P | .28* | -.53** | -.34** | .74** | .41** | -.28* | -.16 | -.35** | .38** | .43** | -.47** | -.24 | .72** | .44** | -.20 | -.32* | .39** | | | |
| FKK-C | .29** | -.43** | -.25* | .38** | .71** | -.32** | -.10 | -.16 | .45** | .49** | -.54** | -.41** | .41** | .71** | -.35* | -.47** | .57** | | | |
| IPCA-SKR | -.26* | .27* | .06 | -.37** | -.19 | .64** | -.03 | .00 | -.27* | -.28* | .32* | .10 | -.33* | -.19 | .29* | .13 | .18 | | | |
| IPCA-SKP | -.35** | .43** | .33** | -.31** | -.20 | .13 | .49** | .49** | -.25 | -.60** | .55** | .44** | -.56** | -.46** | .09 | .54** | -.40** | | | |
| IPCA-IP | -.26* | .38** | .37** | -.24* | -.05 | .16 | .36** | .54** | -.20 | -.33* | .30* | .37** | -.44** | -.21 | .21 | .31* | -.35* | | | |
| IPCA-CP | .21 | -.21 | -.10 | .23* | .42** | -.23* | -.16 | -.17 | .52** | .34* | -.38** | -.25 | .43** | .44** | -.27 | -.24 | -.19 | | | |
| T2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BSI | .85** | -.58** | -.41** | .36* | .38* | -.17 | -.51** | -.39** | .33* | -.72** | .73** | .56** | -.47** | -.52** | .21 | .52** | .24 | | | |
| FKK-SK | -.30* | .28 | .59** | -.17 | -.10 | .04 | .26 | .26 | -.07 | -.30* | .28 | .59** | -.17 | -.10 | .04 | .26 | .26 | | | |
| FKK-I | .36* | -.45** | -.22 | .66** | .38* | -.11 | -.24 | -.16 | .27 | .28 | -.43** | -.25 | .31* | .69** | -.17 | -.33* | -.11 | | | |
| FKK-P | .42** | -.39** | -.14 | .26 | .15 | .43** | -.33* | -.20 | .34* | .42** | -.39** | -.14 | .26 | .15 | .43** | -.33* | -.20 | | | |
| FKK-C | -.53** | .50** | .31* | -.46** | -.48** | -.06 | .56** | -.40** | -.40** | -.53** | .50** | .31* | -.46** | -.48** | -.06 | .56** | -.40** | | | |
| IPCA-SKR | -.37* | .50** | .40** | -.62** | -.48** | -.04 | .60** | .51** | -.40** | -.37* | .50** | .40** | -.62** | -.48** | -.04 | .60** | .51** | | | |
| IPCA-SKP | .46** | -.51** | -.24 | .59** | .60** | -.28 | -.36* | -.34* | .62** | .46** | -.51** | -.24 | .59** | .60** | -.28 | -.36* | -.34* | | | |

Anmerkungen. T1=Behandlungsbeginn; T2=Behandlungsende; T3=Ein-Jahres-Katamnese; BSI=Brief Symptom Inventory; FKK=Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (SK=Selbstkonzept I=Internalität; P=Powerful others; C=Chance); IPCA=IPC-Skala für Alkoholiker (SKR=Selbstkonzept retrospektiv; SKP=Selbstkonzept prospektiv; IP=Internalität prospektiv; CP=Chance prospektiv)
* p<.05; ** p<.01.

Tabelle 12-5 Korrelationskoeffizienten (Spearman's Rho) der Leistungstestvariablen bei Behandlungsbeginn (T1)

| | MT | MCST | GA: Reaktionszeiten (auditiv) zeiten (visuell) | GA: Auslasser (auditiv) | GA: Auslasser (visuell) | VS: Reaktionszeiten (kritische Reize) | VS: Reaktionszeiten (nicht kritische Reize) | VS: Auslasser (kritische Reize) |
|----------------------------------------------------|------|-------|------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|
| MWT | .23* | .34** | .06 | -.18 | -.08 | -.24* | -.17 | -.01 |
| MT | | .43** | -.07 | -.45** | -.20* | -.53** | -.45** | -.32** |
| MCST | | | .03 | -.21* | -.23* | -.27** | -.15 | -.26* |
| GA: Reaktionszeiten (auditiv) | | | .23* | | .17 | -.14 | .29** | -.19 |
| GA: Reaktionszeiten (visuell) | | | | .30** | | .52** | .28** | .28** |
| GA: Auslasser (auditiv) | | | | | .25* | | .20 | .25* |
| GA: Auslasser (visuell) | | | | | | .28** | .31** | .38** |
| VS: Reaktionszeiten (kritische Reize) | | | | | | | .82** | -.06 |
| VS: Reaktionszeiten (nicht kritische Reize) | | | | | | | | -.10 |

Anmerkungen. MWT=Mehrfachwahl-Wortschatz-Test (n=96); MT=Mosaiktest (n=98); MCST=Modified Card Sorting Test (n=100); GA=Geteilte Aufmerksamkeit (n=99); VS=Visuelles Scanning (n=93).

* p<.05; ** p<.01.

Tabelle 12-6 Korrelationskoeffizienten (Spearman's Rho) der Leistungstestvariablen bei Behandlungsende (T2)

| | MT | MCST | GA: Reaktionszeiten (auditiv) | GA: Reaktionszeiten (visuell) | GA: Auslasser (auditiv) | GA: Auslasser (visuell) | VS: Reaktionszeiten (nicht kritische Reize) | VS: Reaktionszeiten (kritische Reize) | VS: Auslasser (kritische Reize) |
|----------------------------------------------------|-----|-------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| MWT | .15 | .07 | .21 | -.17 | -.22 | -.28* | -.31* | -.27* | -.22 |
| MT | | .46** | -.17 | -.62** | -.16 | -.59** | -.48** | -.48** | -.37** |
| MCST | | | -.06 | -.40** | -.16 | -.38** | -.05 | -.04 | -.09 |
| GA: Reaktionszeiten (auditiv) | | | | .34** | .07 | .09 | .28* | .22 | .14 |
| GA: Reaktionszeiten (visuell) | | | | | .02 | .35** | .48** | .45** | .31* |
| GA: Auslasser (auditiv) | | | | | | .24* | .21 | .12 | .28* |
| GA: Auslasser (visuell) | | | | | | | .28* | .21 | .31* |
| VS: Reaktionszeiten (kritische Reize) | | | | | | | | .88** | .18 |
| VS: Reaktionszeiten (nicht kritische Reize) | | | | | | | | | .10 |

Anmerkungen. MWT=Mehrfachwahl-Wortschatz-Test ($n=70$); MT=Mosaiktest ($n=71$); MCST=Modified Card Sorting Test $n=74$; GA=Geteilte Aufmerksamkeit ($n=71$); VS=Visuelles Scanning ($n=65$).

* $p<.05$; ** $p<.01$.

Tabelle 12-7 Korrelationskoeffizienten (Spearman's Rho) der Leistungstestvariablen zwischen Behandlungsbeginn (T1) und Behandlungsende (T2)

| T1 | T2 | | | | | | | | |
|--------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| | MWT | MT | MCST | GA: Reaktions- zeiten (auditiv) | GA: Reaktions- zeiten (visuell) | GA: Auslasser (auditiv) | GA: Auslasser (visuell) | VS: Reaktions- zeiten (n. krit. Reize) | VS: Auslasser (kritische Rei- ze) |
| MWT | .83** | .19 | .08 | .11 | -.30* | -.18 | -.20 | -.32** | -.10 |
| MT | .21 | .82** | .51** | -.15 | -.49** | -.22 | -.54** | -.37** | -.39** |
| MCST | .44** | .30* | .43** | -.18 | -.31** | -.24* | -.41** | -.11 | -.23 |
| GA: Reaktionszeiten (auditiv) | -.01 | -.01 | .05 | .64** | .24* | .04 | .08 | .20 | .22 |
| GA: Reaktionszeiten (visuell) | -.20 | -.58** | -.39** | .23 | .73** | .19 | .41** | .40** | .34** |
| GA: Auslasser (auditiv) | -.20 | -.24* | -.21 | .21 | .22 | .39** | .35** | .36** | .32** |
| GA: Auslasser (visuell) | -.17 | -.60** | -.23* | .04 | .53** | .23 | .57** | .41** | .40** |
| VS: Reaktionszeiten (krit. Reize) | -.15 | -.39** | -.16 | .37** | .31** | .34** | .24* | .64** | .67** |
| VS: Reaktionszeiten (nicht krit. Reize) | -.14 | -.26* | -.51** | .31** | .39** | .27* | .24* | .67** | .80** |
| VS: Auslasser (kritische Reize) | -.21 | -.46** | -.17 | -.06 | .34** | .10 | .33** | .16 | .12 |

Anmerkungen. MWT=Mehrfachwahl-Wortschatz-Test (n=70); MT=Mosaiktest (n=71); MCST=Modified Card Sorting Test n=74; GA=Geteilte Aufmerksamkeit (n=71); VS=Visuelles Scanning (n=65).

* p<.05; ** p<.01.

Tabelle 12-8 Korrelationskoeffizienten (Spearman's Rho) der Selbsteinschätzungsdaten bei Behandlungsbeginn (T1) und Behandlungsende (T2)

| | | T1 | | | | T2 | | | | |
|----|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | MT | MCST | GA | VS | MWT | MT | MCST | GA | VS |
| T1 | MWT | .31** | .26* | .37** | .34** | .36** | .12 | .06 | .25* | .21 |
| | MT | | .45** | .26* | .16 | .29* | .29* | .24* | .28* | .03 |
| | MCST | | | .42** | .27** | .18 | .14 | .34** | .43** | .25* |
| | GA | | | | .62** | .29* | .34** | .28* | .46** | .47** |
| | VS | | | | | .35** | .47** | .19 | .47** | .60** |
| T2 | MWT | | | | | | .24* | .28* | .45** | .36** |
| | MT | | | | | | | .20 | .33** | .51** |
| | MCST | | | | | | | | .58** | .30* |
| | GA | | | | | | | | | .49** |

Anmerkungen. MWT=Mehrfachwahl-Wortschatz-Test ($n=96$); MT=Mosaiktest ($n=98$); MCST=Modified Card Sorting Test ($n=100$); GA=Geteilte Aufmerksamkeit ($n=99$); VS=Visuelles Scanning ($n=93$).

* $p < .05$; ** $p < .01$.

Tabelle 12-9 Korrelationskoeffizienten (Spearman's Rho) der Leistungstestvariablen und der Selbsteinschätzung bei Behandlungsbeginn (T1)

| | MWT | MT | MCST | GA: Reaktions- zeiten (auditiv) | GA: Reaktions- zeiten (visuell) | GA: Auslasser (auditiv) | GA: Auslasser (visuell) | VS: Reaktions- zeiten (krit. Reize) | VS: Reaktions- zeiten (n. krit. Reize) | VS: Auslasser (kritische Rei- ze) |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Selbsteinschätzung | | | | | | | | | | |
| MWT | .49** | .22* | .16 | .03 | -.27** | -.20 | -.31** | -.17 | -.19 | -.10 |
| MT | .12 | .34** | .22* | .02 | .02 | -.12 | -.19 | -.07 | -.02 | -.29** |
| MCST | .12 | .30** | .59** | .00 | -.06 | -.23* | -.24* | -.14 | -.07 | -.27** |
| Geteilte Aufmerk- samkeit | .11 | .42** | .23* | -.16 | -.22* | -.36** | -.31** | -.24* | -.31** | -.31** |
| Visuelles Scanning | -.02 | .24* | .05 | -.05 | -.22* | -.23* | -.30** | -.16 | -.17 | -.47** |

Anmerkungen. MWT=Mehrfachwahl-Wortschatz-Test ($n=96$); MT=Mosaiktest ($n=98$); MCST=Modified Card Sorting Test ($n=100$); GA=Geteilte Aufmerksamkeit ($n=99$); VS=Visuelles Scanning ($n=93$).

* $p < .05$; ** $p < .01$.

Tabelle 12-10 Korrelationskoeffizienten (Spearman's Rho) der Leistungstestvariablen und der Selbsteinschätzung bei Behandlungsende (T2)

| Selbsteinschätzung | MWT | MT | MCST | GA: | | GA: Reaktionszeiten (visuell) | GA: Auslasser (auditiv) | GA: Auslasser (visuell) | VS: | | VS: Reaktionszeiten (n. krit. Reize) | VS: Auslasser (kritische Reize) |
|-------------------------|------|-------|-------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| | | | | Reaktionszeiten (auditiv) | Reaktionszeiten (visuell) | | | | Reaktionszeiten (krit. Reize) | Reaktionszeiten (n. krit. Reize) | | |
| MWT | .17 | -.07 | -.09 | .16 | .12 | -.18 | -.07 | -.17 | -.18 | .00 | | |
| MT | -.03 | .40** | .08 | .03 | -.08 | -.10 | -.19 | -.15 | -.16 | -.35** | | |
| MCST | .07 | .31** | .63** | .14 | -.19 | -.10 | -.35** | .01 | .04 | -.04 | | |
| Geteilte Aufmerksamkeit | .20 | .33** | .29* | .19 | -.18 | -.43** | -.39** | -.24 | -.27* | -.19 | | |
| Visuelles Scanning | -.02 | .22 | .10 | .18 | -.18 | -.15 | -.29* | -.22 | -.28* | -.34* | | |

Anmerkungen. MWT=Mehrfachwahl-Wortschatz-Test (n=70); MT=Mosaiktest (n=71); MCST=Modified Card Sorting Test n=74; GA=Geteilte Aufmerksamkeit (n=71); VS=Visuelles Scanning (n=65).

p<.05; ** p<.01.

13 Anhang C

Interviews

INTERVIEWLEITFADEN FÜR DEN 1. ERHEBUNGSZEITPUNKT

Demografische Angaben

1. Alter: _____
2. Geschlecht: _____
3. Familienstand:
 - ledig
 - verheiratet
 - geschieden
 - verwitwet
4. Höchster Schulabschluss:
 - ohne Schulabschluss
 - Sonderschulabschluss
 - Hauptschulabschluss
 - abgeschlossene Berufslehre
 - Abitur
 - Hochschulabschluss

Aktuelle Lebenssituation

1. Erwerbstätigkeit vor der Behandlung
 - erwerbstätig
 - arbeitsunfähig
 - arbeitslos

Falls arbeitsunfähig oder arbeitslos: Seit wann? _____

2. Wohnsituation vor der Behandlung
 - allein lebend
 - mit PartnerIn
 - allein mit Kindern
 - mit PartnerIn und Kindern
 - mit sonstigen Personen

- in institutioneller Umgebung

3. Veränderungen, die durch Alkohol (mit)verursacht sind

im Familienstand:

- nicht durchs Trinken beeinträchtigt
- durchs Trinken bedroht
- durchs Trinken beschädigt/verändert
falls ja: wie? _____

in der Wohnsituation:

- nicht durchs Trinken beeinträchtigt
- durchs Trinken bedroht
- durchs Trinken beschädigt/verändert
falls ja: wie? _____

am Arbeitsplatz

- nicht durchs Trinken beeinträchtigt
- durchs Trinken bedroht
- durchs Trinken beschädigt/verändert
falls ja: wie? _____

Fahrausweis

- nicht durchs Trinken beeinträchtigt
- durchs Trinken bedroht
- durchs Trinken beschädigt/verändert
falls ja: wie? _____

4. Liegen körperliche Krankheiten vor, die als Folge des Substanzkonsums gesehen werden können?

Falls ja, welche? _____

5. Gibt es ernsthafte/behandlungsbedürftige Alkohol-, Drogen- oder andere psychische Probleme bei Verwandten (Eltern, Grosseltern, Tanten/Onkeln, Geschwistern)?

Falls ja, welche und bei wem? _____

Suchtanamnese

1. Aktuelles Körpergewicht: _____

2. Gibt es anderweitigen Substanzkonsum ausser Alkohol?

Falls ja, welche? _____

-
3. Alter bei Erstkontakt:_____
4. Alter bei regelmässigem Alkoholgebrauch (drei Tage und mehr pro Woche oder übermässiger Gebrauch an zwei Tagen hintereinander):_____
5. Alter bei Beginn der Alkoholabhängigkeit:_____
6. Bei welchen Gelegenheiten findet der Konsum statt?
- in Gesellschaft
 - in der Familie
 - allein

Warum?

- als Gewohnheit
 - aufgrund sozialen Drucks
 - als Zeitvertreib
 - bei Konflikten
7. Datum des letzten Konsums:_____
8. Durchschnittlich konsumierte Alkoholmenge an jedem Tag während des letzten halben Jahres vor der jetzigen Behandlung:_____
- _____
- _____
9. Dauer der längsten ununterbrochenen Abstinenz:_____
10. Anzahl frühere Entzüge:_____
11. Anzahl frühere Entwöhnungsbehandlungen (stationär, ambulant):_____
- _____
- _____
12. Anzahl Therapieabbrüche:_____
13. Ist das Konsumverhalten ausschliesslich unter eigener Kontrolle?
- Falls nein, warum nicht (Gründe)?_____
- _____
- _____
- _____
- *14. Haupt- und Nebendiagnosen nach ICD-10 (aus Arztbericht):
- _____
- _____
- _____

*15. Laborparameter (aus Arztbericht):

*16. GAF: _____

INTERVIEWLEITFADEN FÜR DEN 2. ERHEBUNGSZEITPUNKT

5. Dauer der jetzigen stationären Behandlung: _____

6. Rückfälle während der Behandlung

- ja
- nein

7. Art der Entlassung:

- regulär/geplant
- Rückfall (Alkohol)
- Rückfall (sonstiger Substanzkonsum)
- sonstige Regelverstöße
- auf Wunsch des Patienten

5. Nachbehandelnder Arzt/Hausarzt:

*4. Austrittsdiagnosen nach ICD-10 (aus Arztbericht):

Fragen über die Zeit seit Ihrer Behandlung in der Privatklinik Meiringen

1. Waren Sie in der Zwischenzeit wegen des Trinkens in erneuter Behandlung?

- Ja
- Nein

Falls ja, welche Art von Behandlungen haben Sie gemacht (mehrere Antworten möglich)?

- Stationäre Entzugsbehandlung (Anzahl: _____)
- Stationäre Therapieaufenthalte (Anzahl: _____)
- Ambulante Therapie bei einem Psychiater oder Psychotherapeuten
- Selbsthilfegruppe
- Behandlung durch den Hausarzt
- Anderes, nämlich _____

2. Sind Sie zurzeit berufstätig?

- Ja, ich bin berufstätig.
- Nein, ich bin arbeitsunfähig / krank geschrieben
- Nein, ich bin arbeitslos.
- Anderes, nämlich _____

Falls Sie nicht berufstätig sind, seit wann sind Sie arbeitsunfähig oder arbeitslos?

3. Mit wem wohnen Sie zurzeit zusammen?

- Ich wohne allein.
- Ich wohne mit meiner Partnerin/meinem Partner.
- Ich wohne allein mit Kindern.
- Ich wohne mit meiner Partnerin/meinem Partner und Kindern.
- Ich wohne mit Verwandten/Bekanntem/sonstigen Personen.
- Ich wohne in einer therapeutischen Wohngemeinschaft o.ä.

4. Gab es in der Zwischenzeit Veränderungen/Verschlechterungen, die durch das Trinken (mit)verursacht worden sind

in Ihrer Partnerbeziehung?

- nicht durchs Trinken beeinträchtigt
- durchs Trinken bedroht
- durchs Trinken verändert/verschlechtert

in der Wohnsituation?

- nicht durchs Trinken beeinträchtigt
- durchs Trinken bedroht
- durchs Trinken verändert/verschlechtert

am Arbeitsplatz?

- nicht durchs Trinken beeinträchtigt
- durchs Trinken bedroht
- durchs Trinken verändert/verschlechtert

bezüglich Ihres Fahrausweises?

- nicht durchs Trinken beeinträchtigt
- durchs Trinken bedroht
- durchs Trinken nicht mehr vorhanden

5. Wann haben Sie das letzte Mal Alkohol getrunken (bitte wenn möglich Datum angeben)? _____

6. Falls Sie im letzten halben Jahr Alkohol getrunken haben, wie viel und was haben Sie durchschnittlich an jedem Tag konsumiert?

7. Falls Sie im letzten Jahr Alkohol getrunken haben, gab es auch Zeiten, in denen Sie gar keinen Alkohol getrunken haben?

- Ja
- Nein

Falls ja, wie lange dauerte die längste Zeit, in der Sie keinen Alkohol getrunken haben (Angabe in Tagen, Wochen oder Monaten)?

14 Anhang D

Datum: _____

| |
|---------------------------------------------------|
| <h1>FRAGEBOGENHEFT</h1> <h2>Eingangserhebung</h2> |
|---------------------------------------------------|

Hinweise:

- Lassen Sie bitte keinen Bogen aus und beantworten Sie alle Fragen.
- Kreuzen Sie spontan bei jeder Aussage das Kästchen bzw. die Zahl an, deren Antwort am ehesten auf Sie zutrifft.
- Streichen Sie versehentlich falsche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie die für Sie passende an.
- Die Auswertung der Bögen erfolgt anonym und ist streng vertraulich.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Code (bitte nicht ausfüllen): _____

OCDS-G

(nach Mann & Ackermann, 2000)

- Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Alkoholkonsum und auf Gedanken, Vorstellungen, Impulse oder Bilder, die mit dem Trinken von Alkohol zusammenhängen.
- Bitte kreuzen Sie jeweils die Aussage an, die am ehesten für Sie zutrifft.
- Falls nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf den Zeitraum der vergangenen sieben Tage.

1. Wenn Sie keinen Alkohol trinken, wie viel Ihrer Zeit wird dann von Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern beansprucht, die etwas mit dem Trinken zu tun haben?

- 0 Keine
1 Weniger als eine Stunde am Tag
2 1 bis 3 Stunden am Tag
3 4 bis 8 Stunden am Tag
4 Mehr als 8 Stunden am Tag

2. Wie häufig treten diese Gedanken oder Vorstellungen auf?

- 0 Niemals
1 Nicht häufiger als achtmal am Tag
2 Häufiger als achtmal am Tag, aber die meisten Stunden des Tages sind frei davon
3 Mehr als achtmal am Tag und während der meisten Stunden des Tages
4 Die Gedanken treten so häufig auf, dass man sie nicht mehr zählen kann, und es vergeht kaum eine Stunde, in der sie nicht auftreten.

3. Wie stark werden Ihre berufliche Tätigkeit oder Ihr soziales Verhalten von diesen Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern beeinflusst? Gibt es etwas, was Sie deswegen nicht tun oder nicht könnten?

(Falls Sie gerade nicht berufstätig sind: Wie sehr wäre Ihre berufliche Tätigkeit dadurch beeinflusst, falls Sie arbeiten würden?)

- 0 Die Gedanken an Alkohol beeinflussen mich überhaupt nicht – ich arbeite oder verhalte mich völlig normal.

-
- 1 Die Gedanken an Alkohol beeinflussen mein soziales Verhalten oder meine beruflichen Tätigkeiten in geringem Masse, mein Auftreten oder meine Leistung insgesamt sind jedoch nicht beeinträchtigt.
 - 2 Die Gedanken an Alkohol beeinträchtigen mein soziales Verhalten oder meine berufliche Leistung ganz erheblich.
 - 3 Die Gedanken an Alkohol beeinträchtigen mein soziales Verhalten oder meine berufliche Leistung ganz erheblich.
 - 4 Die Gedanken an Alkohol beeinträchtigen mein soziales Verhalten oder meine Arbeitsleistung vollständig.

4. Wenn Sie keinen Alkohol trinken, wie sehr leiden Sie dann unter den Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern, die mit dem Trinken zu tun haben bzw. wie *sehr* werden Sie dadurch gestört?

- 0 Keine Belastung oder Störung
- 1 Geringfügig, selten und nicht besonders störend
- 2 Mässig, häufig und störend; ich kann aber noch damit zurechtkommen.
- 3 Stark, sehr häufig und sehr störend
- 4 Extrem stark, fast durchgängig, alles andere wird beeinträchtigt.

5. Wenn Sie keinen Alkohol trinken, wie sehr bemühen Sie sich dann, diesen Gedanken zu widerstehen, sie nicht zu beachten oder Ihre Aufmerksamkeit auf etwas anderes zu lenken? (Geben Sie das *Ausmass Ihrer Bemühungen* um Widerstand gegen diese Gedanken an, nicht den Erfolg oder Misserfolg, den Sie dabei haben.)

- 0 Ich habe so selten derartige Gedanken, dass es nicht notwendig ist, dagegen anzugehen. Wenn sie aber auftauchen, bemühe ich mich immer, diesen Gedanken zu widerstehen.
- 1 Ich versuche meistens, diesen Gedanken zu widerstehen.
- 2 Ich unternehme einige Anstrengungen, um diesen Gedanken zu widerstehen.
- 3 Ich lasse allen derartigen Gedanken freien Lauf, ohne zu versuchen, sie zu kontrollieren. Dabei habe ich allerdings ein ungutes Gefühl.
- 4 Ich lasse diesen Gedanken völlig freien Lauf.

6. Wenn Sie keinen Alkohol trinken, wie erfolgreich können Sie dann diese Gedanken beenden oder sie zerstreuen?

- 0 Es gelingt mir stets vollkommen, diese Gedanken zu beenden oder sie zu zerstreuen
- 1 Gewöhnlich kann ich diese Gedanken mit einiger Anstrengung und Konzentration beenden oder zerstreuen.
- 2 Manchmal kann ich diese Gedanken beenden oder zerstreuen.

-
- 3 Ich kann diese Gedanken nur ganz selten beenden oder sie nur schwerlich zerstreuen.
- 4 Selbst für kurze Momente kann ich solche Gedanken nur selten zerstreuen.
-

7. Wie viele „drinks“ nehmen Sie täglich zu sich? (Denken Sie an die letzten Wochen, in denen Sie Alkohol getrunken haben.)

- 0 Keinen
- 1 Weniger als einen „drink“ täglich (entspricht weniger als 0,33 Liter Bier oder 1/8 Liter Wein oder 30 ml Schnaps)
- 2 1 bis 2 „drinks“ täglich (entspricht max. 0,66 Liter Bier oder 1/4 Liter Wein oder 60 ml Schnaps)
- 3 3 bis 7 „drinks“ täglich (entspricht bis 2,5 Liter Bier oder bis 1 Liter Wein oder bis 200 ml Schnaps)
- 4 8 oder mehr drinks täglich (entspricht mehr als 2,5 Liter Bier oder mehr als 1 Liter Wein oder mehr als 200 ml Schnaps)
-

8. An wie vielen Tagen in der Woche trinken Sie Alkohol? (Denken Sie an die letzten Wochen, in denen Sie Alkohol getrunken haben.)

- 0 An keinem
- 1 An nicht mehr als einem Tag
- 2 An 2 bis 3 Tagen der Woche
- 3 An 4 bis 5 Tagen der Woche
- 4 An 6 bis 7 Tagen der Woche
-

9. Wie stark wird Ihre berufliche Tätigkeit durch das Trinken von Alkohol beeinflusst? Gibt es etwas, was Sie wegen Ihres Trinkens nicht tun oder nicht können? (Falls Sie gerade nicht berufstätig sind: Wie sehr wäre Ihre berufliche Tätigkeit beeinflusst, falls Sie arbeiten würden?)

- 0 Das Trinken beeinflusst mich beruflich überhaupt nicht – ich arbeite völlig normal.
- 1 Das Trinken beeinflusst meine beruflichen Tätigkeiten in geringem Masse, meine Arbeitskraft insgesamt ist jedoch nicht beeinträchtigt.
- 2 Das Trinken beeinflusst meine berufliche Leistung eindeutig, ich komme aber noch damit zurecht.
- 3 Das Trinken beeinträchtigt meine berufliche Leistung ganz erheblich.
- 4 Das Trinken beeinträchtigt meine Arbeitsleistung völlig.
-

10. Wie stark wird Ihr soziales Verhalten durch das Trinken von Alkohol beeinflusst? Gibt es etwas, was Sie wegen Ihres Trinkens nicht tun oder nicht können?

-
- 0 Das Trinken beeinflusst mein soziales Verhalten überhaupt nicht – ich verhalte mich völlig normal.
 - 1 Das Trinken beeinflusst mein soziales Verhalten in geringem Masse, mein Auftreten insgesamt ist jedoch nicht beeinträchtigt.
 - 2 Das Trinken beeinflusst mein soziales Verhalten eindeutig, ich komme aber noch damit zurecht.
 - 3 Das Trinken beeinträchtigt mein soziales Verhalten ganz erheblich.
 - 4 Das Trinken beeinträchtigt mein soziales Verhalten völlig.

11. Wenn Sie ein alkoholisches Getränk trinken möchten, aber daran gehindert wären, wie ängstlich oder ungehalten würden Sie dann werden?

- 0 Ich würde überhaupt nicht ängstlich oder gereizt.
- 1 Ich würde nur in geringem Masse ängstlich oder gereizt.
- 2 Angst oder Reizbarkeit würden ansteigen, aber noch zu beherrschen sein.
- 3 Angst oder Reizbarkeit würden für mich sehr stark und störend.
- 4 Angst oder Reizbarkeit würden mich völlig überwältigen.

12. Wie sehr bemühen Sie sich, dem Trinken von Alkohol zu widerstehen? (Geben Sie das Ausmass Ihrer Bemühungen um Widerstand gegen das Trinken an, nicht den Erfolg oder Misserfolg, den Sie dabei haben.)

- 0 Ich trinke so minimal, dass es nicht notwendig ist, dagegen anzugehen. Wenn ich doch trinke, bemühe ich mich immer, dem Trinken zu widerstehen.
- 1 Ich versuche meistens, dem Trinken zu widerstehen.
- 2 Ich unternehme einige Anstrengungen, um dem Trinken zu widerstehen.
- 3 Ich lasse dem Trinken meistens freien Lauf, ohne zu versuchen, es zu kontrollieren. Dabei habe ich ein ungutes Gefühl.
- 4 Ich lasse dem Trinken völlig freien Lauf.

13. Wie stark ist Ihr Drang, Alkohol zu trinken?

- 0 Ich verspüre keinen Drang.
- 1 Ich verspüre etwas Drang, Alkohol zu trinken.
- 2 Ich verspüre starken Drang, Alkohol zu trinken.
- 3 Ich verspüre sehr starken Drang, Alkohol zu trinken.
- 4 Der Drang zum Trinken ist völlig überwältigend und nicht zu beeinflussen.

14. Wie viel Kontrolle haben Sie über Ihr Trinkverhalten?

- 0 Ich habe mein Trinkverhalten völlig unter Kontrolle.

-
- 1 Gewöhnlich kann ich mein Trinkverhalten unter willentlicher Kontrolle halten.
 - 2 Ich kann mein Trinkverhalten nur unter Schwierigkeiten kontrollieren.
 - 3 Ich muss trinken und kann es nur unter Schwierigkeiten hinausschieben.
 - 4 Ich bin kaum in der Lage, das Trinken auch nur für kurze Zeit aufzuschieben.
-

An dieser Stelle folgt das Brief Symptom Inventory BSI (Franke, 2000).

Anleitung

(nach Krampen, 1991)

Auf den folgenden Seiten werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Sie haben dabei die Möglichkeit, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Markieren Sie bitte jeweils das Antwortkästchen (durch deutliches Ankreuzen), das **Ihrer persönlichen Meinung** am besten entspricht.

Hier ist ein Beispiel für die Beantwortung der Aussagen:

„Ich bin ein lebhafter Mensch.“

| | | | | | |
|-----|----|---|---|----|-----|
| --- | -- | - | + | ++ | +++ |
|-----|----|---|---|----|-----|

Ist diese Aussage für Sie **sehr falsch**, durchkreuzen Sie bitte: - - -

Ist diese Aussage für Sie **falsch**, durchkreuzen Sie bitte: - -

Ist diese Aussage für Sie **eher falsch**, durchkreuzen Sie bitte: -

Ist diese Aussage für Sie **eher richtig**, durchkreuzen Sie bitte: +

Ist diese Aussage für Sie **richtig**, durchkreuzen Sie bitte: + +

Ist diese Aussage für Sie **sehr richtig**, durchkreuzen Sie bitte: + + +

Bitte bearbeiten Sie **alle** Aussagen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Einige Aussagen haben einen ähnlichen Wortlaut oder Sinn. Bitte nehmen Sie auch zu diesen Aussagen Stellung. Es geht bei allen Aussagen um Ihre ganz persönliche Sichtweise.

Fragebogen EFB

(in Anlehnung an Krampen & Petry, 1987)

| | Diese Aussage ist: | sehr falsch | | | | sehr richtig |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|----|---|---|--------------|
| 1. Mein Alkoholproblem kann ich nur für mich alleine lösen. | | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 2. Es wäre besser, wenn mir von anderen geholfen würde. | | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 3. Wenn ich mit dem Trinken aufhöre, werde ich doch überall gemieden. | | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 4. Meine persönlichen Probleme gehen die anderen nichts an. | | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 5. Ich habe noch eine Menge an Problemen zu lösen. | | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 6. Nach einer Behandlung habe ich auch keine besseren Aussichten. | | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 7. Wenn ich es jetzt nicht schaffe, hat alles keinen Sinn mehr. | | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 8. Es gibt eigentlich viele Gründe, mit dem Alkohol aufzuhören. | | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 9. Es kann schon sein, dass mir eine Behandlung hilft. | | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 10. Es haben schon andere geschafft, warum ich nicht auch. | | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 11. Eigentlich habe ich noch gute Chancen, vom Alkohol loszukommen. | | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 12. Die Schuld an meinem Problem habe ich ganz allein. | | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| A. Ich halte mich für alkoholkrank. | | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| B. Ich will auf den Alkohol völlig verzichten. | | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| C. Ich darf nie wieder Alkohol trinken. | | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| D. Ich muss eine Langzeitbehandlung machen. | | --- | -- | - | + | ++ +++ |

| Diese Aussage ist: | | sehr falsch | | | | | sehr richtig |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|----|---|---|----|--------------|
| Eine Langzeitbehandlung würde ich machen, ... | | | | | | | |
| 1. | ...weil meine Gesundheit durch das Trinken ruiniert wird. | --- | -- | - | + | ++ | +++ |
| 2. | ...weil meine geistige Leistungsfähigkeit durch das Trinken leidet. | --- | -- | - | + | ++ | +++ |
| 3. | ...weil ich Angst habe, durchs Trinken meinen Arbeitsplatz zu verlieren. | --- | -- | - | + | ++ | +++ |
| 4. | ...weil ich durchs Trinken meinen Arbeitsplatz verloren habe. | --- | -- | - | + | ++ | +++ |
| 5. | ...weil ich Angst habe, durchs Trinken meinen Partner zu verlieren. | --- | -- | - | + | ++ | +++ |
| 6. | ...weil ich durchs Trinken meinen Partner verloren habe. | --- | -- | - | + | ++ | +++ |
| 7. | ... weil ich wegen einem Trunkenheitsdelikt vor Gericht war. | --- | -- | - | + | ++ | +++ |
| 8. | ...weil ich durchs Trinken meine Familie zerstöre. | --- | -- | - | + | ++ | +++ |
| 9. | ...weil ich durchs Trinken meine Freunde und Bekannte verliere. | --- | -- | - | + | ++ | +++ |
| 10. | ...weil meine finanzielle Situation durchs Trinken schlecht ist. | --- | -- | - | + | ++ | +++ |
| 11. | ...weil mein allgemeines Wohlbefinden durchs Trinken gestört wird. | --- | -- | - | + | ++ | +++ |
| 12. | ...weil ich Angst habe, durchs Trinken meinen Fahrausweis zu verlieren. | --- | -- | - | + | ++ | +++ |
| 13. | ...weil ich durchs Trinken meinen Fahrausweis verloren habe. | --- | -- | - | + | ++ | +++ |
| 14. | ...weil ich dazu gezwungen werde. | --- | -- | - | + | ++ | +++ |

IPC-A-Fragebogen

(in Anlehnung an Krampen & Fischer, 1988)

| | Diese Aussage ist: | sehr falsch | | | | sehr richtig |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|---|---|--------------|
| 1. | Alkohol war in meinem Leben häufig die letzte Rettung für mich. | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 2. | In Belastungssituationen blieb mir oft nur der Alkohol. | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 3. | Wenn ich Alkohol in einem Geschäft sah, musste ich mir welchen kaufen. | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 4. | Ich kam mir albern vor, bei einer Feier nicht mit Alkohol anzustossen. | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 5. | Wenn ich familiären Ärger hatte, blieb mir nichts anderes übrig als zu trinken. | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 6. | Ich werde nach der Behandlung Belastungssituationen ohne Alkohol durchstehen können. | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 7. | Den Alkoholismus erfolgreich zu überwinden, ist eine Sache harter Arbeit – Mit Glück hat das nichts zu tun. | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 8. | Die meisten Probleme mit dem Alkohol lösen sich am besten durch Zufall. | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 9. | Wenn ich mich genug anstrengte, werde ich mein Trinken in den Griff bekommen. | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 10. | Wenn sich das alles lösen lässt, hängt dies wahrscheinlich vom Glück ab. | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 11. | Ich traue mir zu, nach der Behandlung Schwierigkeiten ohne Alkohol zu überwinden. | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 12. | Ich kann mein Verlangen zu trinken bezwingen. | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 13. | Eine Entwöhnungsbehandlung kann durch schieres Pech misslingen. | --- | -- | - | + | ++ +++ |
| 14. | Ich werde nach der Behandlung auf Alkohol verzichten können, wenn ich auf einer Feier bin, auf der getrunken wird. | --- | -- | - | + | ++ +++ |

| Diese Aussage ist: | | sehr falsch | sehr richtig | | | | |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|---|---|----|-----|
| 15. | Ich glaube, dass ich die Behandlung hier regulär beenden werde. | - - - | - - | - | + | ++ | +++ |
| 16. | Ich kann überhaupt nicht einschätzen, was mich nach der Behandlung draussen erwartet. | - - - | - - | - | + | ++ | +++ |
| 17. | Der Behandlungserfolg hängt alleine von mir ab. | - - - | - - | - | + | ++ | +++ |
| 18. | Ein Leben ohne Alkohol traue ich mir zu. | - - - | - - | - | + | ++ | +++ |
| 19. | Ich freue mich lieber nicht zu früh darauf, dass ich es dieses Mal schaffe – Es könnte ja etwas dazwischen kommen, woran ich vorher überhaupt nicht gedacht habe. | - - - | - - | - | + | ++ | +++ |
| 20. | Nach der Behandlung werde ich mein Alkoholproblem unter Kontrolle haben. | - - - | - - | - | + | ++ | +++ |

An dieser Stelle folgt der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen FKK (Krampen, 1991).

15 Anhang E

Modifizierter Wisconsin Card Sorting Test

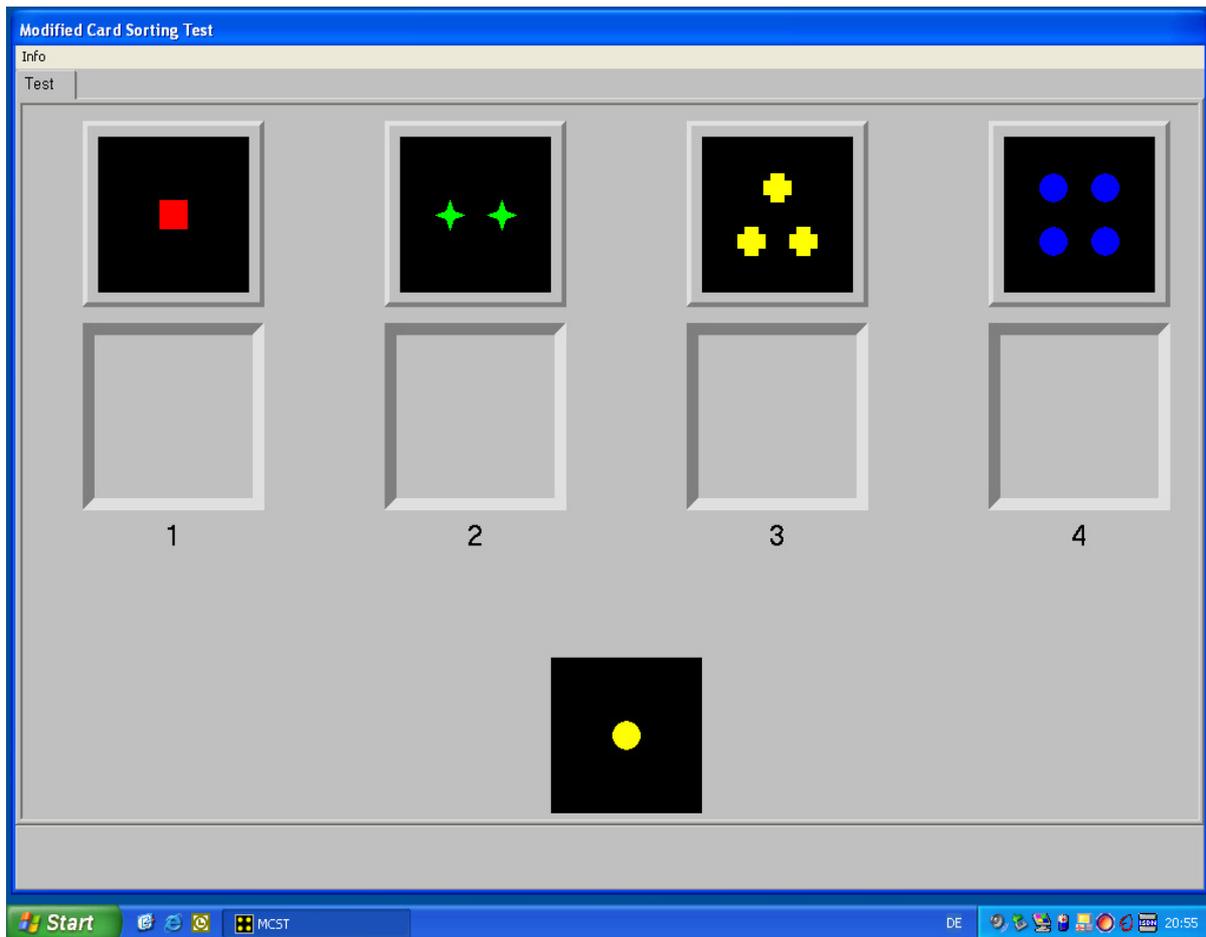


Abbildung 15-1 Beispielsituation im MCST, dargeboten am Computer.

16 Anhang F

Ratingskala zur Selbsteinschätzung der Testleistung

Skala zur Selbsteinschätzung der Testleistung

Bitte schätzen Sie Ihre eigene Leistung im vorangegangenen Test durch Ankreuzen des entsprechenden Kästchens ein:

Im Vergleich zu den meisten Personen meines Alters schätze ich meine Leistung im vorangegangenen Test als

sehr schlecht schlecht eher schlecht eher gut gut sehr gut

ein.

17 Anhang G

Patienteninformation

„Studie über Bewältigungsstrategien und kognitive Funktionen bei Patientinnen und Patienten, die wegen Alkohol stationär behandelt werden“

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin

1. Allgemeine Informationen zur Studie

Bei der vorliegenden Studie geht es darum, bei Patientinnen und Patienten, die wegen Alkohol in der Privatklinik Meiringen stationär behandelt werden, verschiedene Arten der Bewältigung von belastenden Situationen zu erforschen. Gleichzeitig interessieren verschiedene Funktionen des Gedächtnisses wie räumliches Vorstellungsvermögen, sprachliche Fertigkeiten, Aufmerksamkeit und Konzentration.

Die Studie wird im Rahmen der geltenden Gesetze und international anerkannten Grundsätzen durchgeführt.

2. Freiwilligkeit der Teilnahme

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Wenn Sie auf die Teilnahme an dieser Studie verzichten, haben Sie keine Nachteile für Ihre weitere medizinische Betreuung zu erwarten. Das gleich gilt, wenn Sie Ihre dazu gegebene Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen. Diese Möglichkeit haben Sie jederzeit. Einen allfälligen Widerruf Ihrer Einwilligung bzw. den Rücktritt von der Studie müssen Sie nicht begründen.

3. Studienablauf

Die Studie gliedert sich in mehrere Untersuchungszeitpunkte.

Zu Beginn Ihrer Behandlung werden wir mit Ihnen ein kurzes Interview führen, bei dem wir Ihnen einige Fragen zum Alkohol trinken stellen werden. Danach werden wir mit Ihnen vier Tests zur Untersuchung einiger Gedächtnisfunktionen durchführen. Zuletzt werden Sie gebeten, fünf Fragebögen auszufüllen, bei denen es um Ihre persönlichen Einstellungen und Ansichten geht. Diese erste Untersuchung dauert maximal zwei Stunden.

Gegen Ende Ihrer jetzigen Behandlung werden wir mit Ihnen dieselben vier Tests zur Untersuchung einiger Gedächtnisfunktionen durchführen, die Sie bereits am Anfang Ihrer Behandlung gemacht haben. Dabei interessieren uns vor allem Leistungsverbesserungen, die möglicherweise eingetreten sind. Dann werden Sie gebeten, drei Fragebögen auszufüllen. Diese zweite Untersuchung dauert maximal eine bis anderthalb Stunden.

Ungefähr zwölf Monate nach Ende Ihrer Behandlung werden wir Ihnen jeweils schriftlich einige Fragen dazu stellen, wie es Ihnen in der Zwischenzeit ergangen ist. Ebenso werden wir Ihnen drei Fragebögen zusenden. Sie werden dann gebeten, die Fragen schriftlich zu beantworten und die Fragebögen auszufüllen und uns beides zurückzuschicken.

4. Nutzen für die Teilnehmer

Durch die Teilnahme an dieser Studie können Sie dazu angeregt werden, über Ihr Verhalten und Ihre Einstellungen zum Alkohol trinken nachzudenken und vielleicht Dinge zu erkennen, die Sie gerne ändern möchten.

Sofern Sie es wünschen, geben wir Ihnen gerne eine Rückmeldung zu den Ergebnissen in den Gedächtnistests.

Dank Ihrer Teilnahme können die Ergebnisse zur verbesserten Behandlung von anderen Personen beitragen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden wie Sie.

5. Risiken und Unannehmlichkeiten

Aus der Teilnahme an dieser Studie erwachsen Ihnen in keiner Weise Risiken oder Nebenwirkungen. Wenn Sie die Teilnahme jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen, entstehen Ihnen keinerlei Nachteile bei der weiteren medizinischen Betreuung.

6. Vertraulichkeit der Daten

In dieser Studie werden persönliche Daten von Ihnen erfasst. Diese Daten werden anonymisiert. Sie sind nur Fachleuten zur wissenschaftlichen Auswertung zugänglich. Diese, sowie im Rahmen von Inspektionen auch die Mitglieder der zuständigen Behörden können Einsicht in Ihre Originaldaten nehmen. Ebenso kann die Kantonale Ethikkommission Bern Einsicht in die Originaldaten nehmen. Während und nach der Studie wird die Vertraulichkeit strikt gewahrt. Ihr Name wird in keiner Weise in Rapporten oder Publikationen, die aus der Studie hervorgehen, veröffentlicht.

7. Vergütung von Auslagen des Studienteilnehmers

Die in dieser Information erwähnten Untersuchungen sind kostenlos. Weder Ihnen noch ihrer Krankenkasse entstehen im Zusammenhang mit Ihrer Teilnahme zusätzliche Kosten.

8. Kontaktperson

Bei Unklarheiten oder unerwünschten Ereignissen, die während der Studie oder nach deren Abschluss auftreten, können Sie sich jederzeit an die untenstehende Kontaktperson wenden:

Frau lic. phil. Christina Zingg
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP
Privatklinik Meiringen
Tel.: 033 972 82 34
e-Mail: christina.zingg@privatklinik-meiringen.ch

Schriftliche Einverständniserklärung des Patienten zur Teilnahme an einer klinischen Studie

- Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig durch.
- Bitte fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wissen möchten.

| | | |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------|
| Titel der Studie | Studie bei Patienten, die wegen Alkohol stationär behandelt werden | |
| Ort der Studie | Privatklinik Meiringen, 3860 Meiringen | |
| Studienleitung: FSP | Frau lic. phil. Christina Zingg, Fachpsychologin für Psychotherapie | |
| Versuchsperson: | | |
| Geburtsdatum: | | Geschlecht: |

Ich wurde von der unterzeichnenden Psychologin mündlich und schriftlich über die Ziele und den Ablauf der Studie informiert.

Ich habe die zur oben genannten Studie abgegebene schriftliche Patienteninformation gelesen und verstanden. Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufrieden stellend beantwortet worden. Ich kann die schriftliche Patienteninformation behalten und erhalte eine Kopie meiner schriftlichen Einverständniserklärung.

Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zu treffen.

Ich bin einverstanden, dass die zuständigen Fachleute des Studienauftraggebers, der Behörden und der Ethikkommission zu Prüf- und Kontrollzwecken in meine Originaldaten Einsicht nehmen dürfen, jedoch unter strikter Einhaltung der Vertraulichkeit.

Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass mir deswegen Nachteile bei der weiteren medizinischen Betreuung entstehen.

| | |
|------------|---------------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift der Versuchsperson |
|------------|---------------------------------|

Bestätigung des Prüfarztes:

Hiermit bestätige ich, dass ich diesem Patienten/dieser Patientin Wesen und Bedeutung der Studie erläutert habe. Ich versichere, alle im Zusammenhang mit dieser Studie stehenden Verpflichtungen zu erfüllen. Sollte ich zu irgendeinem Zeitpunkt während der Durchführung der Studie von Aspekten erfahren, welche die Bereitschaft des Patienten/ der Patientin zur Teilnahme an der Studie beeinflussen zu könnten, werde ich ihn/sie umgehend darüber informieren.

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen Studienleiterin