

Einschätzung der Rückfallgefährdung in Hochrisikosituationen
durch Alkoholabhängige nach einer stationären Therapie unter
besonderer Berücksichtigung soziodemographischer und
suchtspezifischer Variablen -
Eine katamnestiche Studie

Diplomarbeit im Fach Psychologie

vorgelegt von

Ulrike Backeshoff

1. Gutachter: PD Dr. Joachim Funke
2. Gutachter: Prof. Dr. Walter Neubauer

Psychologisches Institut
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Februar 1997

Kontakt zur Autorin kann hergestellt werden über folgende Adresse:
Ulrike Backeshoff, Unterberg 91, 42799 Leichlingen

Hinweis zur Druckaufbereitung:

Dieses Dokument wurde als Rohfassung auf der Basis von Word-6.0 aufbereitet
und als RTF-File ausgegeben. Die RTF-Version weicht von der gedruckten Arbeit
geringfügig hinsichtlich Formatierung und Seitenzählung ab. JF/27.3.97

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG.	4
 1 DEFINITION, DIAGNOSE UND EPIDEMIOLOGIE VON ALKOHOLISMUS*	 6
1.1 Definition und Diagnose von Alkoholismus	6
1.2 Epidemiologie des Alkoholismus	12
 2 ALLGEMEINE ASPEKTE DER RÜCKFALLFORSCHUNG BEI ALKOHOLABHÄNGIGEN*.. .	 18
2.1 Definition des Rückfallbegriffs ..	18
2.2 Methoden und Probleme katamnestischer Studien ..	20
2.3 Häufigkeit und Verlauf von Rückfällen nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung .	23
 3 SOZIODEMOGRAPHISCHE VARIABLEN UND RÜCKFÄLLIGKEIT: EMPIRISCHE FORSCHUNGSERGEBNISSE	 27
3.1 Geschlechtsspezifische Befunde ..	27
3.2 Rückfallhäufigkeiten in unterschiedlichen Altersgruppen .	30
3.3 Partnerschaft und Rückfälligkeit	31
3.4 Rückfallhäufigkeiten bei Arbeitslosen und Berufstätigen.	32
3.5 Einfluß von Vorbehandlungen und Ausbildungsstand auf Rückfälligkeit.	34
 4 HOCHRISIKOSITUATIONEN FÜR DEN ALKOHOLRÜCKFALL*.	 36
.	
4.1 Hochrisikosituationen in kognitiv-behavioralen Rückfalltheorien.	36
4.2 Diagnostische Verfahren zur Erfassung von Hochrisikosituationen für den Alkoholrückfall .	42
4.3 Empirische Ergebnisse zur Bedeutung von Hochrisikosituationen für den	

Alkoholrückfall	.	.	.	46
-----------------	---	---	---	----

5 EINE KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNG ZUR EINSCHÄTZUNG DER GEFAHR VON HOCHRISIKOSITUATIONEN:	
FRAGESTELLUNGEN UND DURCHFÜHRUNG	53
5.1 Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung .	54
5.2 Therapiekonzept der Fachklinik* ..	57
5.3 Untersuchungsinstrumente *	59
5.4 Untersuchungsdurchführung*	64
 6 AUSWERTUNG UND ERGEBNISDARSTELLUNG.	 66
6.1 Stichprobenbeschreibung* .	67
6.2 Alkoholkonsum im Katamnesezeitraum*	69
6.3 Zusammenhang zwischen soziodemographischen Variablen und Rückfälligkeit.	71
6.4 Faktorenanalyse des DIRA* .	76
6.5 Einschätzung der Hochrisikosituationen durch die Gesamtstichprobe* .	79
6.6 Zusammenhang zwischen soziodemographischen Variablen und der Einschätzung der Hochrisikosituationen des DIRA.	84
6.7 Zusammenhang zwischen Einschätzung der Hochrisikosituationen und Rückfälligkeit im Katamnesezeitraum.	88
6.8 Zusammenhang zwischen TAI-Skalen und den Skalen des DIRA .	89
 7 DISKUSSION.	 91
 LITERATURVERZEICHNIS	 100
 ANHANG	

Die mit * gekennzeichneten Kapitel wurden in Zusammenarbeit mit U. Friedmann erstellt.

1 DEFINITION, DIAGNOSE UND EPIDEMIOLOGIE VON ALKOHOLISMUS

Alkoholkonsum hat in unserer Gesellschaft eine lange Tradition. Ein kühles Bier zur Erfrischung, ein Cognac als Abschluß eines gemütlichen Abendessens, ein Glas Wein in geselliger Runde ist für viele Menschen Ausdruck großen Wohlbefindens. Neben positiven, allgemein akzeptierten Seiten des Alkoholkonsums steht allerdings eine Vielzahl negativer Folgen im individuellen, sozialen und rechtlichen Bereich. Gesamtgesellschaftlich handelt es sich bei den durch Alkohol bedingten Problemen und der Alkoholabhängigkeit um das sozialmedizinische Problem Nr. 1 (Hüllinghorst, 1995).

Ein gegenüber der soziokulturellen Norm überhöhter Konsum von Alkohol, Konsum bei unpassenden Gelegenheiten oder bei sichtbaren, starken psychischen und physischen Veränderungen wird alltagssprachlich als Mißbrauch bezeichnet. Alkoholabhängigkeit wird i. d. R. erst mit körperlichen Auswirkungen wie Entzugerscheinungen in Verbindung gebracht. Eine genauere Definition, Diagnosekriterien und Diagnoseverfahren von Alkoholismus sowie die Verbreitung von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit in der Allgemeinbevölkerung soll in diesem Kapitel beschrieben werden.

1.1 Definition und Diagnose von Alkoholismus

Alkoholismus ist ein definitorisch unklarer Begriff, der verschiedene Phänomene umfaßt. Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit werden unter dem Begriff Alkoholismus zusammengefaßt. Die Alkoholabhängigkeit schließt den Alkoholmißbrauch mit ein, nicht aber umgekehrt. Heute hat sich weitgehend die begriffliche Trennung von Abhängigkeit und Mißbrauch durchgesetzt (Feuerlein, 1989b).

In der praktischen Arbeit mit Alkoholabhängigen gilt das Screening, d.h. die Diskriminierung zwischen Alkoholikern und Nicht-Alkoholikern, als erster Schritt, dem anschließend eine alkoholismusspezifische differentielle Diagnostik zur Vorbereitung einer Indikationsstellung für psychotherapeutische Interventionen folgt (Funke, 1990a). Zudem gibt die differentielle Diagnose Hinweise auf die Therapie- und Abstinenzmotivation.

Zur Erstellung einer Globaldiagnose und zur Differenzierung zwischen Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit dienen vor allem die bekanntesten Klassifikationssysteme, deren Diagnosekriterien an dieser Stelle vorgestellt werden. Auskunft über das inhaltliche Verständnis von Abhängigkeit und Mißbrauch geben die operationalisierten diagnostischen Leitlinien der „World Health Organization“ (WHO) und der „American Psychiatric Association“ (APA). Die zur Zeit aktuellen Ausgaben sind die „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10, deutsche Übersetzung: Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) und das „Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen“ (DSM-IV, deutsche Übersetzung: Saß, Wittchen & Zaudig, 1996).

Im ICD-10 werden durch Alkohol verursachte Störungen in Kapitel F1 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ eingereiht. Als klinische Erscheinungsbilder werden dort „Akute Intoxikation“, „schädlicher Gebrauch“, „Abhängigkeitssyndrom“, „Entzugssyndrom“, „Entzugssyndrom mit Delir“, „Psychotische Störung“, „Amnestisches Syndrom“, „Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung“, „Sonstige psychische und Verhaltensstörungen“ und „Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung“ aufgeführt. Beispielhaft sollen die diagnostischen Leitlinien für den „Schädlichen Gebrauch“ und das „Abhängigkeitssyndrom“ genauer dargestellt werden, da hier zum einen die Unterscheidung zwischen Mißbrauch und Abhängigkeit deutlich wird und zum anderen dies die Bereiche sind, mit denen der psychologische Diagnostiker in der Praxis am häufigsten konfrontiert wird.

Unter „schädlichem Gebrauch“ von Alkohol versteht die ICD-10 ein Konsummuster, das zu einer tatsächlichen Schädigung der psychischen und/oder physischen Gesundheit des Konsumenten führt. Dazu zählen sowohl körperliche Störungen als auch psychische Störungen wie z. B. depressive Episoden nach massivem Alkoholkonsum (Dilling et al., 1993). Die Ablehnung des Konsumverhaltens durch andere Personen oder negative soziale Folgen wie z. B. Eheprobleme stellen kein Kriterium für schädlichen Gebrauch dar. Ebenfalls beweist eine akute Intoxikation allein nicht den Gesundheitsschaden, der für die Diagnose erforderlich ist.

Das „Abhängigkeitssyndrom“ wird umschrieben als eine Gruppe körperlicher, behavioraler und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum von Alkohol für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein

entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist laut ICD-10 der starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, Alkohol zu konsumieren. Die sichere Diagnose „Abhängigkeit“ sollte nur gestellt werden, wenn im Verlauf des letzten Jahres drei oder mehr der in Tabelle 1.1.1 aufgeführten Kriterien gleichzeitig vorhanden waren (ICD-10, Dilling et al., 1993, S. 92/93). Der Begriff „chronischer Alkoholismus“ wird als zugehörig zum „Abhängigkeitssyndrom“ beschrieben.

Wie im ICD-10 wird auch im DSM-IV (Saß et al., 1996) zwischen Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit unterschieden. Hier wird eine Unterteilung in „Störungen durch Alkoholkonsum“ (Alkoholabhängigkeit; Alkoholmißbrauch) und „Substanzinduzierten Störungen“ (Alkoholintoxikation; Alkoholentzug; andere alkoholinduzierte Störungen) vorgenommen.

Beim Alkoholmißbrauch stehen die schädlichen Konsequenzen des wiederholten Alkoholgebrauchs im Vordergrund der Kriterien. Sie umfassen keine Toleranzentwicklung, keine Entzugssymptome und kein Muster zwanghaften Alkoholgebrauchs. Hauptmerkmal ist ein fehlangepaßtes Muster von Alkoholgebrauch, das sich in wiederholten und deutlich nachteiligen Konsequenzen infolge des wiederholten Alkoholgebrauchs manifestiert (vgl. Saß et al., 1996, S. 228).

Als Hauptmerkmale der Alkoholabhängigkeit wird ein charakteristisches Muster kognitiver, verhaltensbezogener und physiologischer Symptome genannt, die anzeigen, daß das Individuum den Alkoholgebrauch trotz einschneidender substanzbezogener Probleme fortsetzt. Es liegt ein Muster wiederholter Alkoholanwendung vor, das normalerweise zu Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen und dem unwiderstehlichen Drang („craving“) zur Alkoholeinnahme führt. Eine körperliche Abhängigkeit wird durch Hinweise auf eine Toleranzentwicklung und auf Entzugssymptome belegt, dies sind jedoch nicht die alleinigen Kriterien von Abhängigkeit. Im DSM-IV wird Alkoholabhängigkeit mit oder ohne körperliche Abhängigkeit diagnostiziert. Die Diagnose der Alkoholabhängigkeit basiert auf sieben Kriterien (DSM-IV; Saß et al., 1996, S.227). Eine Diagnose wird gestellt, wenn mindestens drei Kriterien zu irgendeiner Zeit innerhalb eines 12-Monats-Zeitraumes auftreten.

In Tabelle 1.1.1 werden die Diagnosekriterien für Alkoholabhängigkeit aus der ICD-10 und dem DSM-IV gegenübergestellt:

Tab. 1.1.1: *Diagnosekriterien der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 und DSM-IV.*

ICD-10	DSM-IV
1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren. 2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums. 3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums. 4. Nachweis einer Toleranz. 5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um den Alkohol zu konsumieren oder sich von den Folgen des Konsums zu erholen. 6. Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken.	1. Toleranzentwicklung 2. Entzugssymptome 3. Alkohol wird häufig in großen Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen. 4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren. 5. Viel Zeit für Aktivitäten, um Alkohol zu beschaffen, zu sich zu nehmen oder sich von den Wirkungen zu erholen. 6. Wichtige, soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholmißbrauchs eingeschränkt oder aufgegeben. 7. Fortgesetzter Mißbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Alkoholmißbrauch verursacht oder verstärkt wurde.

Das DSM-IV orientiert sich stark an der ICD-10, dennoch finden sich Unterschiede zwischen beiden Klassifikationssystemen. Während die Kriterien für Abhängigkeit sehr ähnlich sind, gibt es Differenzen bei der Diagnose des Mißbrauchs. Die ICD-10 nennt lediglich psychologische und physische Schädigungen, die im Zusammenhang mit dem Mißbrauch auftreten, soziale Probleme werden vernachlässigt. Im Gegensatz dazu listet das DSM-IV in den Kriterien für Mißbrauch soziale und zwischenmenschliche Probleme auf. (Schuckit et al., 1994).¹

Psychometrische Verfahren im Bereich des Alkoholismus lassen sich einteilen in Verfahren zur Globaldiagnose (Screening-Verfahren zur Unterscheidung Alkoholabhängiger und Nicht-Alkoholabhängiger) und Verfahren zur differenzierten Diagnostik, die Informationen für eine weitere therapeutische Behandlung erbringen. Im Bereich der Globaldiagnose gibt es standardisierte Interviews und Selbstbeurteilungsverfahren. Versucht wird die getrennte Erfassung von chronischen Alkoholschäden im psychischen, sozialen und körperlichen Bereich sowie Alkoholabhängigkeit (Küfner, 1989). Die bekanntesten Diagnoseinstrumente, die im deutschen Sprachraum Verwendung finden, sollen nachfolgend beschrieben werden.

Der von Mayfield, McLeod & Hall (1974) entwickelte Kurzfragebogen CAGE ist ein Instrument zum Screening von Alkoholabhängigen. Dieses Verfahren besteht lediglich aus vier Fragen: Reduzierung des Alkoholkonsums (cut down), Ärger über Kritik am eigenen Trinkverhalten (annoyed by criticism), Schuldgefühle (guilt feelings) und morgendliches Trinken (eye opener). Bei zwei oder mehr positiv beantworteten Fragen wird eine Alkoholabhängigkeit der betroffenen Person angenommen.

Ebenfalls zu den Screening-Verfahren zählt der „Münchener Alkoholismus Test“ (MALT) von Feuerlein, Ringer, Küfner & Antons (1979). Der Fragebogen umfaßt insgesamt 31 Items, davon sind 24 einem Selbstbeurteilungsteil und 7 einem Fremdbeurteilungsteil z. B. durch einen Arzt zugeordnet. Inhaltlich erfaßt der Selbstbeurteilungsabschnitt die Bereiche „Trinkverhalten/Einstellung zum Trinken“, „Alkoholbedingte psychische und soziale Beeinträchtigung“ und „Somatische Beschwerden“. Ab bestimmten Summenwerten im Selbst- und im Fremdbeurteilungsteil besteht Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit bzw. wird eine Abhängigkeit angenommen.

Der von Feuerlein, Küfner, Ringer und Antons 1989 entwickelte Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA) ist ein reines Selbstbeurteilungsverfahren und speziell auf die Diagnostik im Frühstadium und bei wenig klarer Ausprägung der Alkoholproblematik ausgerichtet.

¹ Für einen ausführlichen Vergleich der diagnostischen Übereinstimmung von ICD-10 und DSM-IV im Alkoholismusbereich sei verwiesen auf Caetano und Tam (1995) sowie Langenbucher, Morgenstern, Labouvie und Nathan (1994).

Mittels der „Göttinger Abhängigkeits Skala“ (GABS) von Jacobi, Brand-Jacobi und Marquardt (1987) können verschiedene Schweregrade der Alkoholabhängigkeit erfaßt werden. Die GABS ist ein Verfahren zur differenzierten Diagnostik bei Personen, die bereits offensichtlich Probleme mit Alkohol aufweisen (Jacobi et al., 1987). Mit dem Instrument ist auch die Differenzierung in verschiedene Symptome der Abhängigkeit möglich. Die GABS besteht aus 20 Items, die über Selbstbeurteilung durch die betroffene Person zu einem Summenscore und zu fünf faktorenanalytisch ermittelten Skalen zusammengefaßt werden.

Der „Fragebogen zur Klassifikation des Trinkverhaltens Alkoholabhängiger“ (FTA) von Roth (1987) basiert auf der Typen- und Phaseneinteilung des Alkoholismus nach Jellinek (1960) und ist sowohl ein Verfahren zur differentiellen Diagnostik und Therapieindikation als auch ein Screening-Verfahren.

Das „Trierer Alkoholismusinventar“ (TAI; Funke, Funke, Klein & Scheller, 1987) ist ein mehrdimensionales differentialdiagnostisches Instrument für Personen, die aufgrund eines Screenings schon als alkoholabhängig diagnostiziert wurden. Es basiert auf der Annahme, daß Alkoholismus kein eindimensionales Konstrukt, sondern ein facettenreiches Phänomen mit den verschiedensten Ausprägungen darstellt. Der direkte Bezug zu einer differentiellen Therapieindikation steht hier im Mittelpunkt. Damit geht das TAI über eine deskriptive Annäherung an eine Differenzierung der Alkoholauffälligen hinaus. Das TAI verfolgt einen phänomenologischen Ansatz aufgrund klinischer Erfahrungen und geht auf ein deskriptives Interesse an spezifischen Erlebens- und Verhaltensweisen, die von Alkoholabhängigen als Vorläufer und als Konsequenzen des exzessiven Alkoholkonsums angegeben werden, zurück (Funke et al., 1987). (Eine detailliertere Beschreibung des TAI erfolgt in Kap. 5.3.)

Abschließend sei noch der „Hamburger Alkoholismus-Katalog“ (HAK) von Schwoon und Schröter (1996) genannt, der einen Versuch darstellt, ein einfaches Verfahren zur Differenzierung von Subgruppen und zur differentiellen Therapiezuweisung zu entwickeln. Die Items zweier Screening-Verfahren (CAGE und MALT) und zweier Fragebögen zum Trinkverhalten (FTA und TAI) wurden einer Stichprobe von Alkoholkranken vorgelegt, Items wurden isoliert und über die Methode der Faktorenanalyse sieben Skalen zugeordnet (vgl. Schwoon & Schröter, 1996). Aus

dem HAK sollen Behandlungsüberlegungen und Verlaufsprognosen abgeleitet werden können. Die vollständige Entwicklung des Fragebogens ist allerdings noch nicht abgeschlossen.

Ein häufiger Kritikpunkt an der Diagnostik des Alkoholismus betrifft die Validität von Selbstaussagen Alkoholabhängiger. Selbstaussagen sind verfälschbar, gleichzeitig sind sie aber die Basis der Diagnose (Küfner, 1989) sowohl bei Screening-Verfahren als auch bei differentiellen Diagnoseverfahren und diagnostischen Interviews. Küfner (1989) folgert aus seiner 1982 durchgeführten Literaturanalyse, daß sich eine generell höhere Verleugnungstendenz bei Alkoholabhängigen in der Literatur nicht nachweisen läßt (vgl. auch Babor, Stephens & Marlatt, 1987). Verleugnungstendenzen scheinen abhängig von der jeweiligen Phase des Veränderungsprozesses zu sein, in der sich der Patient befindet. In der Kontaktphase muß eher mit Verleugnungstendenzen gerechnet werden als in der Entwöhnungsphase, was als „Teil der reaktiven Auseinandersetzung mit der Abhängigkeitsproblematik und der Hilflosigkeit gegenüber der Droge“ (Küfner, 1989, S. 19) zu verstehen ist. Der Kontext der Diagnostiksituation sollte ebenfalls zur Einschätzung der Verleugnungs- und Verfälschungstendenzen berücksichtigt werden. Es ist zu überlegen, ob die aktuelle Situation so beschaffen ist, daß die Leugnung von Symptomen und ein Bagatellisieren des Trinkverhaltens bedeutsame Vorteile für den Probanden erbringen könnte. Falls dies der Fall ist, sollten fremdanamnестische Daten wie die Befragung von Angehörigen, des Hausarztes oder von Arbeitskollegen zur Validierung der Diagnose herangezogen werden. Indes können in jeder diagnostischen Situation Verfälschungstendenzen eine Rolle spielen, die eher im Sinne der sozialen Erwünschtheit zu bewerten sind (Küfner & Feuerlein, 1983). Es erscheint praktikabel, generell keine erhöhten Verfälschungstendenzen seitens der Befragten im Bereich der Alkoholismusdiagnose anzunehmen, jedoch vorhandene zusätzliche Informationen mit einzubeziehen und den jeweiligen Kontext der Diagnostiksituation mit zu berücksichtigen.

1.2 Epidemiologie des Alkoholismus

Die Epidemiologie im Bereich des Alkoholismus ist ein weites Forschungsfeld. An erster Stelle steht die Ermittlung der Häufigkeit alkoholbedingter Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Die Prävalenzraten dienen als Basiswissen für die Entwicklung von Präventiv- und Hilfsmaßnahmen für verschiedene Zielgruppen, der Ermittlung von Risiko- und protektiven

Faktoren für Alkoholismus sowie der Einschätzung des Ausmaßes von individuellen und sozialen Folgen.

Die Prävalenz kann sowohl auf direkte als auch auf indirekte Weise bestimmt werden. Indirekte Methoden setzen an der Beobachtung von Merkmalen an, die einen engen Zusammenhang mit Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit aufweisen bzw. von denen dieser Zusammenhang angenommen wird. Für die indirekte Bestimmung der Prävalenz von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit wird als Kriterium häufig die Menge des Alkoholkonsums pro Kopf in der Bevölkerung herangezogen. Grundlage dafür sind zunächst detaillierte jährliche Statistiken über Alkoholproduktion, -verkauf und -konsum (Junge, 1995). Der Alkoholkonsum ist in den einzelnen Ländern der Welt sehr unterschiedlich. 1993 lag Deutschland beim jährlichen Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol weltweit an der Spitze (11,5 Liter, als Vergleich: USA 6,8 Liter), beim Bierkonsum auf Platz 2 (138,1 Liter), bei Spirituosen auf Platz 4 (2,6 Liter) und beim Weinkonsum im Mittelfeld (22,6 Liter) (Junge, 1995). Der durchschnittliche Verbrauch reinen Alkohols lag 1950 pro Kopf bei 3,3 Litern, in den letzten Jahren hat sich der Pro-Kopf-Konsum reinen Alkohols zwischen 11 und 12 Litern eingependelt (Junge, 1995). Die vergleichsweise hohen Zahlen für den Alkoholkonsum in der Bevölkerung lassen vermuten, daß die Prävalenzraten für Alkoholmißbrauch, Alkoholabhängigkeit und Alkoholfolgekrankheiten in Deutschland ebenfalls vergleichsweise hoch sind (Fichter & Frick, 1992).

Die reinen Alkoholverbrauchszahlen spiegeln indirekte Gefährdungstendenzen wider, können jedoch keine detaillierte Auskunft über die Häufigkeit von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der Bevölkerung geben. Zu diesem Zweck dienen direkte Messungen in Form von individuellen Befragungen (Junge, 1995), meist durch persönliche Interviews oder schriftliche Befragungen. In diesen Studien kann die Prävalenzrate des Alkoholmißbrauchs über die Frage nach der täglichen Trinkmenge ermittelt werden. Bühringer und Simon (1992) geben die als gesundheitsschädlich bewertete Menge für Männer mit 60 Gramm Reinalkohol pro Tag und für Frauen mit 20 Gramm Reinalkohol pro Tag an². Die direkten Verfahren traten in den letzten Jahren in der epidemiologischen Forschung zu Alkoholismus vermehrt in den Vordergrund. Sie werden an repräsentativen, randomisierten und geschichteten Stichproben durchgeführt. Es sollte

² Diese Aussage ist nicht unumstritten, da die WHO heute davon spricht, daß es keine untere Grenze gebe, unterhalb derer Alkohol völlig bedenkenlos und ohne Risiko konsumiert werden könne (Junge, 1995).

beachtet werden, daß die Aussagekraft der Ergebnisse aus repräsentativen Bevölkerungsumfragen durch verschiedene Faktoren wie die Qualität der Stichprobenziehung oder die Größe der Grundgesamtheit und die Ausschöpfungsquote beeinflusst wird (vgl. Herbst, Schumann & Kraus, 1994).

In Deutschland werden u.a. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung regelmäßig repräsentative Umfragen zum Konsum und Gebrauch von Alkohol und anderen psychotropen Substanzen durchgeführt. Die letzte Studie aus dem Jahre 1995 umfaßt Daten von 7833 durch ein Zufallsverfahren ausgewählten Personen im Alter zwischen 18 und 59, die schriftlich befragt wurden (Herbst, Kraus & Scherer, 1996). Zur Ermittlung einer durchschnittlichen Tagesmenge an Reinalkohol wurde ein Frequenz-Menge-Index³ verwendet. Der Anteil von Personen mit schädlichem Gebrauch (hier: Männer mindestens 40 Gramm, Frauen mindestens 20 Gramm Reinalkohol pro Tag) beträgt bei Männern in den westlichen Bundesländern 15.1 Prozent, in den östlichen Bundesländern 20.5 Prozent, bei den Frauen 10.0 Prozent bzw. 10.5 Prozent. Die Folgen des Alkoholkonsums wurden innerhalb des Fragebogens mit den vier Fragen aus dem CAGE-Fragebogen (Mayfield et al., 1974, vgl. Kap. 1.1) erfaßt. Männer beantworteten alle Fragen häufiger positiv als Frauen. Insgesamt konnte bei etwa 6.5 Millionen Personen (13.3 Prozent bezogen auf die Bevölkerung in Gesamtdeutschland) aufgrund der Mengenangaben zum Alkoholkonsum sowie nach den angegebenen Folgen des Konsums problematischer Alkoholgebrauch ermittelt werden. Der Anteil der Personen, die keinen Alkohol konsumieren, beträgt in Westdeutschland 23.1 Prozent, in Ostdeutschland 16.8 Prozent. Alkoholabstinente bilden eine Minderheit in der Bevölkerung.

Ein weiterer direkter Ansatz zur Bestimmung der Prävalenzraten sind Studien, die anhand der Diagnosekriterien eines der bekannten Klassifikationssysteme psychischer Störungen (ICD oder DSM) Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit erfassen. Die „Münchner Follow-up-Studie“ (MFS, Bronisch & Wittchen, 1992) ist eine der wenigen deutschen epidemiologischen Studien, die die Alkoholmißbrauchs- und Alkoholabhängigkeitsdiagnose aufgrund des DSM-III stellt. Die MFS ist die neueste veröffentlichte Studie dieser Art für Deutschland (persönliche Mitteilung G.

³ Zur Bestimmung des Frequenz-Menge-Index wird erfragt, an wievielen der vergangenen 30 Tage Alkohol (Bier, Wein/Sekt, Spirituosen) konsumiert wurde. Anschließend soll die an einem Trinktag durchschnittlich konsumierte Menge pro Getränk angegeben werden. Auf diese Weise läßt sich für die letzten 30 Tage die Gesamtmenge an reinem Alkohol in Gramm berechnen.

Lachner⁴ vom 24.10.1996). Die MFS ist eine Follow-up-Studie an ehemaligen Patienten des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München und an einem repräsentativen Teil der Allgemeinbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland einschließlich West-Berlins. Die Ergebnisse zur Epidemiologie von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit, die im folgenden berichtet werden, wurden in einer zweiten Erhebungswelle zur Prävalenz psychischer Störungen 1981 gewonnen. Untersuchungsinstrumente waren eine modifizierte deutsche Version des Diagnostic Interview Schedule (DIS), der auf den Diagnosekriterien des DSM-III basiert und der Münchner Alkoholismus Test (MALT, Feuerlein et al., 1979). In dieser zweiten Welle konnten Daten von 455 Personen erhoben werden. Nach den DIS/DSM-III-Kriterien war bei 13.0 Prozent der Allgemeinbevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren einmal im Leben Alkoholmißbrauch und/oder Alkoholabhängigkeit zu diagnostizieren. Die Prävalenzrate für Männer lag mit 21.0 Prozent wesentlich höher als für Frauen mit 5.1 Prozent. Die Prävalenzrate des Alkoholmißbrauchs lag insgesamt bei 2.0 Prozent, die der Alkoholabhängigkeit bei 7.4 Prozent. In der Gruppe der 45 bis 64-jährigen lagen die Alkoholabhängigkeitsraten sowohl bei Männern (17.3 Prozent) als auch bei Frauen (3.3 Prozent) am höchsten. Die 6-Monats-Prävalenz von Alkoholmißbrauch und/oder -abhängigkeit war weitaus geringer, sie lag insgesamt bei 1.2 Prozent. 1.3 Prozent aller Männer und 0.9 Prozent aller Frauen wiesen eine aktuelle DSM-III Diagnose des Alkoholmißbrauchs oder der -abhängigkeit auf. In der MFS ergab sich Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit als die bei Männern am häufigsten vorkommende psychische Störung (Wittchen & Bronisch, 1992)⁵.

Im Vergleich werden die Ergebnisse ähnlicher Studien aus den Vereinigten Staaten genannt. Die „Epidemiological Catchment Area“-Studie (ECA; Helzer, Bucholz & Robins, 1992) untersuchte Anfang der 80er Jahre bei über 20 000 zufällig ausgewählten Personen ab 18 Jahren psychiatrische Auffälligkeiten in fünf Regionen der USA (New Haven, Baltimore, St. Louis, Los Angeles und Durham). Ermittelt wurden die Prävalenzraten durch Interviews mit dem „Diagnostic-Interview-Schedule“ (DIS), basierend auf den DSM-III-Kriterien der American Psychiatric Association von 1980. Die Lifetime-Prävalenzrate in allen fünf Regionen betrug für Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit 13.7 Prozent, die 6-Monats-Prävalenz 4.7 Prozent (Helzer et al., 1992). Die Lifetime-Prävalenz war folglich fast identisch mit der in der MFS ermittelten.

⁴ Mitarbeiterin der Forschungsgruppe Epidemiologie des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie in München.

⁵ Für Frauen machen Bronisch und Wittchen (1992) diesbezüglich keine Angaben.

Männer wiesen eine fünf Mal häufigere Lifetime-Prävalenz von Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit auf als Frauen. Alkoholismus war in der gesamten ECA-Stichprobe die häufigste Störung bezogen auf die Lifetime-Prävalenz (Helzer et al., 1992, S. 88). Eine bemerkenswerte Studie, die die Prävalenzen von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in verschiedenen Ländern Nordamerikas, Europas und Asiens untersucht, wurde von Helzer und Canino (1992) veröffentlicht, angeregt durch die ECA-Studie. In dieser Zusammenfassung von 10 Untersuchungen in verschiedenen Ländern und Kulturen soll ein Überblick gegeben werden über Ähnlichkeiten und Unterschiede in der Epidemiologie des Alkoholismus. Die Grundlage der einzelnen in den 80er Jahren durchgeführten Untersuchungen ist ebenfalls der DIS. Die Lifetime-Prävalenzraten variieren zwischen 23.0 Prozent und 0.45 Prozent. Die Prävalenzraten aus der deutschen MFS liegen mit 13 Prozent etwa im mittleren Bereich (Helzer & Canino, 1992).

Neue amerikanische Ergebnisse stammen aus dem „National Comorbidity Survey“ (NCS; Kessler et al., 1994). In dieser Studie wurden 12-Monats- und Lifetime-Prävalenzen erfaßt. Die NCS ist die Nachfolgestudie der ECA und stützt sich auf die DSM-III-R Kriterien (Kessler et al., 1994). Die Daten wurden an einer repräsentativen Stichprobe von Personen im Alter von 15 bis 54 Jahren erhoben und stammen aus den Jahren 1990 bis 1992. Insgesamt gingen 8098 Datensätze in die Auswertung ein. Als Diagnoseinstrument wurde eine modifizierte Form des „Composite International Diagnostic Interview“ (CIDI), basierend auf DSM-III-R-Diagnosen eingesetzt (vgl. Kessler et al., 1994). In der NCS erwies sich Alkoholabhängigkeit bei Männern und Frauen als zweithäufigste psychische Störung in der Lifetime-Prävalenz. Männer wiesen durchgängig höhere Prävalenzraten als Frauen auf. Insgesamt ergab sich eine Lifetime-Prävalenz für Alkoholmißbrauch von 9.4 Prozent und eine 12-Monats-Prävalenz von 2.5 Prozent, für Alkoholabhängigkeit eine Lifetime-Prävalenz von 14.1 Prozent und eine 12-Monats-Prävalenz von 7.2 Prozent (Kessler et al., 1994).

Caetano und Tam (1995) nennen eine 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit, diagnostiziert nach DSM-IV-Kriterien, von 3.9 Prozent. Die 12-Monats-Prävalenzrate, diagnostiziert nach ICD-10, betrug 5.5 Prozent. Männer zeigten höhere Prävalenzraten als Frauen. Die repräsentative Stichprobe, an der diese Werte erhoben wurden, umfaßte 2058 Personen ab 18 Jahren im Rahmen des US „National Alcohol Survey“ aus dem Jahre 1990.

In den o.g. Studien zeigt sich im Vergleich zur 6-Monats-/12 Monats-Prävalenz eine höhere Lifetime-Prävalenz für Alkoholmißbrauch bzw. -abhängigkeit (MFS; ECA). Betrachtet man Geschlechterunterschiede, so zeigen sich bei Männern durchgängig höhere Prävalenzraten von Alkoholismus als bei Frauen. Dies wird auch deutlich vor dem Hintergrund des in den letzten 50 Jahren von etwa 10 Prozent auf etwa 30 Prozent angestiegenen Frauenanteils in Behandlungseinrichtungen (Feuerlein, 1989a). Fichter und Frick (1992) stellen fest, daß höhere und mittlere Altersgruppen von Erwachsenen bis 65 Jahre im Vergleich zu alten Menschen über 65 Jahre höhere Prävalenzraten für Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit aufweisen. Dies wurde auch in der MFS ermittelt.

Abschließend soll noch auf verschiedene Schwierigkeiten bei der Ermittlung genauer Prävalenzraten eingegangen werden. Wie aus den Ergebnissen verschiedener epidemiologischer Studien ersichtlich wird, gibt es teilweise große Differenzen. Diese dürften in erster Linie methodisch bedingt sein (Feuerlein, 1989a). Zum einen spielen die eingesetzten Diagnosekriterien (DSM oder ICD) und der daraus abgeleitete, in der jeweiligen Studie verwandte Interviewleitfaden eine Rolle, zum anderen muß bei Vergleichen zwischen internationalen Studien die kulturelle und gesellschaftliche Komponente des Alkoholismus beachtet werden (vgl. Helzer & Canino, 1992). Große Diskrepanzen zwischen Lifetime- und 6-Monats-Prävalenzraten, wie sie in der MFS auftraten, lassen sich möglicherweise dadurch erklären, daß es den Befragten leichter fällt, länger zurückliegende Alkoholprobleme zuzugeben als über eine aktuelle Alkoholproblematik Angaben zu machen (Bronisch & Wittchen, 1992). Hier könnte soziale Erwünschtheit eine Rolle spielen. Eine mögliche Fehlerquelle in epidemiologischen Untersuchungen besteht bei Angaben über die Trinkmenge, da bei retrospektiv erhobenen Angaben unzureichende Erinnerung oder auch fehlerhafte kognitive Leistungen (z. B. bei der Addition für Häufigkeitsangaben) auftreten können (Herbst et al., 1994). Dem kann durch die Erfassung eines Frequenz-Menge-Index (vgl. Herbst et al., 1996) entgegengewirkt werden. Prävalenzstudien sind meist Querschnittstudien. Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen, die als Längsschnittstudie konzipiert sind, könnten noch aussagekräftiger sein, werden aber erschwert durch Ausfallraten der Probanden, Kosten- und Datenschutzgründe (Bühringer & Simon, 1992).

Insgesamt betrachtet läßt sich feststellen, „daß verschiedene finanzielle, praktische und methodische Probleme dazu führen, daß nur relativ wenige Angaben zur Epidemiologie der Alkoholabhängigkeit als einer Folge des mißbräuchlichen Konsums bekannt sind“ (Bühringer & Simon, 1992, S. 159).

2 ALLGEMEINE ASPEKTE DER RÜCKFALLFORSCHUNG BEI ALKOHOLABHÄNGIGEN

Im vorliegenden Kapitel wird der Themenkomplex „Rückfälligkeit“ mit einem Überblick über gängige Definitionen des Rückfallbegriffs in Forschung und Praxis eingeführt. Es folgt eine Darstellung der Ziele und Methoden sowie der methodischen Probleme katamnestischer Studien im Suchtbereich, an die sich empirische Ergebnisse verschiedener Studien über Häufigkeit und Verlauf von Rückfällen nach stationären Entwöhnungsbehandlungen anschließen.

2.1 Definition des Rückfallbegriffs

Bislang gibt es keine allgemein akzeptierte Definition des Rückfallbegriffs und im Suchtbereich differiert der Gebrauch dieses Begriffs sowohl in der Praxis als auch in der Forschung erheblich.

Nach einem engen Begriffsverständnis liegt ein Rückfall bereits dann vor, wenn ein „trockener“ Alkoholiker nach einer abstinenten Phase eine beliebige Menge Alkohol zu sich nimmt (Körkel & Lauer, 1992). Nach dieser sogenannten „engen“ Rückfalldefinition wird von Rückfälligkeit also auch schon gesprochen, wenn Alkohol einmalig oder nur in sehr geringer Menge konsumiert wird. Diese enge Sichtweise von Rückfälligkeit ist vor allem in der Behandlungspraxis und in Selbsthilfegruppen vorherrschend (Körkel & Lauer, 1992). Die Kriterien des sogenannten „trockenen“ Rückfalls sind noch restriktiver als die der „engen“ Rückfalldefinition. Nach Körkel und Lauer (1992) liegt ein „trockener Rückfall“ vor, „wenn ein alkoholabstinent lebender Alkoholiker in frühere Denk-, Erlebens- oder Verhaltensgewohnheiten zurückfällt, die vor der Abstinenz bzw. dem moderaten Trinken mit seinem Alkoholkonsum in engem Zusammenhang standen“ (Körkel & Lauer, 1992, S. 14), auch wenn kein Alkohol konsumiert wird. Wie die „enge“ Rückfalldefinition wird der „trockene Rückfall“ insbesondere von den Selbsthilfegruppen

favorisiert, die den „trockenen Rückfall“ häufig als Vorboten des „nassen“ Rückfalls betrachten (Hunter & Salomone, 1987; Schmidt, 1988). Empirische Belege, die diese Vermutungen absichern, liegen allerdings bislang nicht vor (Körkel & Lauer, 1992).

In der Rückfallforschung ist ein breites Spektrum von eher weiten oder liberalen Definitionen des Rückfallbegriffs zu finden. Diese Definitionen gehen meist über die Dichotomisierung - abstinenter vs. rückfällig - hinaus und betrachten die Gruppe der Personen, die nach einer Phase der Abstinenz wieder Alkohol konsumiert haben, differenzierter (Körkel & Lauer, 1995).

So rücken Brownell, Marlatt, Lichtenstein und Wilson (1986) die Dauer und Intensität des erneuten Trinkens in den Mittelpunkt und differenzieren zwischen einmaligem geringfügigen Konsum (auch als „Ausrutscher“ oder „Fehltritt“, bzw. „slip“ oder „lapse“ bezeichnet) und der Rückkehr zum früheren Konsumniveau („schwerer Rückfall“ oder „relapse“ genannt). Brownell et al. (1986) halten eine solche Unterscheidung insbesondere deshalb für notwendig, weil sie davon ausgehen, daß ein erster Ausrutscher nicht automatisch zu einem schweren Rückfall führt. Sie merken jedoch auch an, daß die Grenzziehung zwischen einem Ausrutscher und einem Rückfall schwierig ist.

Einige Definitionen legen ein bestimmtes Kriterium zugrunde, bei dessen Überschreiten von einem Rückfall gesprochen wird. Hier werden medizinische (z. B. Emrick & Hansen, 1983; Küfner, Feuerlein & Flohrschütz, 1986; Pequinot, Tuyns & Berta, 1978), soziale (z. B. Hore, 1971a, 1971b) oder individuelle Bezugsnormen (z. B. Körkel & Lauer, 1992) herangezogen. Auch bei den kriteriumsbezogenen Rückfalldefinitionen ist eine Festlegung, ab welchem Ausmaß des Alkoholkonsums es sich um Rückfälligkeit handelt, problematisch (Körkel & Lauer, 1992).

Hoffmann und Harrison (1989) plädieren dafür, die Selbstverpflichtung des Abhängigen zur Abstinenz als Voraussetzung zu betrachten, um überhaupt von Rückfälligkeit zu sprechen. Auch Lauer und Sohns (1994), die die subjektiven Rückfalldefinitionen bei männlichen Alkoholikern untersuchten, fanden, daß über die Hälfte der befragten Patienten ein subjektives Abstinenzziel für notwendig erachtete, um bei erneutem Trinken von einem Rückfall zu sprechen.

Schon in der Vielzahl der existierenden Definitionen kommt die Komplexität des Phänomens „Rückfall“ zum Ausdruck. Diese Vielzahl der möglichen Bedeutungen des Begriffs „Rückfall“ sollte im folgenden stets berücksichtigt werden.

2.2 Methoden und Probleme katamnestischer Studien

Aufschlüsse über Häufigkeit und Prozesse von Rückfällen im Suchtbereich werden vor allem durch katamnestische Untersuchungen gewonnen. Katamnesen können unterschiedliche Zielsetzungen zugrunde liegen. Veltrup, Weber, Metten, Driesen und John (1995) unterscheiden hier die Prüfung der Behandlungseffektivität, die Sicherung und Förderung der Behandlungsqualität sowie spezifische Forschungsfragestellungen.

Als katamnestische Erhebungsmethoden werden die schriftliche Befragung, häufig kombiniert mit Erinnerungsschreiben, das persönliche Interview sowie die telefonische Befragung eingesetzt, wobei der schriftlichen Befragung vor allem aus ökonomischen Gründen meist der Vorzug gegeben wird. In einigen Studien werden zu den Selbstberichten der Patienten Fremdaussagen, z. B. von Ärzten oder Familienangehörigen, herangezogen, unter anderem aufgrund der häufig geäußerten Zweifel an der Glaubwürdigkeit von Selbstaussagen (vgl. Kap. 1.1). Floyd, Monahan, Finney und Morley (1996) fanden bei der Analyse von 339 katamnestischer Studien, die von 1980 bis 1992 in englischer Sprache veröffentlicht wurden, daß 90 Prozent der untersuchten Katamnesen auf Selbstberichten basieren. In 29 Prozent der Studien wurden Informationen von anderen Personen hinzugezogen.

Bevor im nächsten Kapitel Ergebnisse katamnestischer Studien vorgestellt werden, soll auf einige methodische Probleme aufmerksam gemacht werden, die insbesondere bei Katamnesen in der Suchtforschung auftreten.

Ein entscheidendes Problem katamnestischer Studien entsteht durch unvermeidbare Selektionsprozesse vor und während der Therapie sowie bei der Durchführung der Katamnesen. So gibt es kaum eine Behandlungseinrichtung, die einen repräsentativen Querschnitt der gesamten Alkoholikerpopulation betreut. Vielmehr ist durch unterschiedliche Aufnahmekriterien immer von mehr oder minder gezielten Selektionsvorgängen bei der Auswahl der Patienten

auszugehen. (Feuerlein, 1989b). Als Selektionskriterien für Suchtfachkliniken mit kurzer Behandlungsdauer nennt Feuerlein (1989b) beispielsweise Behandlungswilligkeit, eine gute bis gefährdete soziale Integration, sowie eine relativ gute körperliche und psychische Verfassung. Eine differenzierte Zuweisung von Patienten zu verschiedenen therapeutischen Einrichtungen stellt für eine effiziente Entwöhnungsbehandlung eine notwendige Voraussetzung dar. Problematische Auswirkungen hat dies für katamnestische Untersuchungen vor allem dann, wenn Selektionskriterien nicht transparent gemacht und Patientenvariablen nicht mit erhoben werden. Weitere Selektionseffekte treten auf, wenn Patienten, die die Therapie vorzeitig abgebrochen haben, nicht mit in die Katamnese einbezogen werden. Therapieabbrechern wird in der Regel eine schlechtere Prognose bzgl. des Verlaufs der Alkoholabhängigkeit gegeben als Patienten, die die Therapie regulär beenden (Rink, 1984).

An katamnestischen Untersuchungen nimmt immer nur ein bestimmter Prozentsatz der ehemaligen Patienten teil. Bei einer Literaturdurchsicht neuerer deutscher Studien lagen die Rücklaufquoten zwischen 25 Prozent (Holz, Bork & Oberländer, 1996) und 97.2 Prozent (Rogmann & Lüdtkke, 1991). Korrekterweise sollte bei der Studie von Rogmann und Lüdtkke (1991) allerdings nicht von einer Rücklaufquote, sondern vielmehr von einer Aufklärungsrate gesprochen werden, da auch fremdkatamnestische Informationen miteinbezogen wurden. Morley, Finney, Monahan und Floyd (1996) berichten in einem Überblick über 339 katamnestische Studien, die von 1980 bis 1992 in englischer Sprache veröffentlicht wurden, von Rücklaufquoten von 6 Prozent bis 100 Prozent mit einem relativ hohen Durchschnittswert von 82 Prozent. Voris (1981-82) führt die erzielten Rücklaufquoten vor allem auf Patientenvariablen zurück. Funke (1991) sieht unter anderem prozedurale Aspekte der Erhebung, wie die Anzahl der gestellten Fragen, den Zeitpunkt der Nachbefragung, die Verwendung portofreier Rückumschläge oder auch den Einsatz von Erinnerungsschreiben an nicht antwortende Patienten als bedeutsame Einflußfaktoren an. Zu berücksichtigen ist des Weiteren, daß - insbesondere bei Langzeitkatamnesen - der Anteil der ehemaligen Patienten, die in der Zwischenzeit verstorben sind oder nicht mehr erreicht werden können, nicht unerheblich ist.

Mit den Patienten, die nicht an der Katamnese teilnehmen, wird in den einzelnen Studien auf unterschiedliche Weise hinsichtlich der Berechnung der Abstinenzrate verfahren. Nach „liberaler“ Berechnungsart werden nur die Patienten einbezogen, von denen

Katamneseinformationen vorliegen. Da einige Untersuchungen belegen, daß Antwortverweigerer tendenziell schlechtere Ergebnisse erzielen als Alkoholiker, die an der katamnestischen Untersuchung teilnehmen (vgl. z. B. Moos, Finney & Cronkite, 1990; Rink, 1984; Süß, 1988), führt ein Ausschluß der fehlenden Daten zu einer Verringerung der Stichprobe vor allem um die prognostisch ungünstigen Fälle und damit zu einer Erhöhung des Anteils Abstinenter (Watzl, 1979). Nach „konservativer“ Berechnungsart werden alle in der Katamnesebefragung nicht erreichten Patienten oder Antwortverweigerer als rückfällig eingestuft, was insbesondere bei einer geringen Beteiligungsrate zu einer Unterschätzung des Therapieerfolgs führt, da erfahrungsgemäß auch unter den Nichterreichten nicht rückfällige Patienten anzutreffen sind (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 1992). Scheller, Klein und Zimmer (1995) schlagen vor, Nichtantworter und Verstorbene nicht von vornherein als rückfällig einzustufen, sondern diese über differenzierende Berechnungsmodi in die katamnestischen Befunde einzubeziehen. „Die zu erwartende beträchtliche Variationsbreite der Ergebnisse kann sodann die Basis für eine Diskussion von Abstinenz- bzw. Rückfallquoten aus verschiedenen Perspektiven bilden“ (Scheller et al., 1995, S. 3).

Verschiedene Erhebungsinstrumente, Zeitfenster sowie unterschiedliche Definitionen und Operationalisierungen des Rückfallbegriffs führen bei einer Analyse verschiedener katamnestischer Studien zu einem recht undurchsichtigen Bild. Mangelhafte Darstellungen der Patientenselektionskriterien und der Berechnungsmodi der Abstinenz- bzw. Rückfallraten sowie unzureichende Angaben über die Charakteristika der Patienten und der Behandlungskonzepte tragen weiterhin dazu bei.

Insbesondere die mangelnde Vergleichbarkeit verschiedener Studien, bedingt durch die zum Teil erheblichen Unterschiede im methodischen Vorgehen, haben die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) dazu veranlaßt, Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen zu entwickeln (vgl. DGSS, 1985). Diese Katamnese Standards wurden für die Evaluation von Entwöhnungsbehandlungen entwickelt und sollten für alle Einrichtungstypen - ambulant, stationär, teilstationär - und Formen von Abhängigkeit (Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit, illegale Drogen) Verwendung finden können. Vorgaben für Standardisierungen wurden in den Bereichen Planung und Organisation von

Katamnesen, Festlegung wichtiger Fragen mit Antwortkategorien sowie Auswertung und Publikation der Ergebnisse gemacht (DGSS, 1985).

Ob die Standards die gestellten Ansprüche der Forschungserleichterung und Therapieverbesserung erfüllen können, wird von Funke und Krampen (1985) bezweifelt. Als problematisch erachtet Funke (1991) vor allem das durch eine derartige Standardisierung „erzielte Einfrieren der Methodik auf den 1985 gegebenen Forschungsstand“ (Funke, 1991, S. 6). Süß (1988) erachtet die Standards im Gegensatz zu Funke und Krampen prinzipiell für „wünschenswert und notwendig“ (Süß, 1988, S. 89), wendet jedoch gegen die Standardisierungsvorschläge der DGSS ein, daß unnötig viel und zu willkürlich reglementiert wird.

Eine Überarbeitung dieser ersten Standards für die Durchführung von Katamnesen wurde 1992 mit dem Titel „Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen“ herausgegeben, in der es zu inhaltlichen und formalen Veränderungen kam. Erwähnenswert ist die Aufgabe der zuvor bestehenden Trennung von Standards in Routine- und Forschungskatamnesen sowie in Mindest- und ergänzende Standards. Neben der Überarbeitung der Katamnesestandards enthalten die „Dokumentationsstandards“ von 1992 Standards für den gesamten Bereich der Therapiedokumentation bei Abhängigen sowie zur Bewertung der Ergebnisse (vgl. DGSS, 1992).

2.3 Häufigkeit und Verlauf von Rückfällen nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung

Die Ergebnisse der verschiedenen katamnestischen Studien weisen darauf hin, daß Rückfälle nach einer stationären Therapie sehr häufig vorkommen. Seit der Veröffentlichung der umfangreichen Literaturübersichten von Emrick (1974, 1975) über Behandlungsergebnisse bei der Therapie von Alkoholabhängigen gilt als Richtwert für den Therapieerfolg bei Alkoholabhängigen weitgehend die Annahme der „Ein-Drittel-Faustregel“, nach der je ein Drittel der Patienten abstinent, gebessert und ungebessert sind (Süß, 1988). In einer ersten Literaturübersicht faßte Emrick (1974) für den Zeitraum von 1952 bis 1971 die Ergebnisse von insgesamt 265 kontrollierten Untersuchungen zusammen (Emrick, 1974) und 1975 von weiteren 126 Untersuchungen, die bis 1973 in englischsprachigen Fachzeitschriften zur psychologisch

orientierten Behandlung von Alkoholismus publiziert wurden, und berechnete durchschnittliche Abstinenz- und Besserungsraten über alle einbezogenen Untersuchungen. Beeindruckend sind die Differenzen der Untersuchungsergebnisse: Der Range der Abstinenzraten reichte von 0 bis 100 Prozent, innerhalb einer Standardabweichung streuten die Abstinenzraten immer noch zwischen 10.5 Prozent und 53.3 Prozent. Kritisch anzumerken ist, daß es bei diesen Zahlen von Emrick zu einer Vermischung kommt, zum einen von verschiedenen Behandlungsformen, zum anderen von kurz- und langfristigen Effekten durch den unterschiedlichen zeitlichen Abstand zwischen Therapieende und katamnestischer Befragung in den einzelnen Studien (Funke & Klein, 1981).

In den letzten Jahren hat die Zahl katamnestischer Untersuchungen im Suchtbereich deutlich zugenommen und die Zahl der Einzelstudien ist auf mehrere Hundert angestiegen (Körkel & Lauer, 1992). Der größte Teil der Untersuchungen bezieht sich allerdings auf einen Katamnesezeitraum von höchstens drei Jahren, während Katamnesen, die einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren berücksichtigen, immer noch selten sind (Scheller et al., 1995). Im folgenden werden Ergebnisse neuerer deutscher katamnestischer Studien vorgestellt. Neben dem Suchtmittelkonsum wurden in den letzten Jahren vermehrt auch multiple Erfolgskriterien untersucht, die Aufschluß über qualitative Veränderungen der Lebenssituation nach der Therapie erlauben sollen. In diesem Kapitel wird die Darstellung der Ergebnisse auf Abstinenz- bzw. Rückfallraten begrenzt.

Die umfangreichste und differenzierteste Untersuchung im deutschsprachigen Bereich für Therapie- und Verlaufsevaluation bei Alkoholikern stellt die vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) geförderte „Münchener Evaluation der Alkoholismus-Therapie“ (MEAT) von Küfner, Feuerlein und Huber (1986, 1988) dar. Die Untersuchung wurde in den Jahren 1980 bis 1984 durchgeführt. Die 1410 Patienten (73 Prozent Männer), die an der Untersuchung teilnahmen, stammten aus 21 stationären Behandlungseinrichtungen, die als weitgehend repräsentativ für stationäre Behandlungseinrichtungen für Alkoholiker in der Bundesrepublik Deutschland zum Zeitpunkt der Untersuchung galten. Neben den Untersuchungen bei Aufnahme und Entlassung wurden Katamnesen nach 6, 12 und 48 Monaten vorgenommen. Die Erhebung der Katamnese erfolgte teils durch persönliche Interviews, teils durch versandte Fragebogen. Über einen 6-Monats-Katamnese-zeitraum waren 67 Prozent der Patienten durchgängig abstinent, 11 Prozent wurden als gebessert und 22 Prozent als ungebessert

klassifiziert. Bei der 18-Monats-Katamnese sank die Abstinenzrate auf 53 Prozent. Nach vier Jahren waren 46 Prozent der erreichten Patienten über den gesamten Katamnesezeitraum abstinent, 12 Prozent gebessert und 42 Prozent ungebessert. In dem Zeitraum der sechs Monate vor der letzten Katamnese, lebten 66 Prozent der erreichten Patienten abstinent. Anzumerken ist, daß in diese Studie nur Patienten aufgenommen wurden, die zuvor ihre Zustimmung zu einer Teilnahme an der Untersuchung gegeben hatten und daß sich diese Therapieergebnisse auf die in den Nacherhebungen erreichten Patienten beziehen. Bei einer Einstufung aller nicht aufgefunder Patienten als rückfällig ergibt sich für den 4-Jahreszeitraum eine Abstinenzrate von 37 Prozent.

Weitere deutsche Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen: So berichtet Süß (1988) für einen sechsmonatigen Katamnesezeitraum von 36 Prozent Rückfälligen der untersuchten 278 Patienten⁶. In der Studie von Roghmann und Lüdtkke (1991) wurde während der ersten 18 Monate nach Behandlungsende die Hälfte der 1398 Alkoholabhängigen, die in verschiedenen Kurz- und Langzeittherapieeinrichtungen behandelt wurden, rückfällig. Bei Fichter und Frick (1992) waren nach einer 6-wöchigen Entwöhnungsbehandlung in der 6-Monats-Katamnese 60 Prozent, in der 18-Monats-Katamnese 70 Prozent Rückfällige der 100 untersuchten Patienten zu verzeichnen.

Die ausführlichsten katamnestischen Studien der USA in der Alkoholismusforschung stellen „Rand-Report I und II“ dar (Armor, Polich & Stambul, 1976; Polich, Armor & Braike, 1980). Der „Rand-Report I“ löste starke methodologische und inhaltliche Kritik aus (vgl. Crawford & Pell, 1976). Daher soll an dieser Stelle nur auf die Ergebnisse des Rand-Report II (Polich et al., 1980) eingegangen werden. In dieser Studie wurde bei 758 Patienten ein persönliches, halbstandardisiertes Interview durchgeführt. Über den untersuchten 4-Jahres-Zeitraum waren nur 7 Prozent der Patienten dauerhaft abstinent, weitere 7 Prozent waren stabile „non-problem drinkers“, 5 Prozent wechselten zwischen Abstinenz und „non-problem-drinking“, 81 Prozent waren „problem drinkers“.

⁶ Die Behandlungsdauer der Patienten variierte, da sie indikationsgeleitet festgelegt wurde.

In einer österreichischen Studie, die Lesch (1985) vier Jahre nach stationärer Behandlung bei 444 fast ausschließlich männlichen Patienten in Österreich durchführte, waren 18 Prozent der untersuchten Patienten abstinent, 26 Prozent hatten Rückfälle bei erhaltener sozialer Anpassung, bei 56 Prozent der Patienten wurde ein ungünstiger Verlauf beobachtet.

Im Vergleich zu den vorgestellten amerikanischen und österreichischen 4-Jahres-katamnesen lagen die Abstinenzraten in der deutschen Studie von Küfner et al. (1986, 1988) also etwas höher. Für einen ausführlichen Überblick über Langzeituntersuchungen aus Europa und den USA sei verwiesen auf Fahrenkrug (1987) und Feuerlein (1987).

Die Ergebnisse sowohl älterer als auch neuerer Untersuchungen weisen darauf hin, daß die Gefahr für Erstrückfälle in den ersten Monaten nach Behandlungsende am größten ist (Körkel & Lauer, 1995). Aus der viel zitierten Rückfallkurve von Hunt, Barnett und Branch (1971) geht hervor, daß bei Patienten mit verschiedenen Abhängigkeitserkrankungen ungefähr zwei Drittel der Rückfälle innerhalb der ersten 90 Tage nach Therapieende auftraten. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen neuere Studien. In der Studie von Süß (1988) begannen 39 Prozent aller rückfälligen Patienten bereits im ersten Monat nach Therapieende wieder mit dem Suchtmittelkonsum, während in den darauffolgenden fünf Monaten kein besonderer Trend mehr erkennbar war. In der MEAT-Studie von Küfner et al. (1986) begannen 37 Prozent aller Rückfälligen während des ersten Monats wieder mit dem Alkoholkonsum. Noch höhere Rückfallraten wurden nach Entgiftungsbehandlungen beobachtet: Bei Bechert et al. (1989) wurden 50 Prozent der ehemaligen Patienten im ersten poststationären Monat rückfällig, in einer Studie von Veltrup (1995) 42 Prozent.

Veränderungen im Trinkstatus in der Richtung, daß Rückfällige zur Abstinenz zurückfinden, kommen häufiger vor als gemeinhin angenommen wird (Körkel & Lauer, 1995). Dies verdeutlichen zum Beispiel die dargestellten Ergebnisse der MEAT-Studie. In der 4-Jahres-Katamnese war der Anteil der abstinenten Patienten zum Katamnesezeitpunkt wesentlich größer als über den gesamten Zeitraum hinweg. Nach den Ergebnissen verschiedener Studien bilden ehemalige Patienten, die die ersten Monate nach einer Behandlung abstinent leben, längerfristig die stabilste Gruppe (vgl. Finney & Moos, 1991; Küfner et al., 1988; Längle & Schied, 1990). Werden Patienten erst nach mehreren Jahren Abstinenz rückfällig, stellt sich nach einiger Zeit

häufig wieder länger andauernde Abstinenz oder moderates Trinken ein (vgl. Feuerlein, 1987; Längle & Schied, 1990; Nordström & Berglund, 1987).

3 SOZIODEMOGRAPHISCHE VARIABLEN UND RÜCKFÄLLIGKEIT: EMPIRISCHE FORSCHUNGSERGEBNISSE

Inzwischen gibt es eine beträchtliche Anzahl von Verlaufsstudien bei Alkoholikern in denen der Vorhersagewert verschiedener Variablen für den Verlauf nach einer stationären Therapie untersucht wurde. (Klein, 1984). Die untersuchten Einflußfaktoren auf Rückfälligkeit umfassen Merkmale der abhängigen Person und ihrer Umgebung sowie Behandlungsvariablen, wobei jedem Einflußfaktor für das Rückfallgeschehen eine eigenständige Bedeutung zukommt (Körkel & Lauer, 1995). Als relevante Behandlungsvariablen wurden z. B. unterschiedliche Behandlungsdauer, verschiedene Therapieformen sowie, vor allem in letzter Zeit mehr in den Mittelpunkt gerückt, der Einsatz von Anti-Craving Substanzen diskutiert (vgl. Kufner, 1995). Unter den Merkmalen Abhängiger fanden in der Rückfallforschung insbesondere soziodemographische, kognitive, emotionale und Persönlichkeitsvariablen starke Beachtung. Des weiteren wurden äußere Bedingungen, wie soziale Unterstützung, risikoreiche Alltagssituationen (eine ausführliche Darstellung erfolgt in Kap. 4) und kritische Lebensereignisse diskutiert (Körkel & Lauer, 1995).

Merkmale der abhängigen Person stellten sich in verschiedenen Studien wiederholt als für den Behandlungserfolg von großer Relevanz heraus, während Behandlungsvariablen den Trinkstatus nach einer stationären Behandlung weniger gut vorherzusagen vermochten (vgl. Corrigan, 1980; Moos et al., 1990; Nathan, 1986). Im folgenden werden Ergebnisse verschiedener Studien vorgestellt, die den Zusammenhang zwischen Rückfälligkeit und den soziodemographischen Variablen „Geschlecht“, „Alter“, „Partnerschaft“, „Berufstätigkeit“ und „Ausbildungsstand“ untersucht haben. Des Weiteren soll in diesem Kontext der Zusammenhang zwischen wiederholten Entwöhnungsbehandlungen und Rückfälligkeit beschrieben werden.

3.1 Geschlechtsspezifische Befunde

Die Alkoholismusforschung hat sich lange Zeit überwiegend auf Männer konzentriert, während alkoholabhängige Frauen kaum Berücksichtigung fanden. Dies ist sicherlich darauf

zurückzuführen, daß Männer das Hauptklientel für Suchtbehandlungseinrichtungen stellen - in der Vergangenheit wie auch gegenwärtig. Wie in Kap. 1.2 aufgezeigt wurde, ist der Anteil alkoholabhängiger Frauen geringer als der der Männer, weiterhin suchen abhängige Frauen seltener Behandlungseinrichtungen auf (vgl. Oppenheimer, 1991; Weisner & Schmied, 1992).

Auch die Mehrzahl der vorliegenden Verlaufs- und Therapieevaluationsstudien befaßte sich ausschließlich mit Männern. In einer Analyse katamnestischer Studien, die zwischen 1950 und 1978 über geschlechtsspezifische Therapieeffekte in englischer Sprache veröffentlicht worden waren, fand Annis (1980) nur 23 Studien, die geschlechtsspezifische Informationen enthielten. Dieser geringen Anzahl stehen hunderte von Studien gegenüber, die über den Therapieerfolg männlicher Alkoholiker veröffentlicht wurden (vgl. Annis, 1980). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Vanicelli und Nash (1984). Obwohl in den achtziger und neunziger Jahren mehr Frauen in die Untersuchungen einbezogen wurden als in den sechziger und siebziger Jahren, wird auch in neueren Studien bei der Darstellung der Ergebnisse in der Mehrzahl der Studien nicht zwischen Frauen und Männern differenziert (Schneider, Kviz, Isola & Filstead, 1995).

Geben die vorliegenden Studien nun Hinweise auf geschlechtsspezifische Differenzen der Rückfallquoten? In der genannten Literaturanalyse fand Annis (1980) uneinheitliche Ergebnisse über den Verlauf der Erkrankung bei Männern im Vergleich zu Frauen nach einer stationären Therapie. Fünf Studien zeigten einen günstigeren Verlauf bei Frauen, hingegen beschrieben drei Studien eine bessere Prognose für Männer. Fünfzehn Studien fanden keinen Unterschied und sahen im Geschlecht keinen Prädiktor für Rückfälligkeit. Auch die Ergebnisse neuerer Studien aus dem angloamerikanischen Sprachraum sind divergent. Corrigan (1980), Glenn und Parsons (1991) sowie Duckert (1993) berichten von einer höheren Rückfällrate bei Männern. Gleich hohe Rückfallraten fanden hingegen De Soto, O'Donnell und De Soto (1989), Jarvis (1992), Lyons, Welte, Brown und Hynes (1982), Nathan und Skinstad (1987) sowie O'Connor, Gottlieb, Kraus und Segal (1993).

Die Ergebnisse deutscher Studien legen teilweise eine erhöhte Rückfallgefährdung für Frauen oder eine ähnliche Rückfallrate für beide Geschlechter nahe. In der MEAT-Studie von Kufner et al. (1986, 1988) wiesen Männer bei allen drei Katamnesezeitpunkten eine höhere Abstinenzrate auf als Frauen: So waren 6 Monate nach Beendigung der stationären Behandlung 69,4 Prozent

der Männer und 60.5 Prozent der Frauen abstinent, nach 18 Monaten 55.4 Prozent der Männer und 47.4 Prozent der Frauen. In der Befragung nach 4 Jahren verringerte sich der Anteil abstinenten Männer auf 48.5 Prozent und der Anteil der abstinenten Frauen auf 40.9 Prozent. Im letzten Halbjahr war allerdings der Anteil der Frauen mit 69.8 Prozent gegenüber dem der Männer mit 64.8 Prozent etwas größer. Während also im gesamten Katamnesezeitraum der Anteil der abstinenten Männer größer war, waren während des letzten halben Jahres mehr Frauen abstinent.

Von niedrigeren Erfolgswahrscheinlichkeiten der Frauen berichtet auch Funke (1996) bei einer Einjahreskatamnese, in der 2.221 Patienten einer Kurzzeittherapieeinrichtung untersucht wurden. Da die Rückfallrate nach klassisch-konservativer Methode bestimmt wurde (die Nicht-Antwörter wurden als rückfällig eingestuft), sind die höheren Rückfallraten der Frauen in dieser Studie allerdings auch durch die niedrigere Rücklaufquoten der Frauen im Vergleich zu den Männern bedingt. Auch bei Mann und Batra (1993) war die Rückfallquote der Frauen größer als die der Männer.

Keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Abstinenzraten fanden Fichter und Frick (1992) sowie Funke und Klein (1981). Bei Keller und Scheller (1981) unterschieden sich Frauen und Männer nicht in den Abstinenzraten, mehr Frauen als Männer lebten allerdings nach einem Rückfall wieder abstinent. Diese Ergebnisse wie auch die Befunde der MEAT-Studie (Küfner et al., 1988) könnten ein Hinweis darauf sein, daß Männer seltener als Frauen in der Lage sind, einen Rückfall aufzufangen (Körkel & Lauer, 1992).

Auch wenn die beschriebenen Studienergebnisse nicht auf wesentliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen bzgl. der Rückfallhäufigkeiten nach einer Entwöhnungsbehandlung hinweisen, kann daraus nicht der Schluß gezogen werden, daß Rückfällen bei Männern und Frauen auch die gleichen Bedingungen und Prozesse zugrunde liegen und deshalb eine geschlechtsspezifische Betrachtung nicht notwendig sei. Dies verdeutlichen auch O'Connor et al. (1993):

„Given the many similarities noted, our findings might be interpreted by some as suggesting that analyses of treatment programs for alcoholics do not need to be presented separately by gender. We disagree. We currently have too little information

on the clinical course in women alcoholics and need to take every opportunity to enrich our understanding of gender differences in alcoholism“ (O'Connor et al., 1993, S. 61).

Zu erwarten ist, daß die physiologischen und psychologischen Unterschiede, die bei der Entstehung der Alkoholabhängigkeit gefunden wurden, auch nach der Therapie weiter wirksam sind (Schneider et al., 1995). Aufschlußreich sind hier differenzierte Untersuchungen der verschiedenen möglicherweise wirksam werdenden Einflußfaktoren auf Rückfälligkeit. Kufner et al. (1988) fanden z. B. für Männer und Frauen sehr unterschiedliche Prädiktoren für Rückfälligkeit. Zum Teil werden diese in den folgenden Darstellungen aufgegriffen, für eine ausführliche Darstellung sei verwiesen auf Kufner et al. (1988). In Kap. 3.3 wird der Zusammenhang zwischen Geschlecht, Partnerschaft und Rückfallhäufigkeit verdeutlicht werden. In Kapitel 4.3 wird bei der Darstellung empirischer Ergebnisse zu Hochrisikosituationen für Rückfälle berichtet werden, inwieweit sich diese für Männer und Frauen unterscheiden.

3.2 Rückfallhäufigkeiten in unterschiedlichen Altersgruppen

Bisher liegen über Rückfallhäufigkeiten in unterschiedlichen Altersgruppen keine systematischen Überblicke vor (Körkel & Lauer, 1992). Klein (1984) fand in einer altersspezifischen Merkmalsanalyse alkohol- und medikamentenabhängiger Patienten zwischen vier Altersgruppen keinen statistisch bedeutsamen Altersunterschied hinsichtlich der Abstinenz ein Jahr nach Beendigung einer Langzeittherapie. Vor dem Hintergrund, daß die jüngeren Patienten in dieser Studie im sozialen und wirtschaftlichen Bereich, in den Persönlichkeitsmerkmalen und dem Ausmaß der Polytoxikomanie, wesentlich ungünstigere Voraussetzungen hatten, als die anderen Altersgruppen, ist dieses Ergebnis überraschend. Auch Fichter und Frick (1992), Funke und Klein (1981), Glenn und Parsons (1991) sowie Keller und Scheller (1981) fanden keine unterschiedlichen Rückfallraten bei Patienten verschiedenen Alters.

In einer Studie von Hatsukami, Pickens und Svikis (1981) unterschieden sich die Rückfallraten bei einer Katamnese zu drei verschiedenen Zeitpunkten (1 Monat, 6 Monate und 12 Monate nach Therapieende) in vier Altersgruppen nicht statistisch signifikant, bei der 12-Monats-Katamnese wies die jüngste Altersgruppe (17 - 29 Jahre) allerdings tendenziell die höchste Rückfallquote auf. Ornstein und Cherepon (1985) fanden bei einer ausschließlich männlichen Untersuchungsgruppe einen besseren Verlauf bei älteren Patienten. Auch Moos et al. (1990)

berichten von einer geringeren Rückfallrate bei älteren Patienten. In der Studie von Holz et al. (1996) hatte die Altersverteilung der abstinent lebenden Patienten ihr Maximum in der Gruppe der 41- bis 50jährigen, während bei der Altersverteilung der Rückfälligen das Maximum bei den 31- bis 40jährigen lag. Aufgrund der sehr geringen Rücklaufquote (25 Prozent) sind die Ergebnisse dieser Studie allerdings mit Vorsicht zu interpretieren. Wiens und Menustik (1983) berichten, daß in unterschiedlichen Altersgruppen Rückfälligkeit nur in der Männergruppe variierte. In der Altersgruppe der 50- bis 59jährigen war ein Jahr nach der Therapie ein größerer Anteil der Patienten abstinent, als ältere oder jüngere Patienten. Bei Frauen wurde dieser Zusammenhang nicht gefunden.

Insgesamt sind die Befunde zu Rückfälligkeit in unterschiedlichen Altersgruppen nicht einheitlich: Während die Ergebnisse einiger Studien keine Unterschiede für Patienten unterschiedlichen Alters fanden, deuten einige Untersuchungsergebnisse darauf hin, daß ältere Patienten eine bessere Prognose haben als jüngere Patienten. Bei der Interpretation dieser Befunde muß jedoch berücksichtigt werden, daß das chronologische Alter in einem systematischen Zusammenhang mit der Trinkdauer steht (Körkel & Lauer, 1992). Ein höheres Lebensalter geht also mit großer Wahrscheinlichkeit bei der Mehrzahl der Patienten mit einer längeren Abhängigkeitsdauer einher.

3.3 Partnerschaft und Rückfälligkeit

Nach Beobachtungen von Langzeitverläufen und Befunden katamnestischer Untersuchungen erscheint das Leben in einer partnerschaftlichen Beziehung prognostisch bedeutsam. Weit verbreitet ist die Annahme, daß Patienten, die in einer Partnerschaft leben, allgemein eine günstige Prognose haben. Schneider (1994) mahnt jedoch zur Vorsicht bei der Interpretation solcher Befunde: Aus der erhöhten Abstinenzrate von Abhängigen, die in einer Partnerschaft leben, könne nicht ohne weiteres von einem kausalen Zusammenhang zwischen dem Bestehen einer Partnerschaft und Rückfälligkeit ausgegangen werden. „Denkbar sind auch Einflüsse zahlreicher moderierender Variablen wie z. B. eine übergeordnete Fähigkeit, die sowohl Kompetenz zur Gestaltung der Partnerschaft als auch zur Aufrechterhaltung der Abstinenz beinhaltet“ (Schneider, 1994, S. 19).

Eine Betrachtung der Ergebnisse neuerer Studien weist zudem darauf hin, daß die Annahme, eine Partnerbeziehung senke als soziale Ressource das poststationäre Rückfallrisiko, für Männer und Frauen nicht gleichermaßen zutreffend ist. Während bei männlichen Alkoholabhängigen fast einheitlich ein positiver Zusammenhang zwischen dem Bestehen einer festen Partnerschaft und dem Therapieerfolg beobachtet wurde, sind die Zusammenhänge zwischen Partnerschaft und Erfolg der Therapie für Frauen, die alkoholabhängig sind, widersprüchlicher: So fanden eine Reihe von Studien bei weiblichen Alkoholabhängigen keinen Zusammenhang zwischen Partnerschaft und Rückfälligkeit nach Therapieende (vgl. Appelt, 1982; Bromet & Moos, 1977; Küfner et. al., 1988; Wiens & Menustik, 1983), oder Alkoholikerinnen, die in einer festen Partnerschaft lebten, wiesen ein erhöhtes Rückfallrisiko gegenüber alleinlebenden Alkoholikerinnen auf. Moos et al. (1990) fanden in einer Untersuchung von 332 Patienten, daß 45 Prozent der verheirateten Männer und 18 Prozent der unverheirateten Männer abstinent waren, während 42 Prozent der unverheirateten Frauen und 28 Prozent der verheirateten Frauen abstinent waren. Auch in der Studie von Schneider et al. (1995) stellte sich drei Monate nach Therapieende eine feste Partnerschaft für die Aufrechterhaltung der Abstinenz bei Männern als protektiver Faktor heraus, hingegen als Risikofaktor bei Frauen. Moos et al. (1990) führen den beschriebenen Zusammenhang zwischen Familienstand, Geschlecht und Therapieerfolg zum Teil auf den großen Anteil von verheirateten Frauen zurück, die mit einem starken Trinker während der Zeit nach der stationären Behandlung zusammenleben. Daß ein großer Anteil der alkoholabhängigen Frauen mit ebenfalls abhängigen Partnern zusammenlebt und daß diese wesentlich zu der Aufrechterhaltung der Probleme beitragen, wird auch von Williams und Klerman (1984) berichtet. Weiterhin können die beschriebenen Untersuchungsergebnisse darauf zurückgeführt werden, daß Frauen sich in einer Partnerschaft supportiver verhalten als Männer. So fand z. B. Mulford (1977) bei verheirateten Alkoholabhängigen, daß Männer persönliche Probleme wesentlich häufiger mit ihrer Partnerin besprachen als sich Frauen mit Problemen an ihren Partner richteten. Des Weiteren fand Thom (1984), daß Frauen ihre abhängigen Partner in wesentlich größerem Ausmaß ermutigten an Nachsorgemaßnahmen teilzunehmen als Männer ihre Partnerinnen.

3.4 Rückfallhäufigkeiten bei Arbeitslosen und Berufstätigen

In großer Übereinstimmung wurde in katamnестischen Untersuchungen Berufstätigkeit als Variable erkannt, die mit positivem Therapieerfolg zusammenhängt, während bei Rehabilitationsprozessen, die unter der Bedingung von Arbeitslosigkeit verlaufen, Rückfälle wesentlich häufiger auftraten (Henkel, 1992). Berufstätigkeit ging mit einem positivem Rehabilitationsverlauf einher z. B. bei de Jong-Meyer und Farke (1993), Elal-Lawrence, Slade und Dewey (1986), Hessmann (1993), Klein (1983), Nathan (1986), Ornstein und Cherepon (1985), Terhaar und Tigges-Limmer (1993) sowie Wiens und Menustik (1983). Die Ergebnisse dreier deutscher Studien, die den Zusammenhang zwischen Rückfälligkeit und Erwerbsstatus sowie Veränderungen des Erwerbsstatus im Katamnesezeitraum erfaßt haben, werden im folgenden detaillierter vorgestellt.

Waldow und Klink (1986) fanden bei Alkoholabhängigen, die sowohl bei der Entlassung aus der Entwöhnungsbehandlung als auch bei der Katamnesebefragung arbeitslos waren, eine Rückfallquote, die mit 39.1 Prozent etwas höher lag als bei Patienten, die bei Aufnahme erwerbstätig und bei Katamnesebefragung arbeitslos waren (35.0 Prozent). In der Gruppe der Patienten, die zu beiden Zeitpunkten beschäftigt waren, betrug die Rückfallquote 16.2 Prozent. Am niedrigsten war die Rückfallquote bei Patienten, die bei Aufnahme arbeitslos oder nicht erwerbstätig und bei der Katamnese erwerbstätig waren (5.7 Prozent).

Die Ergebnisse von Süß (1988) weichen etwas von denen von Waldow und Klink (1986) ab. Insbesondere zwei Ergebnisse sind überraschend: die relativ geringe Rückfallquote der durchgehend Arbeitslosen (20 Prozent) sowie die gleich hohe Quote der Patienten, die bei Entlassung arbeitslos und bei der Katamnesebefragung wieder erwerbstätig waren. Mit 50 Prozent war die Rückfallquote bei jenen Patienten am höchsten, die im Untersuchungszeitraum ihren Arbeitsplatz verloren hatten. Die geringste Rückfallquote wurde bei Patienten, die zu beiden Zeitpunkten erwerbstätig waren, beobachtet (13.3 Prozent). Die beiden letztgenannten Ergebnisse stimmen also demnach weitgehend mit denen von Waldow und Klink (1986) überein.

Betrachtet werden müssen die Ergebnisse der Studien von Süß (1988) sowie von Waldow und Klink (1986) allerdings vor dem Hintergrund, daß in beiden Studien der Anteil der von Veränderungen des Erwerbsstatus betroffenen Patienten bei einem Beobachtungszeitraum zwischen 6 Monaten und 1 Jahr erwartungsgemäß gering war. Weiterhin gestatten die Ergebnisse

der referierten Studien keine kausale Interpretation der gefundenen Zusammenhänge. Die höheren Rückfallraten bei Arbeitslosen könnten zum einen auf Auswirkungen der Arbeitslosigkeit zurückgeführt werden, zum anderen darauf, daß Personen aufgrund des Rückfalls ihren Arbeitsplatz verloren haben oder nicht wiedererlangen konnten.

Küfner et al. (1986) untersuchten den Zusammenhang zwischen Rückfälligkeit und Berufstätigkeit unter beiden Aspekten. Es zeigte sich, daß Alkoholrückfälligkeit während der ersten sechs Monate die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Arbeitslosigkeit 18 Monate nach Therapieende verdoppelte bis verdreifachte, sowohl in der Gruppe der Personen, die bei Aufnahme arbeitslos war als auch in der Gruppe der Beschäftigten. Gleichmaßen stieg bei arbeitslosen Patienten, die sechs Monate nach ihrer Therapie noch abstinent lebten, das Rückfallrisiko im Vergleich zu beschäftigten Patienten um das Dreifache innerhalb des 18-Monats-Katamnesezeitraums. Diese Ergebnisse von Küfner legen nahe, daß Effekte in beide Richtungen auftreten, daß also einerseits der Rückfall die Arbeitslosigkeit begünstigt, andererseits die Arbeitslosigkeit die Gefahr eines Rückfalls erhöht.

Aufgrund der im Vergleich zu der Gruppe der Berufstätigen erkannten erhöhten Rückfallgefahr bei Arbeitslosen scheint es bedeutsam, während der Therapie und während der Nachsorge durch ein adäquates Eingehen auf die doppelte Problemlage als Arbeitsloser und Alkoholabhängiger sowie durch gezielte Beratungen in Fragen der beruflichen Rehabilitation dieser erhöhten Rückfallgefahr entgegenzuwirken (Henkel, 1992).

3.5 Einfluß von Vorbehandlungen und Ausbildungsstand auf Rückfälligkeit

Bei der 18-Monats-Katamnese von Küfner et al. (1986) war sowohl bei Frauen als auch bei Männern das Merkmal „Vorbehandlung in einer Suchtfachklinik“ mit einer ungünstigeren Prognose verbunden. Während die Abstinenzrate bei Patienten ohne Vorbehandlung 57.1 Prozent betrug, lebten von den Patienten mit nur einer Vorbehandlung 43.0 Prozent abstinent. In der Gruppe der Patienten, die schon mehr als eine Vorbehandlung hinter sich hatten, verringerte sich die Abstinenzrate auf 29.4 Prozent. Auch Hessmann (1993), Ito und Donovan (1990) sowie Terhaar und Tigges-Limmer (1993) fanden bei Patienten, die zuvor schon Therapien gemacht hatten, höhere Rückfallraten. Corrigan (1980) hingegen fand bei einer ausschließlich weiblichen

Untersuchungsgruppe eine höhere Abstinenzrate bei Frauen, die bereit vorher eine Therapie absolviert hatten im Vergleich zu Frauen, die keine Therapieerfahrung hatten. Keinen Einfluß hatten Vorbehandlungen bei Wiens und Menustik (1983) sowie bei Fichter und Frick (1992).

Bzgl. des Einflusses des Ausbildungsstandes zeigte sich bei Klein (1983), daß Klienten ohne (abgeschlossene) Berufsausbildung und einem „sozial niedrigeren“ Beruf wie (Hilfs-) Arbeiter eine höhere Abstinenzquote aufwiesen als Handwerker/Meister und Hochschulabsolventen. Bei Schneider et al. (1995) war eine kürzere Schulausbildung für Frauen ein Risikofaktor für Rückfälligkeit, nicht jedoch für Männer. Keine Unterschiede der Rückfallraten bei Patienten mit unterschiedlicher Ausbildung fanden Glenn und Parsons (1991), Ito und Donovan (1990) sowie Wiens und Menustik (1983).

4 HOCHRISIKOSITUATIONEN FÜR DEN ALKOHOLRÜCKFALL

Zur Erklärung des Rückfallgeschehens gibt es verschiedene Ansätze, z. B. medizinische, tiefenpsychologische, lerntheoretische und systemtheoretische Modelle. Hochrisikosituationen sind im Rahmen psychologischer Rückfalltheorien Bestandteil der kognitiv-behavioralen Rückfallmodelle. Lange Zeit war die Erklärung des Auftretens von Rückfällen stark an das Konzept des Craving, des übermächtigen Alkoholverlangens, gebunden und wurde als ausreichend angesehen. Durch die kognitiv-behavioralen Modelle wurde eine differenziertere Betrachtung des Rückfallprozesses angeregt. Innerhalb dieser Modelle werden bestimmte auslösende Situationen oder Umstände als zentral für die Entstehung von Rückfällen angesehen. Diese Umstände werden auch als Hochrisikosituationen oder Rückfallvorläufer (relapse precipitants) bezeichnet. Aufgrund eines Mangels an alkoholfreier Bewältigungskompetenz wird für Hochrisikosituationen eine im Vergleich mit neutralen Situationen erhöhte Rückfallwahrscheinlichkeit erwartet (Klein & Scheller, 1989). Hochrisikosituationen sind als letztes Glied in einer Kette vorhergehender Ereignisse und psychischer Prozesse, d. h. als auslösende Faktoren tieferliegender Ursachen, anzusehen (Klein et al., 1995). Generell sind Hochrisikosituationen als Situationen definiert, die für den Alkoholabhängigen das Risiko eines möglichen Rückfalls erhöhen.

In den angloamerikanischen Ländern sind drei Hochburgen sozial-kognitiver Rückfallforschung auszumachen. Neben der bekanntesten Gruppe um Marlatt in Seattle sind die Gruppen um Annis in Toronto und um Litman in London zu erwähnen (Klein, 1989). In diesem Kapitel werden zunächst die Annahmen dieser drei Autoren über das Zustandekommen eines Rückfalls und die Bedeutung der Hochrisikosituationen vorgestellt. Anschließend werden diagnostische Instrumente zur Erfassung von Hochrisikosituationen beschrieben und empirische Ergebnisse aus Studien zur Untersuchung des Einflusses von Hochrisikosituationen auf Rückfälligkeit berichtet.

4.1 Hochrisikosituationen in kognitiv-behavioralen Rückfalltheorien

Die differenzierteste und einflußreichste Rückfalltheorie wurde von Marlatt (1985a, 1985b) vorgelegt. Das verhaltenstheoretische Modell berücksichtigt mehrere kognitive und verhaltensbezogene Bestandteile des Rückfallprozesses. Bei erneutem ersten Trinken geht Marlatt von folgendem schrittweise verlaufendem Prozeßablauf aus: Ein permanent unausgewogener Lebensstil, gekennzeichnet durch zu viele Pflichten und Belastungen bei gleichzeitig wenig Ausgleich und Freude, führt zu einem Anwachsen des Drangs, sich durch Alkohol Erleichterung und Entspannung zu verschaffen. Durch Rationalisierungen, Leugnung und scheinbar unbedeutende Entscheidungen („Apparently Irrelevant Decisions“, AIDs), wie zum Beispiel Alkohol zum Verschenken zu kaufen oder unregelmäßig die Selbsthilfegruppe zu besuchen, nimmt der Alkoholabhängige das Anwachsen der Rückfallgefährdung selber nicht wahr. Der abstinente Alkoholiker erlebt sich weiterhin unter Kontrolle, bis er auf eine Hochrisikosituation trifft (zur differenzierten Beschreibung der Hochrisikosituationen in Marlatts Theorie s.u.). Verfügt der Abhängige über angemessene Strategien zur Bewältigung dieser Risikosituationen und wendet er diese erfolgreich an, führt dies zu einer Steigerung des Gefühls der individuellen Kontrollfähigkeit und der Erwartung, auch die nächste auftretende Risikosituation erfolgreich meistern zu können. Dies ist mit einem Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartung verbunden. Besitzt der Abhängige keine geeigneten Bewältigungsmöglichkeiten für die Situation bzw. setzt er seine Bewältigungsmöglichkeiten nicht ein, steigt hingegen die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall. Kommen an den Alkoholkonsum geknüpfte positive Erwartungen hinzu, wird ein Rückfall (Fehltritt) weiter begünstigt.

Ob nach einem initialen Rückfall („lapse“ im Sinne von Marlatt) das ehemalige Trinkverhalten wieder aufgenommen wird („relapse“), ist nach Marlatt davon abhängig, ob es zu dem sogenannten „Abstinenzverletzungseffekt“ kommt. Aufgrund der Unvereinbarkeit der früheren Absicht, abstinenter zu bleiben, tritt mit dem „lapse“ kognitive Dissonanz ein. Der Feststellung dieses Widerspruchs folgt eine Kausalerklärung, wie es zu dem Ausrutscher kam. Je mehr die Ursache für den Rückfall in überdauernden, situationsübergreifenden Merkmalen der eigenen Person gesehen wird und unkontrollierbar erscheint, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß es zu einem schweren Rückfall kommt. Das bedeutet, daß ein Rückfall in hohem Ausmaß davon beeinflußt wird, ob der Abhängige glaubt, nach dem ersten Glas die Kontrolle verloren zu haben. Emotionale Reaktionen wie Schuldgefühle und Selbsttadel, die auf eine „ungünstige“ Kausalerklärung folgen, kommen hinzu und steigern nach Marlatt die Wahrscheinlichkeit eines massiven Rückfalls.

Zur genaueren Differenzierung der Hochrisikosituationen entwickelte Marlatt ein Klassifikationssystem, das acht Gefährdungsbereiche umfaßt. Ausgangspunkt waren retrospektive Interviews, in denen Personen mit verschiedenen Abhängigkeitserkrankungen (Alkoholiker, Raucher, Drogenabhängige, Spieler, Overeaters) innerhalb 90 Tagen nach Beendigung ihrer stationären Therapie zu Rückfallbedingungen befragt wurden (Cummings, Gordon & Marlatt, 1980; Marlatt & Gordon, 1980). Die Aussagen von 70 männlichen Alkoholikern wurden in acht Gefährdungsbereiche unterteilt. Diese lassen sich in die beiden Hauptkategorien „intrapersonelle und interpersonelle Einflußfaktoren“ gliedern. Unter die Hauptkategorie „intrapersonelle Einflußfaktoren“ fallen intrapersonale psychologische oder physiologische Umstände, die nicht auf Interaktionen mit anderen Menschen zurückzuführen sind. Folgende fünf Gefährdungsbereiche ordnete Marlatt dem Bereich „intrapersonelle Einflußbereiche“ zu:

- Unangenehme emotionale Zustände,
- Unangenehme körperliche Zustände,
- Angenehme emotionale Zustände,
- Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten,
- Eigener Drang und Versuchungen.

Zu den „interpersonalen Einflußfaktoren“ zählen Bereiche, in denen der Rückfall auf den signifikanten Einfluß anderer Personen hin erfolgt:

- Zwischenmenschliche Konflikte,
- Soziale Trinksituationen und Aufforderungen zum Mittrinken,
- Angenehme emotionale Zustände im Zusammensein mit Anderen.

In der Befragung nannten 61 Prozent der Alkoholabhängigen intrapersonale Faktoren als auslösende Rückfallsituationen. Die Kategorie „Negative emotionale Zustände“ war mit 38 Prozent die häufigste am gesamten Rückfallgeschehen beteiligte Klasse intrapersonaler Rückfallsituationen, „Eigener Drang und Versuchungen“ nannten 11 Prozent der Befragten Alkoholiker, das „Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten“ wurde von 9 Prozent genannt; für 3 Prozent spielten „Unangenehme körperliche Zustände“ eine Rolle. Von den interpersonellen Einflußfaktoren wurden mit je 18 Prozent „Zwischenmenschliche Konflikte“ und „Soziale Trinksituationen und Aufforderungen zu Mittrinken“ gleich häufig genannt. 3 Prozent nannten „Angenehme emotionale Zustände im Zusammensein mit anderen“ als bedeutsam für den Rückfall. Bei verschiedenen anderen Abhängigkeiten fanden sich ähnliche Ergebnisse.

Trotz der Popularität der Rückfalltheorie von Marlatt fallen die empirischen Belege für den prädiktiven Wert der einzelnen Komponenten seines Modells zum Teil widersprüchlich aus (vgl. Körkel & Lauer, 1995). So ist beispielsweise der empirische Status des Abstinenzverletzungseffekts - einem zentralen Bestandteil in Marlatts Rückfalltheorie - umstritten. Prospektive Studien zur theoriegeleiteten empirischen Testung des Abstinenzverletzungseffekts bei Alkoholikern liegen derzeit nicht vor. In retrospektiven Studien fand der Abstinenzverletzungseffekt entweder keine (Hall, Havassy & Wasserman, 1990; Maisto, O'Farrell, Connors, McKay & Pelcovits, 1988; Sohns & Lauer 1995) oder auf die attributionstheoretische Komponente beschränkte empirische Unterstützung (Schindler & Körkel, 1995). Das in Marlatts Modell nahegelegte zeitliche Ineinandergreifen einzelner Rückfallkomponenten wurde noch keiner empirischen Prüfung unterzogen (Körkel & Lauer, 1995). Zur genauen Darstellung weiterer empirischer Befunde des Rückfallmodells von Marlatt sei verwiesen auf Körkel und Lauer (1995).

Auch das Rückfallmodell von Annis (1986) beinhaltet rückfallgefährliche Situationen als zentralen Bestandteil. Die Differenzierung der Hochrisikosituationen ist an Marlatt's Konzeption (Marlatt, 1985a, 1985b) angelehnt. Es werden intrapersonale und interpersonale Determinanten in

insgesamt acht Situationskategorien unterschieden (vgl. Kap. 4.2). Weitere wesentliche Elemente in Annis' Modell sind Kognitionen während der Hochrisikosituationen und Erwartungen an die Selbstwirksamkeit. Annis' theoretische Überlegungen zu Rückfälligkeit (Annis & Davis, 1988) basieren auf der Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura (1977). Annis (1986) hält für das Standhalten eines Alkoholikers in hochrisikoreichen Situationen und bei belastenden Ereignissen die Stärke seiner Selbstwirksamkeit für ausschlaggebend. Mit Selbstwirksamkeitserwartung bezeichnet sie die Erwartung, schwierige, belastende Situationen, die ein Risiko für die Abstinenz darstellen, ohne Alkohol bewältigen zu können. Zentrale Komponente in Annis' Theorie ist also die Beziehung zwischen der Bewältigung rückfallgefährlicher Situationen und dem Gefühl der Selbstwirksamkeit (Hessmann & de Jong-Meyer, 1993). Nach Annis beinhaltet der erste Schluck nicht zwingend einen folgenden schweren Rückfall, sondern für den weiteren Verlauf des Trinkens spielen die mit diesem ersten Schluck verbundenen kognitiven Faktoren eine wichtigere Rolle: die Bedeutung des (Wieder)Trinkens für den Alkoholiker, seine verfügbaren Bewältigungsstrategien und die Konsequenz, mit der er diese einsetzt (Annis & Davis, 1988). Der Einsatz von Copingstrategien ist nach Annis (1986) abhängig vom Vorhandensein starker Selbstwirksamkeitserwartungen. Verschiedene empirische Studien belegen die Hypothese, daß hoch ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartungen am Ende einer Intervention bzw. ein starker Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartungen im Laufe einer stationären Behandlung von Alkoholikern deren Abstinenz nach Beendigung der Therapie begünstigt. Abstinente weisen in Follow-Up-Untersuchungen signifikant höhere Werte bei der Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartungen auf als Rückfällige (Burling, Reilly, Moltzen & Ziff, 1989). In einer katamnestischen Untersuchung von Klein und Scheller (1989) berichtete eine Gruppe von rückfälligen Alkoholikern über geringe Lebenszufriedenheit und relativ wenig Vertrauen in die eigene Abstinenzfähigkeit. Die von Annis (1986) geäußerte Hypothese, daß geringe Selbstwirksamkeitserwartung dauerhafte Rückfälligkeit begünstigt, bestätigte sich. Weitere Belege, die Annis' Annahmen stützen, finden sich z. B. bei Slusarek (1993). Er fand in einer Untersuchung von rückfälligen und nicht-rückfälligen Alkoholikern, daß die Einschätzung der Erwartung, eine rückfallkritische Situation ohne Alkohol meistern zu können, bei Nicht-Rückfälligen signifikant höher war. Weitere Belege für Annis' Theorie finden sich in Körkel und Lauer (1995).

Die genaue Analyse des Trinkverhaltens eines Alkoholikers beinhaltet nach Annis (1986) die Erfassung der drei Hauptkomponenten ihres Rückfallmodells mit Hilfe dreier Fragebögen: das „Inventory of Drinking Situations“ (IDS; Annis, 1982a; Annis, Graham & Davis, 1987) dient zur Erfassung rückfallgefährlicher Situationen (vgl. Kap. 4.2), der „Cognitive Appraisal Questionnaire“ (CAQ; Annis, 1982b) zur Erfassung der kognitiven Bewertung und der „Situational Confidence Questionnaire“ (SCQ; Annis, 1982c; Kurzfassung: Annis & Graham, 1988) zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartungen.

Auch Litman (1986) räumt in ihrem Rückfallmodell den Hochrisikosituationen einen hohen Stellenwert ein. Rückfall wird als eine Interaktion vier verschiedener Bedingungen betrachtet. Ausgangspunkt sind Situationen, die der Alkoholiker als gefährlich erlebt (Hochrisikosituationen). Nach Litman (1986) sind es drei Bereiche von Hochrisikosituationen, die von Alkoholikern als besonders rückfallgefährlich erlebt werden: „Unangenehme emotionale Zustände“ (z. B. Niedergeschlagenheit), „Gefährdende äußere Situationen“ (z. B. an einer Kneipe vorbeigehen) und „Nachlassende geistige Wachsamkeit“ (z. B. zu denken, ein Glas schadet mir nicht). Das zweite wichtige Element des Rückfallmodells ist das dem Abhängigen zur Verfügung stehende Bewältigungsverhalten, das in diesen gefährdenden Situationen eingesetzt werden kann. Litman (1986) nennt hier „Positives Denken“, „Negatives Denken“, „Vermeidung/Ablenkung“ und „soziale Unterstützung suchen“. Als dritte entscheidende Komponente postuliert Litman die Einschätzung der wahrgenommenen Effektivität der eingesetzten Coping-Strategien durch die betroffene Person. Als vierte Bedingung werden in Litmans Rückfallmodell intraindividuelle Charakteristika genannt (Selbstwahrnehmung und Selbstachtung des Individuums sowie das Ausmaß der erlernten Hilflosigkeit, mit dem die Person ihre eigene Lage betrachtet, können eine aktive Rückfallvermeidung durch das Individuum selbst blockieren). Das Modell für Rückfall von Litman stellt eine Wechselwirkung von Situationen, die als gefährlich wahrgenommen werden, von vorhandenen Ressourcen an Bewältigungsstrategien der Person und von wahrgenommener Effektivität der Bewältigungsstrategien dar.

Auf der Grundlage ihres Rückfallmodells entwickelte Litman verschiedene Fragebögen zur Erfassung der vier Rückfallbedingungen: das „Relapse Precipitant Inventory“ (RPI; Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg & Jackson, 1983a, vgl. Kap. 4.2), das „Coping Behaviors

Inventory“ (CBI; Litman, Stapleton, Oppenheim & Peleg, 1983b) und das „Effectiveness of Coping Behaviors Inventory“ (ECBI; Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg & Jackson, 1984).

Aus Litmans eigenen Forschungsarbeiten (Litman et al., 1983a; Litman, 1986) liegen empirische Ergebnisse zu Komponenten ihrer Rückfalltheorie vor. So konnte sie wesentliche Unterschiede zwischen Abstinenten und Rückfälligen bezüglich der rückfallgefährlichen Situationen nachweisen. Rückfällige schätzen mehr Situationen als rückfallgefährlich ein als Abstinente. Sie nehmen ihre vorhandenen Bewältigungsstrategien nicht als effektiv wahr (Litman, 1986). Abstinente schätzten in dem Maß, wie sie ihr Bewältigungsverhalten als effektiv erfahren, weniger Situationen als rückfallgefährlich ein.

Gemeinsam ist den drei vorgestellten sozial-kognitiven Rückfalltheorien bei der Erklärung des Rückfallgeschehens die Berücksichtigung kognitiver Merkmale, behavioraler Kompetenzdefizite sowie sozialer und situativer Einflußbedingungen (Klein, 1989). Teile der Modelle sind empirisch bestätigt, jedoch steht die Überprüfung von Wechselwirkungen zwischen einzelnen Elementen der Rückfallmodelle noch aus (Körkel & Lauer, 1995). Ein breiteres empirisches Fundament fehlt bislang. Die Modellkomponenten wurden zum Großteil anhand der Ergebnisse retrospektiver Befragungen rückfälliger und nicht-rückfälliger Alkoholabhängiger entwickelt, wichtig wären weitere prospektive Studien zur Absicherung der Annahmen. Insgesamt ist es sehr schwierig, der Multikonditionalität des Rückfallgeschehens in einem Modell gerecht zu werden.

4.2 Diagnostische Verfahren zur Erfassung von Hochrisikosituationen für den Alkoholrückfall

Die Erfassung von Hochrisikosituationen bildet innerhalb der kognitiv-sozialen Rückfalltheorien eine wichtige Grundlage für eine differenzierte, individuelle Therapieplanung. Zur Diagnostik rückfallgefährlicher Situationen stehen verschiedene Verfahren zur Verfügung, die nachfolgend beschrieben werden.

Das „Inventory of Drinking Situations“ (IDS; Annis, 1982a) wurde als situationsspezifisches Meßinstrument für den Alkoholkonsum entwickelt. Im IDS werden Situationen, die im vergangenen Jahr starkes Trinken zur Folge hatten, erfragt. Die Definition, was unter starkem Trinken in den zu beurteilenden Situationen verstanden wird, wird den Klienten unter

Bezugnahme auf ihr eigenes Trinkverhalten selbst überlassen. Die im IDS erfaßten Trinksituationen lassen sich nach Annis (1982a; Annis, Graham & Davis, 1987) in Anlehnung an die Rückfalltheorie Marlatts (Marlatt, 1985a, 1985b) in intrapersonale und interpersonale Determinanten gliedern. Die 100 Items der Langversion des IDS werden im intrapersonalen Bereich den Skalen „Unangenehme Emotionen“ (20 Items), „Körperliches Unwohlsein“ (10 Items), „Angenehme Emotionen“ (10 Items), „Versuche, kontrolliert zu trinken“ (10 Items) und „Versuchung und Verlangen“ (10 Items) zugeordnet. Der interpersonale Bereich umfaßt die Bereiche „Konflikte mit anderen“ (20 Items), „Druck von anderen zum Trinken“ (10 Items) und „Angenehme Situationen mit anderen“ (10 Items). Für jede der acht Situationskategorien wird ein Summenscore berechnet.

Das IDS kann unter drei verschiedenen Gesichtspunkten interpretiert werden, einmal nach den Werten der Problemindizes, nach Betrachtung des Klientenprofils und zum dritten durch einen Vergleich der Rohwerte der Subskalen mit Normwerten. Auf den Summenwerten der einzelnen Subskalen basierend wird ein individueller Problemindex für jede Skala ermittelt, der in einem Klientenprofil abgebildet wird. Dieses Profil kann in einem Blockdiagramm graphisch dargestellt werden, das veranschaulicht, in welcher Kategorie von Situationen der Klient im letzten Jahr am häufigsten getrunken hat und welche Art von Situationen ein großes Risiko für den Klienten darstellen könnten.

Entwickelt wurden die Items des IDS nach Sichtung der Literatur zum Thema Rückfall und unter Bezugnahme auf andere Fragebögen aus dem Gebiet der kognitiv-behavioralen Theorien (Annis, 1987). Zusätzlich wurden die Items mit Therapeuten, alkoholabhängigen Patienten und „trockenen“ (ehemals abhängigen) Alkoholikern diskutiert. Zur Überprüfung der Inhaltsvalidität des IDS klassifizierten drei Rater die Zugehörigkeit der Items zu den acht Skalen. Zur Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften wurde der IDS einer Stichprobe von 247 Alkoholikern (209 Männer, 38 Frauen) einer Therapieeinrichtung vorgegeben. Die Daten der Untersuchung von Annis belegen die Validität und Reliabilität des IDS (vgl. Annis et al., 1987). Da sowohl Geschlechts- als auch Altersunterschiede in einigen Subskalen des IDS gefunden wurden (vgl. Kap. 4.3), veröffentlichten Annis et al. (1987) Normwerte für drei Altersgruppen und sowie Männer und Frauen. Annis (1987) betont, daß beim Vergleich einer Person mit der Normstichprobe die Ähnlichkeit der betroffenen Person mit den Probanden der Stichprobe bezüglich Hintergrundvariablen, Alkoholkonsum und Grad der Alkoholabhängigkeit gegeben

sein soll. Der Vergleich mit Annis' Normwerten wird folglich nur unter bestimmten Umständen sinnvoll sein. Eine Übersetzung des IDS ins Deutsche und die Validierung des „Deutschen Inventars der Trinksituationen“ (DITS) wurden von Estrada (1993) durchgeführt.

In einer faktorenanalytischen Studie von Annis et al. (1987) wurde das IDS auf eine 42 Items umfassende Kurzversion reduziert. Die Langversion soll vorwiegend zur Therapieplanung eingesetzt werden, da sie detaillierte klinische Informationen über die Hochrisikosituationen bietet, während die Kurzversion besser für Forschungszwecke geeignet ist.

Zur Überprüfung der Faktorenstruktur legten Cannon, Leeka, Patterson und Baker (1990) die Langversion des IDS einer Stichprobe von 336 männlichen Alkoholikern vor. Es ergaben sich drei Kategorien von Situationen, in denen Alkoholiker mit hoher Wahrscheinlichkeit trinken: „Negative Emotionen“, „Positive Emotionen in Verbindung mit sozialen Zwängen“ und „Versuche, die eigene Fähigkeit zum kontrollierten Trinken zu testen“. Diese drei Kategorien decken sich mit denen von Litman (1986).

Litman et al. (1983a) entwickelten auf der Basis ihres Rückfallmodells zur Erfassung von Hochrisikosituationen das „Relapse Precipitants Inventory“ (RPI). In diesem Fragebogen sollen Situationen in ihrer Gefährlichkeit für die eigene Abstinenz beurteilt werden. Der Fragebogen enthält 25 Items aus den Situationsbereichen „Unangenehme emotionale Zustände“ (14 Items), „Gefährdende äußere Situationen“ (8 Items) und „Nachlassende kognitive Wachsamkeit“ (3 Items). Die Faktorenstruktur des RPI konnte in zwei unabhängigen Studien (Litman et al., 1983a; Litman, 1986) repliziert werden.

Für die Konstruktion des RPI wurden zunächst Tiefeninterviews mit Alkoholikern geführt, in denen Situationen erfragt wurden, die häufig zu starkem Trinken führten. Auf Grundlage dieser Aussagen wurde ein Satzergänzungstext formuliert, in dem es um die gefährlichsten Situationen bezüglich des Abstinenzbleibens ging. Dieser Text wurde wiederum von einer Gruppe von Alkoholabhängigen bearbeitet. Aus diesen Informationen wurde die Ursprungsform des RPI mit 41 Items erstellt (Litman, Eiser, Rawson & Oppenheim, 1977). Dieser Test wurde einer ersten Stichprobe von 126 rückfälligen und nicht-rückfälligen Alkoholikern vorgegeben. Über eine Faktorenanalyse wurden vier Faktoren ermittelt, die folgendermaßen benannt wurden:

„Unangenehme emotionale Zustände“, „Gefährdende äußere Situationen und euphorische Gefühle“, „Nachlassende geistige Wachsamkeit“ und „Soziale Angst“. Der Vergleich zwischen Rückfälligen und Abstinente zeigte Unterschiede in der Gesamtzahl der als gefährlich wahrgenommenen Situationen. Je mehr Situationen als gefährlich wahrgenommen wurden, desto größer war die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls. Auf den beiden Skalen „Unangenehme emotionale Zustände“ und „Gefährdende äußere Situationen und euphorische Gefühle“ hatten Rückfällige signifikant höhere Werte als Abstinente, d.h. sie schätzten Situationen aus diesen Bereichen als gefährlicher für ihre Abstinenz ein. Für die Skala „Nachlassende kognitive Wachsamkeit“ ergaben sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen Abstinente und Rückfälligen. Bevor der RPI erneut einer faktorenanalytischen Untersuchung unterzogen wurde, wurde der Fragebogen von ursprünglich 41 auf 25 Items gekürzt, um nur die Items beizubehalten, die eine hohe Ladung auf den ermittelten Faktoren aufweisen und die zwischen Rückfälligen und Abstinente trennen (Litman et al., 1983a). An der *prospektiven* Studie von Litman et al. (1983a) nahmen 256 Probanden teil. Sie füllten den revidierten RPI zu Beginn, bei Entlassung und sechs bis zwölf Monate nach Beendigung der Therapie aus. An der follow-up-Studie nahmen noch 198 der 256 Patienten teil. Die Faktorenanalyse legte für die prospektive Stichprobe eine Drei-Faktoren-Struktur des RPI nahe. Im Vergleich zur früheren Faktorenanalyse ließen sich die Items der Skala „Soziale Angst“ auf den Faktor „Unangenehme emotionale Zustände“ abbilden, diese Skala fiel als eigenständiger Faktor weg (Litman et al., 1983a). Die Drei-Faktoren-Struktur des RPI konnte in der Follow-up-Studie repliziert werden (Litman, 1986). Des Weiteren konnten die Daten der Follow-up-Untersuchung ein Jahr nach Therapieende die schon in der ersten Studie ermittelten signifikanten Unterschiede zwischen Rückfälligen und Abstinente (s.o.) replizieren.

Das „Differentielle Inventar zur Erfassung von Rückfallsituationen für Alkoholabhängige“ (DIRA; Klein, Funke, Funke & Scheller, 1995) ist ein deutschsprachiges Instrument, das eine Einschätzung der Gefährlichkeit von Hochrisikosituationen als mögliche Auslöser für Rückfallverhalten erfragt. Grundlage der Entwicklung des DIRA waren die bereits vorgestellten englischsprachigen Instrumente zur Erfassung von Hochrisikosituationen RPI (Litman et al., 1983a) und IDS (Annis et al., 1987). Die im DIRA zu beurteilenden Hochrisikosituationen lassen sich den Bereichen „Negative intrapsychische Befindlichkeit“, „Soziale Trinksituationen“ und „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ zuordnen. Das DIRA besteht aus 54 Items, die jeweils

eine konkrete Situation beschreiben. Der Fragebogen kann retrospektiv, prospektiv und katamnestisch eingesetzt werden. Eine genauere Beschreibung des DIRA und seiner Konstruktion findet sich in Kapitel 5.3.

Allen drei Instrumenten gemeinsam ist die Erfassung von Hochrisikosituationen als Grundlage für ein individuelles Behandlungsprogramm durch Informationen über individuelle Gefahrenbereiche. Das IDS ist speziell für den Einsatz zu Beginn einer therapeutischen Intervention konzipiert. Annis et al. (1987) sehen die Stärke des IDS darin, daß differenzierte Profilverläufe gezielte Interventions- und Trainingsansätze in rückfallgefährlichen Situationen ermöglichen. Das Klientenprofil dient als Basis für Gespräche mit dem Patienten, um das Verständnis für die Wichtigkeit einer Änderung des Trinkverhaltens insbesondere in den ermittelten gefährlichen Situationen zu wecken. Das IDS ermöglicht eine dem RPI gegenüber differenziertere auf acht Skalen basierende Auswertung und bietet den Vorteil einer für den Patienten plastischen Ergebnisrückmeldung (Klein, 1989). Der Vorteil des RPI und des DIRA ist die Anwendbarkeit in drei verschiedenen zeitlichen Erhebungsbedingungen. Diese Instrumente sind somit in Längsschnittstudien gut einsetzbar und können sowohl in der Therapie als auch in der Nachsorge Anwendung finden.

Im Kontext der Hochrisikosituationen soll auch ein neu entwickelter Fragebogen, der Selbstwirksamkeitserwartungen Alkoholabhängiger erfaßt, erwähnt werden. Der „Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht“ (KAZ) von Körkel und Schindler (1996) ist ein Instrument zur prospektiven Erfassung der Zuversicht Alkoholabhängiger, rückfallgefährliche Situationen ohne Alkohol bewältigen zu können. Für 35 beschriebene Situationen soll die Abstinenzzuversicht auf einer sechsstufigen Skala eingeschätzt werden. Der KAZ liefert Informationen über die Kompetenzerwartungen für Rückfallgefährdungen in den Bereichen „Unangenehme Gefühle“, „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“, „Sozialer Druck“ und „Angenehme Gefühle“ (Körkel & Schindler, 1996). Diese vier Bereiche, die durch die 35 Items abgebildet werden, wurden mittels Faktorenanalyse ermittelt. Ausgangspunkt für die Entwicklung dieses Tests war die Kurzversion des „Situational Confidence Questionnaire“ SCQ (Annis & Graham, 1988). Der KAZ ist für den deutschen Sprachraum in ersten Ansätzen validiert. Die relativ geringen Skaleninterkorrelationen verweisen auf eine Eigenständigkeit der Einzelskalen und eine folglich bereichsspezifische Differenzierung der Kompetenzerwartungen.

Das Profil der KAZ-Skalen verdeutlicht die hohe oder niedrige Ausprägung der Abstinenzzuversicht in den vier Bereichen und kann, ähnlich wie die Instrumente zur Erfassung der Hochrisikosituationen, als Grundlage einer individuell geplanten Therapie und Nachsorge (z. B. im Rahmen eines Kompetenztrainings, vgl. Annis, 1986) dienen (Körkel & Schindler, 1996).

4.3 Empirische Ergebnisse zur Bedeutung von Hochrisikosituationen für den Alkoholrückfall

Die Zusammenfassung der Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen, die Hochrisikosituationen berücksichtigen, ist aus mehreren Gründen ein schwieriges Unterfangen. Bis vor kurzem war kein deutschsprachiges Instrument zur Erfassung von Hochrisikosituationen verfügbar. Verschiedene Studien wurden mit unterschiedlichen speziell für die jeweilige Fragestellung konstruierten Fragebögen oder Interviewleitfäden durchgeführt, was zu Ergebnissen führte, die nicht immer vergleichbar sind. Eine weitere Schwierigkeit ist die Definition dessen, was als Hochrisikosituation zu verstehen ist. Meist sind zu diesem Begriff zusammengefaßte Situationen *ein* Aspekt unter anderen situativen, kognitiven, persönlichkeitspsychologischen oder sozialen Merkmalen, die untersucht werden. Die isolierte Betrachtung der Ergebnisse bezüglich der Rolle, die Hochrisikosituationen beim Rückfall spielen, ist nur beschränkt möglich.

Studien zum situativen Kontext von Rückfällen fragen nach Ort, Zeitpunkt und Anwesenheit anderer Personen. Hier gibt es widersprüchliche Befunde. In der 70 männliche Alkoholiker umfassenden Stichprobe von Marlatt und Gordon (1980) fanden 63 Prozent der Rückfälle in einer Bar oder einem Restaurant statt, während 21 Prozent der Befragten zu Hause oder bei Freunden rückfällig wurden. Umgekehrt fand Sandahl (1984) in einer schwedischen Stichprobe, daß nur 6 Prozent der befragten Alkoholiker in einer Gaststätte und 79 Prozent im häuslichen Umfeld rückfällig wurden. In einer deutschen Untersuchung von Funke und Klein (1981) gaben etwa 60 Prozent an, ohne Beteiligung anderer Personen rückfällig geworden zu sein, 25 Prozent erlebten ihren Rückfall beim Zusammensein mit anderen Personen. De Jong-Meyer, Heyden, Schiereck und Skaletz (1993) konnten in ihrer Befragung von Rückfälligen und Nicht-Rückfälligen nach einer stationären Behandlung keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich situativer Faktoren finden. Beide Gruppen gaben als am gefährlichsten „Samstag“, „abends“ und

„zu Hause“ an. Diesen rein äußeren Merkmalen von Rückfallsituationen kommt vermutlich eine rückfallbegünstigende Wirkung zu, sie sind jedoch stark kulturell und individuell geprägt.

Des weiteren werden in Untersuchungen über die äußeren Gegebenheiten hinaus innerpsychische und kognitive Aspekte mit einbezogen. Negative emotionale Befindlichkeiten werden sowohl von Rückfälligen als auch von Nicht-Rückfälligen als gefährliche Situation beschrieben. In der Interviewstudie von Marlatt und Gordon (1980) wurden „Negative emotionale Zustände“ als die am häufigsten genannte Rückfallauslösesituation ermittelt. Insgesamt waren intrapersonale Faktoren mit 61 Prozent der Nennungen die häufigsten genannten Faktoren. In einer retrospektiven Untersuchung der Rückfallumstände von 189 weiblichen Alkoholabhängigen (Rist, Watzl & Cohen, 1989) gaben zwei Drittel der Patientinnen eine gedrückte Stimmungslage vor dem Rückfall an. Auch in der Studie von Brodd und Schimm (1986), die retrospektiv Rückfälle nach einer Therapie bei 22 Alkoholabhängigen mittels eines für diese Untersuchung konzipierten Fragebogens zu situativen, emotionalen und kognitiven Gegebenheiten analysierten, gingen negative Gefühle wie Angst-, Einsamkeits- und depressive Gefühle einem Rückfall voran. Auch Gedanken vor dem Rückfall waren in der Mehrzahl negativer Art (Selbsterabsetzung, Selbstmitleid, Beschäftigung mit Problemen). Scholz (1983) konnte in einer österreichischen Interviewstudie ebenfalls bestätigen, daß von den befragten Alkoholabhängigen retrospektiv unangenehme intrapsychische Zustände beim Rückfall an erster Stelle als maßgeblicher Einflußfaktor genannt wurden. Psychische Symptome im Sinne von erhöhter Irritabilität und Dysphorie sowie depressive Verstimmung und Motivationsmängel (diese können als „Austesten der Kontrollfähigkeit“ interpretiert werden, vgl. Körkel & Lauer, 1992) wurden überwiegend als Hauptgründe für die Auslösung des Rückfalls angegeben (Scholz, 1983).

Veltrup (1995) untersuchte Entstehungs- und Verlaufsbedingungen von Rückfällen bei Alkoholabhängigen nach einer Entzugsbehandlung. In dieser retrospektiven Interviewstudie wurden mit einem von Veltrup konzipierten Interviewleitfaden situative, emotionale und kognitive Aspekte des Rückfallgeschehens erfragt. Veltrup stellte fest, daß meist als unangenehm erlebte emotionale Zustände und eine Entscheidung zum Trinken Rückfallvorläufer sind. Hier spielt also die kognitive Komponente eine wichtige Rolle. Die Verknüpfung von einzelnen, gehäuft auftretenden situativen Rückfallbedingungen zu typischen Rückfallsituationen gelang in dieser Studie nicht. Slusarek (1993) fand mittels des von Brodd und Schimm (1986) entwickelten

Fragebogens zur Erfassung rückfallkritischer Situationen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Rückfälligen und Nicht-Rückfälligen in der Gefahreinschätzung sowohl allein als auch in sozialen Kontexten erlebter negativer Emotionen. Beide Gruppen stuften negative Emotionen als am gefährlichsten für die Abstinenz ein. Förster (1993) untersuchte *prospektiv* den Einfluß der gefühlsmäßigen Befindlichkeit sowie kognitiver Komponenten auf den Rückfallprozeß. Rückfallkritische Situationen wurden mit einem für diese Studie konzipierten Fragebogen erhoben. Sie fand, daß später Rückfällige vor dem Rückfall tendenziell häufiger Traurigkeit und Schuldgefühle angaben als Abstinenzbleibende.

Die Gefährlichkeit des „Austestens der Kontrollfähigkeit“ wird in verschiedenen Untersuchungen übereinstimmend als bedeutsame rückfallgefährliche Situation beschrieben. So wurde in einer katamnestischen Untersuchung von Lentner-Jedlicka und Feselmeyer (1981) der Versuch, kontrolliert zu trinken, als häufigstes Rückfallmotiv bei seit längerer Zeit abstinenten Alkoholikern angegeben. Invulnerabilitätsgedanken wie die Meinung, nicht rückfallgefährdet zu sein, sich vor einem Rückfall gefeit zu sehen und der Glaube daran, kontrolliert trinken zu können, erwiesen sich bei Brodd und Schimm (1986) als von Rückfälligen im nachhinein angegebene Risikosituationen für den Rückfall. Dies kann i.S. der nachlassenden kognitiven Wachsamkeit von Litman, Eiser, Rawson & Oppenheim (1977) interpretiert werden. Slusarek (1993) ermittelte in seiner retrospektiven Untersuchung, daß rückfällig gewordene Patienten die Variable „Kontrolliertes Trinken“ als weitaus bedrohlicher für die Abstinenz erlebten als Nicht-Rückfällige. Sowohl rückfällig gewordene als auch abstinent gebliebene Patienten nannten den Versuch, kontrolliert trinken zu wollen, als häufig auftretende abstinentgefährdende Situation. In der prospektiven Studie von Förster (1993) zeigte sich, daß wesentlich mehr Rückfällige als Abstinente vor dem Rückfall überzeugt waren, daß kontrolliertes Trinken möglich sei.

Zur Bedeutung von sozialem Druck bzw. sozialen Trinksituationen gibt es unterschiedliche Befunde. Veltrup (1995) fand, daß über die Hälfte der befragten rückfälligen Alkoholabhängigen in Anwesenheit anderer rückfällig wurde, davon nahmen 46.9 Prozent vor dem Alkoholkonsum sozialen Druck zum Trinken wahr. Als Erklärung für einen großen Einfluß sozialer Trinksituationen und sozialen Drucks führt Veltrup (1995) ein soziales Milieu, in dem ein überhöhter Alkoholkonsum üblich ist, an. In der Interviewstudie von Marlatt und Gordon (1980) nannten 18 Prozent den Einfluß sozialen Drucks als zentral bei der Entstehung des Rückfalls.

Demgegenüber berichtet Slusarek (1993) von einer geringen Bedeutung des sozialen Drucks für das Ansteigen der Rückfallgefahr, eine direkte Aufforderung zum Trinken von Alkohol wird retrospektiv sowohl bei Rückfälligen als auch bei Nicht-Rückfälligen als wenig abstinenzgefährdend wahrgenommen.

Klein et al. (1995) führten im Rahmen der Entwicklung des DIRA (vgl. Kap. 4.2) eine Studie an 228 Alkoholabhängigen in drei verschiedenen zeitlichen Bedingungen (retrospektiv, am Anfang der Therapie; prospektiv, am Ende der Behandlung und katamnestisch, 3 Monate nach Entlassung aus der Therapie) durch. Items der Skala „Negative intrapsychische Befindlichkeit“ veränderten sich über die drei Bedingungen hinweg kaum in ihrer Gefährlichkeitseinschätzung. Items der Skala „Soziales Trinken“ wurden retrospektiv und prospektiv als gefährlicher beurteilt als in der katamnestischen Befragung. Umgekehrt werden die Items der Skala „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ von der retrospektiven zur katamnestischen Bedingung als gefährlicher eingestuft. „Es entwickelt sich eine zunehmende Sensibilisierung für die in Skala 3 beschriebenen Gefahren“ (Klein et al., 1995, S. 46). Wird die Gefährlichkeitseinschätzung in der prospektiven und der katamnestischen Bedingung verglichen, sind die Veränderungen der Werte mit Ausnahme der Skala „TEST“ nicht signifikant, woraus sich schließen läßt, daß die Qualität der erwarteten Hochrisikosituationen mit den in den ersten drei Monaten nach der Therapie tatsächlich erlebten Situationen zum Großteil übereinstimmt (Klein et al., 1995). In der katamnestischen Bedingung stehen Items der Skala „TEST“ auf Rangplatz 1 der Gefährlichkeitseinschätzung für die Gesamtstichprobe, gefolgt von Items der Bereiche „Negative intrapsychische Befindlichkeit“ und „Soziales Trinken“.

Eine prospektive Studie zur selbstperzipierten Rückfallgefährdung von Alkoholikern am Ende einer stationären Behandlung stammt von Bürke (1992). Zur Erfassung der Einschätzung der rückfallgefährlichen Bedeutung verschiedener Situationen wurde ein auf Annis' IDS basierender Fragebogen eingesetzt. Es zeigte sich, daß Situationen aus dem Bereich „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ als am gefährlichsten für einen zukünftigen Rückfall eingeschätzt wurden, an zweiter Stelle folgten Situationen aus dem Bereich „Unangenehme emotionale Zustände“. Am ungefährlichsten wurden Situationen aus dem Bereich „Angenehme emotionale Zustände“ bewertet. Im Mittel wurden die rückfallgefährlichen Situationen als kaum rückfallgefährlich bis nicht rückfallgefährlich eingeschätzt.

Ähnliche, mit dem KAZ (vgl. Kap. 4.2) erzielte Ergebnisse liegen aus einer Studie von Körkel und Schindler (1996) zur prospektiven Einschätzung der Abstinenzzuversicht in verschiedenen Hochrisikosituationen vor. Die geringste Zuversicht, abstinente zu bleiben, zeigte sich für Situationen, die mit dem „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ sowie für Situationen, die mit unangenehmen Gefühlen verbunden sind. Eine signifikant höhere Abstinenzzuversicht zeigte sich für den Bereich „Trinkaufforderungen durch andere“. Für Zustände emotionalen Wohlbefindens wurde von den Abhängigen die höchste Abstinenzzuversicht geäußert.

Litman (1986) konnte bezüglich der Anzahl als gefährlich eingestufte Risikosituationen im RPI (vgl. Kap. 4.2) Unterschiede zwischen Abstinente und Rückfälligen feststellen. 6 bis 12 Monate nach einer therapeutischen Behandlung zeigte sich, daß diejenigen, die zuvor eine große Zahl der RPI-Items als gefährlich einstufen, häufiger rückfällig geworden waren. Förster (1993) fand in ihrer prospektiven Studie, daß später Rückfällige vor ihrem Rückfall signifikant mehr rückfallgefährliche Situationen erlebten als dauerhaft Abstinente. Jonas und Eder-Jonas (1995) untersuchten 6 Monate nach Therapieende 39 aus dem SCQ von Annis entnommene Hochrisikosituationen und fanden, daß die Rückfallwahrscheinlichkeit mit der Zahl der erlebten Hochrisikosituationen anstieg.

Die Frage nach Geschlechterunterschieden bei der Bedeutung von Hochrisikosituationen für den Rückfall Alkoholabhängiger ist noch unzureichend untersucht. Eine Analyse des RPI im Hinblick auf Unterschiede zwischen Frauen und Männern (Litman et al., 1983a) erbrachte, daß Männer Situationen aus dem Bereich „Gefährdende äußere Situationen und euphorische Gefühle“ gefährlicher einschätzten als Frauen. Obwohl der Unterschied der Mittelwerte der Skala „Unangenehme emotionale Zustände“ zwischen Frauen und Männern statistisch nicht signifikant war, zeigt sich doch eine Tendenz in Richtung einer höheren Gefährdungseinschätzung durch Frauen. Eine nachlässige Einstellung gegenüber dem Trinken von Alkohol wurde von beiden Geschlechtern als gefährdend beurteilt. Keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern ergaben sich für die Anzahl der als gefährlich für die Abstinenz bewerteten Situationen. Bei Annis et al. (1987) zeigten sich signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich der Situationen, in denen exzessiv Alkohol konsumiert wurde. Männer zeigten signifikant höhere Werte auf den Subskalen „Angenehme Emotionen“, „Angenehme Situationen

mit anderen“ und „Druck von anderen zum Trinken“. In positiven inter- und intrapersonalen Situationen trinken Männer häufiger als Frauen. Frauen zeigten höhere Werte auf der Subskala „Unangenehme Emotionen“ (Annis et al., 1987), sie tranken häufiger als Männer in Situationen, die sich diesem Bereich zuordnen lassen.

Bürke (1992) fand in der Rückfallgefährdungseinschätzung insgesamt keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Sowohl Frauen als auch Männer schätzten das Risiko, rückfällig zu werden, insgesamt sehr gering ein. Für den Bereich „Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten“, dem Männer und Frauen in der Höhe der Rückfallgefährdungseinschätzung den ersten Rangplatz zuwiesen, schätzten Frauen das Rückfallrisiko tendenziell höher ein als Männer. Frauen erlebten sich durch angenehme Gefühle im Zusammensein mit anderen deutlich weniger rückfallgefährdet als Männer. Die Hypothese, daß Frauen dem Bereich Körperbild und Körperwahrnehmung ein höheres Rückfallrisiko zuschreiben als Männer, konnte nicht bestätigt werden.

Ein Ergebnis, das in eine völlig andere Richtung weist und die Beteiligung von Hochrisikosituationen als bedeutsamen Faktor im Rückfallprozeß anzweifelt, zeigt sich in einer Studie von Saunders, Baily, Phillips und Allsop (1993). Sie untersuchten neben Trinkgeschichte, zahlreichen sozialen, kognitiven und emotionalen Faktoren das Trinken in Hochrisikosituationen mit Hilfe des IDS von Annis (1982a). Der IDS wurde am Ende der Therapie erhoben, 3 Monate später fand ein Follow-up-Interview statt, in dem Informationen über Abstinenz- und Trinkphasen während der Zeit nach der Entlassung erfragt wurden. Saunders et al. (1993) fanden in dieser Untersuchung keinerlei prädiktiven Wert von vor dem Rückfall erhobenen Hochrisikosituationen für einen späteren tatsächlich stattgefundenen Rückfall.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß es bisher keine übereinstimmenden Ergebnisse gibt, welche rückfallgefährlichen Situationen den größten Einfluß auf Rückfälligkeit ausüben. In der Regel wird Rückfällen das Zusammenwirken mehrerer Faktoren zugrundegelegt, wobei unangenehme intrapsychische Zustände fast immer beteiligt zu sein scheinen. In Studien, die den Einfluß von Hochrisikosituationen untersuchten, werden unangenehme Gefühlszustände wiederholt von Alkoholabhängigen als gefährlich für die Abstinenz genannt. Allerdings liegen Untersuchungsergebnisse vor, nach denen diese Risikofaktoren nicht für Rückfällige spezifisch

sind - sie werden teilweise auch von Nichtrückfälligen als gefährdend erlebt. Es ist anzunehmen, daß für die Prognose von Rückfällen neben den Rückfallrisiken an sich auch die Art und Weise, wie deren Bewältigung angestrebt wird, von entscheidender Bedeutung ist (Körkel & Lauer, 1992).

Ein methodisches Problem der Forschung zu Hochrisikosituationen soll an dieser Stelle noch Erwähnung finden. Die Untersuchungsstrategie der retrospektiven Befragung, die in vielen Studien zu Rückfallbedingungen und Hochrisikosituationen angewandt wird, weist Einschränkungen bei der Interpretation der Ergebnisse selbst bei Unterstellung objektiver Aussagen der Betroffenen auf. „Es bleibt unklar, inwieweit eingetretene Rückfälle oder erlebte erfolgreiche Abstinenz die Antworten zu den jeweils erfaßten Variablen beeinflußt haben“ (De Jong-Meyer & Heyden, 1993, S. 225). Dies trifft vor allem auf alle Fragen zu externen und innerpsychischen Vorgängen bei rückfallkritischen Situationen zu. Längsschnittuntersuchungen, die einen Vergleich von pro- und retrospektiven Angaben möglich machen, sind erforderlich, um weitere Erkenntnisse zu gewinnen und die Prozeßmodelle der kognitiv-behavioralen Rückfallforschung empirisch weiter zu untermauern. Trotz der Einschränkungen der bisherigen Ergebnisse können diese genutzt werden, um Einfluß auf die Gestaltung von Alkoholismus-Therapien zu nehmen und neue Wege in der Rückfallprophylaxe zu gehen.

5 EINE KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNG ZUR EINSCHÄTZUNG DER GEFAHR VON HOCHRISIKOSITUATIONEN: FRAGESTELLUNGEN UND DURCHFÜHRUNG

Ziel der vorliegenden Studie war es, die Einschätzung der Rückfallgefährdung in Hochrisikosituationen durch Alkoholabhängige nach einer stationären Therapie zu untersuchen. Neben der globalen Einschätzung durch die Gesamtgruppe sollte die Einschätzung der Situationen unter differentiellen Aspekten betrachtet werden. Bisher liegen zu differentiellen Fragen bzgl. der Rückfallgefährdung in verschiedenen riskanten Situationen sehr wenige Befunde vor. Nur vereinzelt wurden Unterschiede zwischen Männern und Frauen sowie zwischen Rückfälligen und Abstinente(n) untersucht. In der vorliegenden Studie wurden daher Subgruppen nach unterschiedlichen Aspekten gebildet. Zum einen wurden soziodemographische Merkmale herangezogen, die in der Literatur als relevante Einflußfaktoren auf Rückfälligkeit diskutiert werden. Dies waren die Variablen „Geschlecht“, „Alter“, „Berufliche Situation“, „Ausbildung“

und „Partnerschaft“. Zum anderen wurden als gruppenkonstituierende Variablen die suchtspezifischen Merkmale „vorherige Entwöhnungsbehandlungen sowie „Alkoholkonsum im Katamnesezeitraum“ ausgewählt. Darüber hinaus wurde der Zusammenhang zwischen TAI-Daten (TAI-Staninewerte), die zu Beginn der Therapie bei den Patienten erhoben wurden, und der Einschätzung der Hochrisikosituationen überprüft. Als zusätzliche Fragestellung der vorliegenden Studie wurde der Zusammenhang zwischen soziodemographischen Variablen und Rückfälligkeit untersucht.

Als Untersuchungsinstrument für die Einschätzung der Hochrisikosituationen wurde das „Differentielle Inventar zur Erfassung von Rückfallsituationen für Alkoholabhängige“ (DIRA; Klein et al., 1995) gewählt. Dieses Inventar ist das einzige deutschsprachige Instrument, das die Einschätzung von riskanten Situationen in der katamnестischen Bedingung ermöglicht. Da es sich bei dem DIRA um ein relativ neues Instrument handelt, mit dem bislang nur bei der teststatistischen Überprüfung Daten erhoben wurden, sollte neben den beschriebenen Fragestellungen in der vorliegenden Studie die Dimensionalität des DIRA überprüft werden.

5.1 Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung

Folgenden Fragestellungen wurde mit dieser Studie im einzelnen nachgegangen:

1. Unterscheiden sich die Rückfallhäufigkeiten einzelner Subgruppen, die auf der Grundlage von soziodemographischen Merkmalen gebildet wurden?
2. Welche Faktorenstruktur weist das DIRA auf?
3. Wie hoch wird die durch das DIRA erfaßte Rückfallgefährdung im allgemeinen und spezifiziert nach den Bereichen „Negative intrapsychische Befindlichkeit“, „Soziale Trinksituationen“ und „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ durch die Gesamtstichprobe eingeschätzt?
4. Unterscheiden sich einzelne Subgruppen, die auf der Grundlage soziodemographischer Merkmale gebildet wurden, in ihrer Einschätzung der Hochrisikosituationen? Als

gruppenkonstituierende Variablen werden die Merkmale „Geschlecht“, „Alter“, „Berufliche Situation“, „Ausbildung“, sowie „Partnerschaft“ herangezogen.

5. Zeigen sich Unterschiede in der Einschätzung der Hochrisikosituationen zwischen Patienten, die bereits an Entwöhnungsbehandlungen teilgenommen hatten, und jenen, die zum erstenmal eine solche machten?
6. Unterscheiden sich Rückfällige von Abstinenten in der Einschätzung der Hochrisikosituationen?
7. Besteht ein Zusammenhang zwischen den zu Beginn der Therapie erhobenen TAI-Skalenwerten und der Einschätzung der Hochrisikosituationen?

Aus den genannten Fragestellungen wurden folgende Hypothesen abgeleitet:

1. *Die Rückfallquoten einzelner Subgruppen, die auf Grundlage soziodemographischer Variablen gebildet wurden, sind unterschiedlich.*
Aufgrund empirischer Befunde verschiedener Studien (vgl. Kap. 3) wurden im einzelnen folgende Hypothesen aufgestellt:
 - 1.1. *Frauen haben unterschiedliche Rückfallraten als Männer.*
 - 1.2. *Die Rückfallquoten unterscheiden sich in verschiedenen Altersgruppen.*
 - 1.3. *Patienten, die in einer festen Partnerschaft leben, unterscheiden sich bzgl. der Rückfallhäufigkeiten von Patienten, die nicht in einer festen Partnerschaft leben.*
 - 1.4. *Patienten in unterschiedlichen beruflichen Situationen unterscheiden sich hinsichtlich der Rückfallhäufigkeiten.*
 - 1.5. *Patienten mit unterschiedlicher Ausbildung unterscheiden sich hinsichtlich der Rückfallhäufigkeit.*
 - 1.6. *Die Gruppe der Patienten, die bereits an Entwöhnungsbehandlungen teilgenommen haben, unterscheidet sich in den Rückfallquoten von Patienten, die zum erstenmal an einer Entwöhnungsbehandlung teilnahmen⁷.*

⁷ Obwohl es sich bei dieser Variablen nicht um ein soziodemographisches, sondern um ein suchtspezifisches Merkmal handelt, soll es in diesem Kontext diskutiert werden.

2. *Das DIRA weist eine Dreifaktorenstruktur auf.*

Diese Hypothese wurde aufgrund der faktorenanalytischen Untersuchung von Klein et al. (1995) formuliert.

3. *Insgesamt wird die Rückfallgefährdung in den beschriebenen Hochrisikosituationen als gering eingeschätzt. Von der Skala „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ geht die größte Gefahr aus, von der Skala „Soziale Trinksituationen“ die geringste.*

Diese Hypothese ergibt sich aufgrund der Befunde von Klein et al. (1995) in einer Studie in der das gleiche Instrument retrospektiv, prospektiv und katamnestisch eingesetzt wurde. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Bürke (1992) in einer prospektiven Studie, in der eine erweiterte Form des IDS (Annis, 1982a, vgl. Kap. 4.2) eingesetzt wurde, um bei Alkoholabhängigen die Einschätzung der Gefährlichkeit von Hochrisikosituationen zu ermitteln.

4. *Subgruppen, die aufgrund von soziodemographischen Variablen gebildet wurden, unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Einschätzung der Gefahr, in den beschriebenen Situationen rückfällig zu werden.*

Aufgrund mangelnder Forschungsergebnisse kann eine gerichtete Hypothese nur für die Variable „Geschlecht“ aufgestellt werden, während bei den anderen Variablen ungerichtete Hypothesen explorativer Art formuliert wurden.

- 4.1. *Männer schätzen die Gefahr rückfällig zu werden, in sozialen Trinksituationen höher ein als Frauen. Die Rückfallgefahr der Situationen der Skala „Negative intrapsychische Befindlichkeiten“ schätzen Frauen höher ein als Männer.*

Diese Hypothese wurde aufgrund der Befunde von Annis et al. (1987) (vgl. Kap. 4.3) gebildet.

- 4.2. *Verschiedene Altersgruppen unterscheiden sich in ihrer Einschätzung der Rückfallgefährdung in den Hochrisikosituationen.*

- 4.3. *Patienten, die in einer Partnerschaft leben, unterscheiden sich hinsichtlich der Einschätzung der Situationen von Patienten, die nicht in einer Partnerschaft leben.*

- 4.4. *Patienten in verschiedenen beruflichen Situation unterscheiden sich in der Einschätzung der Hochrisikosituationen.*

4.5. *Patienten mit verschiedenem Ausbildungsstand unterscheiden sich in der Einschätzung der Hochrisikosituationen.*

5. *Zwischen Patienten mit und ohne Vorbehandlungen bestehen Unterschiede in der Einschätzung der Hochrisikosituationen.*

Diese Hypothese ist expolartiver Art, da hier noch keine Ergebnisse vorliegen.

6. *Rückfällige schätzen ihre Gefahr, rückfällig zu werden, in allen drei Skalen größer ein als Abstinente.*

Diese Hypothese basiert auf den Befunden von Litman et al. (1983a; vgl. Kap. 4.3).

7. *Es gibt einen linearen Zusammenhang zwischen den Staninewerten der fünf TAI-Skalen und den einzelnen Skalenwerten des DIRA.*

Da auch zu dieser Beziehung noch keine Befunde vorliegen, ist auch diese Hypothese explorativer Art.

5.2 Therapiekonzept der Fachklinik

Die katamnestische Untersuchung wurde in Kooperation mit der Fachklinik Bad Tönisstein durchgeführt. Die Fachklinik Bad Tönisstein ist eine Einrichtung zur stationären Entwöhnungsbehandlung von alkohol- und medikamentenabhängigen Männern und Frauen. Insgesamt stehen 128 Therapieplätze zur Verfügung. Da es sich um eine Kurzzeittherapieeinrichtung handelt, dauert die Therapie in der Regel acht Wochen. Bei entsprechender Indikation kann der Klinikaufenthalt auf zehn bis zwölf Wochen verlängert werden. Durch die relativ kurze Behandlungszeit ist die Aufnahme in Bad Tönisstein an einige Bedingungen seitens der Patienten geknüpft. Hierzu zählt zum Beispiel das Vorhandensein einer weitgehend intakten sozialen Situation. Ausschlusskriterien sind Abhängigkeit von illegalen Drogen und schwere soziale Störungen wie Nichtseßhaftigkeit und Kriminalität. Auch bei jugendlichen Abhängigen, die spezielle Hilfe zur Lebensgestaltung benötigen, ist eine Therapie in Bad Tönisstein nicht indiziert.

Die Wurzeln des Therapiekonzeptes der Fachklinik Bad Tönisstein gehen auf das "Minnesota Model of Chemical Dependency Intervention and Treatment", kurz "Minnesota-Modell" zurück.

Um 1950 entstanden in Minnesota drei Einrichtungen, in denen sich das Modell schrittweise entwickelt hat. Die Prinzipien und das 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker sind der zentrale Bestandteil des Minnesota-Modells. Ziel der Therapie ist es, dem Alkoholiker zu helfen, mit seiner chronischen Krankheit zu leben und umzugehen. Die totale Abstinenz wird dabei als Voraussetzung angesehen. Ein weiterer Grundsatz des Minnesota Modells ist ein multidisziplinäres Mitarbeiterteam: Neben den traditionellen Mitarbeitern in der Suchtkrankenarbeit werden abhängige, aber abstinent lebende Suchttherapeuten eingesetzt, die gleichberechtigt mit den anderen professionellen Mitgliedern der Klinik arbeiten.

Ausgehend vom Minnesota-Modell basiert die therapeutische Arbeit der Fachklinik Bad Tönisstein auf einer verhaltenstherapeutischen Grundkonzeption. Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit liegt zum einen bei der zu erzielenden Krankheitseinsicht und Krankheitsakzeptanz, zum anderen in der Thematisierung der funktionalen Zusammenhänge des Trinkverhaltens bzw. des Medikamenteneinnahmeverhaltens.

Die Entwöhnungsbehandlung in Bad Tönisstein ist in zwei Phasen unterteilt: In der Aufnahmephase, die die erste Woche der Therapie in einer Aufnahmegruppe umfaßt, stehen die Informationsgewinnung, die Integration des Patienten in die klinischen Abläufe, sowie die Akzeptanz der eigenen Abhängigkeit im Vordergrund der therapeutischen Aktivitäten. In der Aufnahmegruppe wird versucht, eine Homogenisierung der Patienten hinsichtlich des Kenntnis- und Auseinandersetzungsniveaus mit der Erkrankung zu erreichen. Nach der Aufnahmephase erfolgt die Verlegung der Patienten von der Aufnahmestation in den Wohnbereich der Klinik und damit verbunden die Zuordnung zu einer therapeutischen Stammgruppe. Diese sind als halboffene Gruppen konzipiert, so daß sie sich aus Patienten zusammensetzen, die sich bereits unterschiedlich lange in der Klinik befinden. Im Rahmen dieser Stammgruppen findet der überwiegende Teil der weiteren therapeutischen Arbeit statt. Weitere zentrale Maßnahmen während der Entwöhnungsbehandlung sind die täglich stattfindenden gruppentherapeutischen Sitzungen, die von dem Bezugstherapeuten und einem Co-Therapeuten geleitet werden sowie themenzentrierte Gruppen ohne Beteiligung eines Therapeuten. Ergänzend finden Vorträge von Therapeuten zu suchtrelevanten Themen, Sporttherapie, medizinische Maßnahmen sowie indikative Gruppen, z. B. Entspannungs-, Frauen- oder Männergruppen statt. Um der systemischen Dimension der Abhängigkeitserkrankung gerecht zu werden, wird in regelmäßigen Abständen ein Angehörigenseminar durchgeführt. Parallel bietet die "Nachsorge" den Patienten

ein Beratungs- und Informationsangebot zur Vorbereitung auf die nachstationäre Phase. Wesentlich ist die Förderung des Kontaktes zu verschiedenen Selbsthilfegruppen schon während der Therapie.

Während der Therapie in Bad Tönisstein werden bei jedem Patienten eine Reihe diagnostischer Verfahren durchgeführt: Das „Trierer Alkoholismusinventar“ (TAI; Funke et al., 1987), ein interner Anamnese-Fragebogen, der Dependenz-Fragebogen sowie das „Trierer Partnerschaftsinventar“. Zur Evaluation des Therapieerfolgs werden routinemäßig Katamnesen ein und fünf Jahre nach der Therapie in Bad Tönisstein durchgeführt. Für eine detaillierte Beschreibung des Therapiekonzepts sei verwiesen auf Strieder (1989).

5.3 Untersuchungsinstrumente

Für die Ermittlung der Einschätzung von Hochrisikosituationen wurde in dieser Untersuchung das „Differentielle Inventar zur Erfassung von Rückfallsituationen für Alkoholabhängige“ (DIRA; Klein et al., 1995) eingesetzt. Des Weiteren wurde auf Daten des „Trierer Alkoholismusinventar“ (TAI; Funke et al., 1987) zurückgegriffen, das bei allen Patienten in Bad Tönisstein zu Beginn der Entwöhnungsbehandlung eingesetzt wird. Da zum Teil von den Patienten schon Informationen über soziodemographische Variablen vorlagen, wurde mit dem „Fragebogen zu Lebenssituation und Rückfall“ ein Instrument entwickelt, das speziell auf die vorliegende Untersuchung zugeschnitten war und nur jene Variablen erfragte, die für das Untersuchungsanliegen von Relevanz waren und die noch nicht vorlagen.

Das DIRA wurde entwickelt aus der Notwendigkeit eines deutschsprachigen Instrumentes zur Erfassung von Hochrisikosituationen für Rückfälligkeit bei Alkoholabhängigen, das bisher noch nicht vorlag. Ausgangspunkt des DIRA waren die Items der beiden in Kapitel 4.2 beschriebenen Instrumente zur Erfassung von Hochrisikosituationen aus dem englischsprachigen Raum, dem „Relapse Precipitant Inventory“ (RPI; Litman et al., 1983a) und dem „Inventory of Drinking Situations“ (IDS; Annis, 1982a). Im DIRA soll für jedes Item, das eine konkrete Hochrisikosituation beschreibt, angegeben werden, wie gefährlich diese jeweilige Situation für die Abstinenz eingeschätzt wird. Für die Beantwortung jedes Items stehen vier Antwortmöglichkeiten zur Auswahl: „sehr gefährlich“, „gefährlich“, „kaum gefährlich“ oder

„nicht gefährlich“. Insgesamt umfaßt das DIRA 54 Items. Es liegen eine retrospektive, eine prospektive und eine katamnestische Form des Instrumentes vor.

Erster Schritt der Konstruktion des DIRA war die Übersetzung der 25 Items des RPI und der 100 Items des IDS sowie ihre Angleichung an deutsche Sprachgewohnheiten (vgl. Klein et al., 1995). Da drei Items inhaltlich identisch waren, verblieb insgesamt noch ein Itempool von 122 als Grundlage für die weitere Entwicklung. Diese vorläufige Form des „Differentiellen Inventars zur Erfassung von Rückfallsituationen für Alkoholabhängige“ wurde in einem zweiten Schritt von 228 Patienten (166 Männer und 62 Frauen) einer stationären Entwöhnungsbehandlung für Alkohol- und Medikamentenabhängige bearbeitet, einmal retrospektiv, bezogen auf das letzte Jahr vor der Therapie, einmal prospektiv, am Ende der Therapie bezogen auf die nähere Zukunft und katamnestisch drei Monate nach Therapieende. Durch die anschließende teststatistische Analyse der drei Datensätze sollten zunächst Informationen über die Dimensionalität des DIRA gewonnen werden. Dazu wurden jeweils getrennt für die Datensätze aus der retrospektiven und der prospektiven Instruktionsbedingung Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalysen mit Varimax-Rotation) berechnet. Da für die katamnestische Version nur 113 Datensätze zur Verfügung standen (der Rücklauf der Katamnese lag bei 49.6 Prozent), wurde hier auf eine faktorenanalytische Überprüfung verzichtet. Es zeigte sich sowohl für die prospektive als auch die retrospektive Version eine Dreifaktorenstruktur. Die drei Faktoren konnten bei fast identischem Verlauf der Eigenwerte jeweils 48.2 Prozent der Varianz aufklären (Klein et al., 1995). Im weiteren Entwicklungsverlauf des DIRA verblieben für jeden Faktor nur jene Items, die für beide Instruktionsbedingungen dem Fürntratt-Kriterium entsprachen und ausreichend hohe Ladungsbeträge ($>.50$) aufwiesen. Im Rahmen der teststatistischen Überprüfung der Item- und Skalenqualitäten wurden nur solche Items in den Skalen belassen, die eine Schwierigkeit zwischen $.20$ und $.80$ und eine Trennschärfe von über $.50$ erreichten. Letztendlich verblieben 54 Items (vgl. Klein et al., 1995).

Die drei Skalen des DIRA wurden wie folgt benannt: „Negative intrapsychische Befindlichkeiten“ (28 Items), „Soziale Trinksituationen“ (16 Items) und „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ (10 Items). Skala 1 des DIRA „Negative intrapsychische Befindlichkeiten“ (NEGINTRA) enthält Items zu den Situationsbereichen Selbsterniedrigung, Angstgefühle, Lebensüberdruß, Einsamkeit, Groll und Ärger, Reizbarkeit, Unsicherheit und Schuldgefühle; als

Hochrisikosituationen für die Abstinenzfähigkeit dominieren hier negative Emotionen. Die zweite Skala „Soziale Trinksituationen“ (SOZTR) enthält Items aus Trink- und Verführungssituationen im sozialen Interaktionsbereich, die einen hohen Aufforderungscharakter zum Mittrinken aufweisen können. Skala 3 „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ (TEST) besteht aus vorwiegend kognitiv orientierten Items, die Kontrollfähigkeit, eine gedankliche Analyse der Konsequenzen eines erneuten Trinkens oder auch positive Trinkphantasien und Zweifel an der eigenen Abhängigkeit beinhalten. Der genaue Wortlaut aller 54 Items läßt sich dem Fragebogen in Anhang A entnehmen. Beispiele für Items der drei Skalen werden im folgenden gegeben:

- Items der Skala DIRA 1 „Negative intrapsychische Befindlichkeit“:

Es war für meine Abstinenz - sehr gefährlich/gefährlich/kaum gefährlich /nicht gefährlich

- wenn ich alleine war.
- wenn mir das Leben zum Hals heraus hing.
- wenn es zu Hause Krach gab.

- Items der Skala DIRA 2 „Soziale Trinksituationen“:

Es war für meine Abstinenz - sehr gefährlich/gefährlich/kaum gefährlich/nicht gefährlich

- wenn ich eingeladen war und man mir ein alkoholisches Getränk anbot.
- wenn ich in einer Gesellschaft war, wo andere Leute tranken.
- wenn etwas Angenehmes passiert war und mir nach Feiern zumute war.

- Items der Skala DIRA 3 „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“:

Es war für meine Abstinenz - sehr gefährlich/gefährlich/kaum gefährlich/nicht gefährlich

- wenn ich dachte, daß ich nicht wirklich vom Alkohol abhängig war.
- wenn ich dachte, daß ich endlich geheilt bin und mit Alkohol umgehen kann.
- wenn ich begann zu denken, daß ein wenig Alkohol mir nichts ausmacht.

Ein Testmanual mit Angaben zu Auswertung und Interpretation der Ergebnisse steht noch aus, da es sich beim DIRA um ein noch nicht veröffentlichtes Testinstrument handelt. Aus diesem Grunde liegen auch bisher außer der 228 Personen umfassenden Stichprobe für teststatistische Zwecke noch keine Werte und Erfahrungen vor.

Wie bereits in Kap. 1.1 erläutert, ist das TAI (Funke et al., 1987) ein Differentialdiagnostikum für alkoholabhängige Personen. Zielsetzung des TAI ist die Bereitstellung relevanter Daten für die Planung therapeutischer Interventionen. Ausgangspunkt des TAI war der Itempool des englischsprachigen Instruments "Alcohol Use Inventory" (AUI; Wanberg, Horn & Foster, 1977). Nach einer sprachlichen und inhaltlichen Überarbeitung der ursprünglich 147 Items dieses Inventars, wurde mit Hilfe faktorenanalytischer und teststatistischer Methoden die Anzahl der Items auf 90, und die ursprünglich 22 Skalen auf sieben reduziert.

Das TAI ist folgendermaßen aufgebaut: Nach einer ausführlichen Instruktion werden einige persönliche Daten erfragt. Während die folgenden 77 Items von allen Befragten zu beantworten sind, richten sich die verbleibenden 13 Items nur an jene Personen, die in einer Partnerschaft leben oder lebten. Für die Beantwortung jedes Items stehen vier Antwortmöglichkeiten zur Verfügung. Alle Items beziehen sich auf die letzten sechs Monate der Trinkzeit. Die sieben Skalen des TAI werden im folgenden kurz beschrieben:

- Skala TAI 1 („Verlust der Verhaltenskontrolle und negative Gefühle nach dem Trinken“) erfragt vor allem negative Empfindungen und den Verlust der Verhaltenskontrolle bei unangemessenem Alkoholkonsum.
- Skala TAI 2 („Soziale Aspekte des Trinkens“) erfasst soziale Trinkumstände sowie die zugeschriebene soziale Bedeutung des Alkoholkonsums.
- Skala TAI 3 („Süchtiges andauerndes Trinken“) setzt sich überwiegend aus Items zusammen, die Merkmale des Trinkstils erfassen, wie Trinkpausen, Dauer der Trinkperioden, über den Tag verteiltes Trinken und zwanghaftes Weitertrinken nach dem Konsum weniger Gläser.
- Skala TAI 4 („Positive Trinkmotive“) erfasst subjektive positive Erwartungen und Zuschreibungen bezüglich der Wirkung des Alkohols.
- Skala TAI 5 („Psychoperzeptuelle Konsequenzen und Versuch der Selbstbehandlung von physiologischen Begleiterscheinungen“) bezieht sich vor allem auf das Erleben negativer physiologischer Konsequenzen, wie delirähnliche Symptome und Halluzinationen. Weiterhin zählen Items zur Selbstbehandlung zu dieser Skala.
- Skala TAI 6 („Trinken als Ursache von Partnerproblemen“) erfragt die negativen Konsequenzen des exzessiven Alkoholkonsums auf die Partnerbeziehung. Erfragt werden

dabei sowohl Verhaltensauffälligkeiten gegenüber dem Partner als auch dessen Reaktionen auf das Trinken.

- Skala TAI 7 („Trinken als Folge von Partnerproblemen“) erfaßt momentane oder frühere Partnerprobleme, die den exzessiven Alkoholkonsum zur Folge haben können.

Auf der Basis des TAI hat Funke (1990b) eine Klassifikationsprozedur für Alkoholabhängige entwickelt. Diese zielte darauf ab, am Anfang einer psycho-therapeutischen Intervention reliable und valide Subgruppen der heterogenen Population alkoholauffälliger Patienten zu konstruieren, um für die Planung psycho-therapeutischer Interventionen nützliche Informationen zu gewinnen. Die individuellen Test-Profile des TAI können nach Ähnlichkeit einer der folgenden fünf Subgruppen zugeordnet werden, die auf clusteranalytischer Basis ermittelt wurden: „Funktionstrinker“, „umfassend gestörte Alkoholiker“, „Nur-Alkoholiker“, „Gewohnheitstrinker“ und „Leugner“. Für eine ausführliche Beschreibung der Subtypen sei verwiesen auf Funke (1990).

Der „Fragebogen zu Lebenssituation und Rückfall“ dient der Erhebung soziodemographischer Merkmale sowie differenzierter Informationen über das Trinkverhalten im Katamnesezeitraum. Er wurde eigens für diese Arbeit konstruiert.

Angaben zur familiären Situation werden durch die ersten drei Fragen des Fragebogens gewonnen: Die erste Frage erfaßt die soziale Wohnsituation. Neben fünf vorgegebenen Antwortmöglichkeiten kann eine offene Antwortmöglichkeit gewählt werden, falls die vorhergehenden fünf Antworten nicht zutreffen. Da sich die verschiedenen Antworten nicht gänzlich ausschließen, wird im Fragebogen darauf hingewiesen, daß Mehrfachantworten möglich sind. Falls Kinder mit dem Probanden zusammenleben, wird ergänzend deren Alter erfragt. Das Bestehen einer festen Partnerschaft wird in Frage zwei erfaßt. Als Antwortmöglichkeiten werden die Alternativen „Ja“ und „Nein“ vorgegeben. Frage drei liefert Informationen über die berufliche Situation. Die fünf Antwortmöglichkeiten „berufstätig“, „arbeitslos“, „Hausfrau/Hausmann“, „Rentnerin/ Rentner“ und „in Ausbildung oder Umschulung“ sind vorgegeben⁸.

⁸ Angaben über Geschlecht, Alter sowie Anzahl vorheriger Entwöhnungsbehandlungen der untersuchten Patienten konnten den zum Untersuchungszeitpunkt bereits vorliegenden Angaben des TAI entnommen. Daher konnte in diesem Fragebogen auf die erneute Erhebung dieser Variablen verzichtet werden.

Das Trinkverhalten im Katamnesezeitraum wird in der vierten Frage erfaßt. Häufigkeit und Verlauf von Rückfällen sowie die Art des Suchtmittels wird differenziert durch fünf Antwortmöglichkeiten erhoben. Am Ende des Fragebogens wird dem Probanden die Möglichkeit gegeben, Ursachen des Rückfalls zu beschreiben.

5.4 Untersuchungsdurchführung

Über die Patientenkartei der Klinik wurden die Adressen von Personen ermittelt, die in Bad Tönisstein aufgrund ihrer Alkoholabhängigkeit in Behandlung waren. Das ausgewählte Zeitfenster für die Katamnese betrug vier bis sechs Monate nach Beendigung der Behandlung. Dieses relativ kurze Zeitfenster wurde gewählt, damit die Anbindung der Patienten an die Klinik noch möglichst hoch war. Gleichzeitig konnte davon ausgegangen werden, daß sich in diesem Zeitraum bereits Rückfälle ereignet hatten oder zumindest bei den meisten Personen schon riskante Situationen für einen Alkoholrückfall aufgetreten waren, da die ersten Monate nach der Entwöhnungsbehandlung in der Literatur als die riskanteste Zeit für das Auftreten von Rückfällen beschrieben werden (vgl. Kap. 2.3). Als Erhebungsmethode wurde die Verschickung von Fragebögen gewählt.

Das Fragebogenpaket, das den ehemaligen Patienten zugesandt wurde, enthielt das „Differentielle Inventar zur Erfassung von Rückfallsituationen für Alkoholabhängige“ (DIRA), den „Coping-Index“⁹, den „Fragebogen zu Lebenssituation und Rückfall“, ein Begleitschreiben und einen an die Fachklinik adressierten Rückumschlag (dieser enthielt den Aufdruck „Bitte freimachen falls Briefmarke zur Hand“). In dem Begleitschreiben wurden die Patienten um Mithilfe bei einer Untersuchung zum Thema Rückfall gebeten. Unterzeichnet wurde das Anschreiben von der zum Untersuchungszeitpunkt Leitenden Psychologin der Fachklinik Bad Tönisstein, Frau Dr. Wilma Funke. (Das DIRA, der „Fragebogen zu Lebenssituation und Rückfall“ sowie das Anschreiben finden sich in Anhang A). Auf weitere Instrumente, wie zum Beispiel ein Instrument, das Hinweise auf Antworttendenzen in Richtung sozialer Erwünschtheit hätte geben können, wurde verzichtet. Ein umfangreicheres Fragebogenpaket hätte mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer Verringerung des Rücklaufs geführt. Über das

⁹ Der Coping-Index (Scherer & Scherer, 1990) wurde in der parallel von Friedmann (1997) durchgeführten Untersuchung ausgewertet und in der vorliegenden Studie nicht miteinbezogen.

Datenverarbeitungssystem der Klinik wurden die TAI-Staninewerte, die bei jedem Patienten zu Beginn der Therapie erhoben wurden, ermittelt.

Um eine hinreichend große Stichprobe zu erreichen, wurden zwei Untersuchungswellen durchgeführt: Am 25.03.1996 wurden alle Personen angeschrieben, die in der Zeit vom 01.09. - 31.10. 1995 die Therapie in Bad Tönisstein beendet hatten (144 Personen). Am 20.05.1996 wurden alle Personen angeschrieben, die in der Zeit vom 01.11.1995 - 31.12.1995 die Therapie beendet hatten (146 Personen). Damit konnte eine Gesamtstichprobe von 290 Probanden erzielt werden. Jeweils drei Wochen nach Versendung der Fragebogenpakete wurde an die Personen, die bis zu diesem Zeitpunkt nicht geantwortet hatten, ein Erinnerungsschreiben verschickt, um den Rücklauf zu erhöhen (am 15.04.1996 und 10.06.1996). Die Datenerhebung wurde jeweils acht Wochen nach Ausgang der Fragebogenpakete abgeschlossen (am 20.05.1996 für die erste und am 15.07.1996 für die zweite Untersuchungswelle). Einen Überblick über den zeitlichen Ablauf der Untersuchung zeigt Abb. 5.4.1.

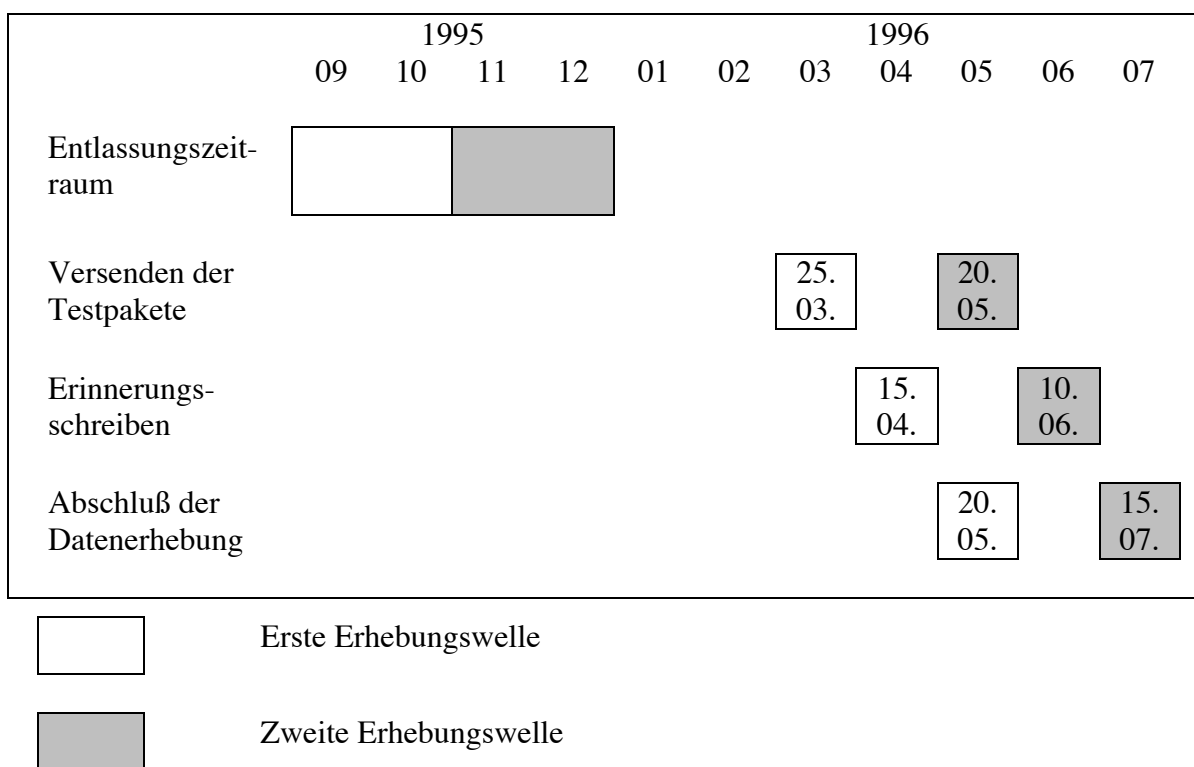


Abb. 5.4.1: Zeitlicher Ablauf der Untersuchungsdurchführung

Die Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe des „Statistical Package for Social Sciences“ (SPSS), Version 6.0.1. Um die gewonnenen Daten des DIRA analysieren zu können, war zunächst ihre Kodierung notwendig. Die vier Antworten, die bei jedem Item des DIRA möglich waren, wurden mit den Zahlen 1 bis 4 codiert. Der Antwortalternative „sehr gefährlich“ wurde der Wert 1 zugeordnet, der Alternative „gefährlich“ der Wert 2, „kaum gefährlich“ wurde der Wert 3 zugewiesen und „nicht gefährlich“ der Wert 4. Missingwerte im DIRA wurden durch den individuellen Mittelwert der Probanden im Gesamttest ersetzt. Wären nur vollständige Datensätze berücksichtigt worden, wäre die Stichprobe zu stark minimiert worden. Lediglich Probanden, die weniger als 50 Prozent der Items des DIRA beantwortet hatten, wurden von der Auswertung in dieser Studie ausgeschlossen, da das Ersetzen der Missingwerte bei diesen Datensätzen vermutlich zu stark verzerrten Ergebnissen geführt hätte. Fehlende Angaben über soziodemographische Merkmale sowie Rückfälligkeit führten nicht zu einem Ausschluß der Datensätze. Alle Auswertungen beziehen sich stets auf die Anzahl der Personen, für die Informationen zu dem jeweiligen Merkmal vorlagen. Da für die einzelnen Merkmale die Anzahl der Antwortenden differiert, schwankt die Bezugspopulation für die einzelnen Fragestellungen teilweise.

Bei der Wahl der im folgenden dargestellten Analysen wurde von der Annahme ausgegangen, daß die Einschätzung der Gefährlichkeit der Situationen ein Kontinuum darstellt und folglich als intervallskaliert angesehen werden kann. Für die Behandlung von eigentlich ordinalskalierten Daten als intervallskaliert mit der Absicht, aussagekräftigere und klarer interpretierbare statistische Prozeduren anzuwenden, gibt es Unterstützung in der Literatur (z. B. Young, 1981).

Anhand von Chi-Quadrat-Tests wurde überprüft, ob sich die Rückfallhäufigkeiten verschiedener Subgruppen, die aufgrund der ausgewählten soziodemographischen Variablen gebildet wurden, unterscheiden (Hypothese 1).

Zur Überprüfung der Faktorenstruktur des DIRA (Hypothese 2) wurden verschiedene Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalysen mit anschließender Varimax-Rotation) durchgeführt.

Hypothese 3 erforderte die Errechnung der Mittelwerte für jedes Item des DIRA über alle Probanden. Die Skalenwerte des DIRA wurden berechnet, indem die den einzelnen Antwortalternativen zugeordneten Zahlenwerte der Items der jeweiligen Skala aufsummiert und durch die jeweilige Anzahl der Items der Skala dividiert wurden.

Um Unterschiede in der Einschätzung der Hochrisikosituationen der einzelnen Skalen des DIRAs zwischen einzelnen Subgruppen, die aufgrund der ausgewählten soziodemographischen Variablen gebildet wurden, zu überprüfen (Hypothese 4), wurden t-Tests für unabhängige Stichproben bei dem Vergleich von zwei Gruppen sowie einfaktorielle Varianzanalysen bei dem Vergleich von mehr als zwei Gruppen durchgeführt. Die Hypothesen 5 und 6 wurden ebenfalls anhand von t-Tests für unabhängige Stichproben überprüft.

Der Zusammenhang zwischen den fünf TAI-Skalen und den einzelnen Skalen des DIRA (Hypothese 7) wurde anhand der multiplen Regression überprüft.

6.1 Stichprobenbeschreibung

Die Ausgangsstichprobe umfaßte 290 ehemalige Patienten der Fachklinik Bad Tönisstein, die dort zwischen dem 01.09.1995 und dem 31.12.1995 eine Entwöhnungsbehandlung aufgrund einer bestehenden Alkoholabhängigkeit beendet hatten. Die angeschriebene Patientengruppe setzte sich aus 175 Männern und 115 Frauen zusammen. Von den 290 angeschriebenen Probanden haben 144 an der Katamnese teilgenommen - 97 Männer und 47 Frauen. Damit liegt der Rücklauf der Katamnese bei 50 Prozent; von den männlichen Patienten nahmen 55 Prozent an der Katamnese teil, von den weiblichen 41 Prozent. Aufgrund zu vieler Missingwerte im DIRA (vgl. Auswertung der Daten), wurden 22 Patienten von der Auswertung ausgeschlossen. Von den verbleibenden 122 Personen betrug der Anteil der männlichen Patienten 68 Prozent ($N = 82$) und der Anteil der Frauen 32 Prozent ($N = 40$). In Tabelle 6.1.1 werden die soziodemographischen Daten für die Gesamtstichprobe¹⁰ sowie zusätzlich für Männer und Frauen getrennt dargestellt.

¹⁰ Unter der Bezeichnung Gesamtstichprobe werden im folgenden immer die 122 Personen verstanden, die in die Auswertung eingingen.

Tab. 6.1.1: *Soziodemographische Merkmale der untersuchten Stichprobe (Angaben in Prozent gerundet, in Klammern Anzahl der Patienten in dieser Kategorie).*

	Gesamt (N = 122)	Männer (N = 82)	Frauen (N = 40)
Alter (M und. SD)	44.2 (8.25)	43.8 (8.30)	45.1 (8.17)
Partnerschaft ^a			
feste Partnerschaft	71.1 (86)	75.3 (61)	62.5 (2)
keine feste Partnerschaft	28.9 (36)	24.7 (21)	37.5 (15)
Berufliche Situation ^b			
berufstätig	75.4 (92)	89.0 (73)	47.5 (19)
arbeitslos	6.6 (8)	3.7 (3)	12.5 (5)
Hausfrau/Hausmann	6.6 (8)	0.0 (0)	20.0 (8)
Rentner/Renterin	8.2 (10)	3.7 (3)	17.5 (7)
Ausbildung/Umschulung	3.3 (4)	3.7 (3)	2.6 (1)
Ausbildung			
Ohne Abschluß	5.0 (6)	6.2 (5)	2.5 (1)
Hauptschule	37.2 (45)	40.7 (33)	30.0 (12)
Realschule/Handelsschule	19.8 (24)	12.3 (10)	35.0 (14)
Gymnasium/Fachoberschule	18.2 (22)	19.8 (16)	15.0 (6)
Universität/Fachhochschule	19.8 (24)	21.0 (17)	17.5 (7)
Wohnsituation ^c			
allein	27.9 (34)	30.5 (25)	22.5 (9)
mit Partner ohne Kind	26.2 (32)	28.0 (23)	22.5 (9)
mit Partner mit Kind(ern)	38.6 (47)	40.3 (33)	35.0 (14)
ohne Partner mit Kind(ern)	4.9 (6)	1.2 (1)	12.5 (5)
mit Eltern oder Elternteil	2.5 (3)	0.0 (0)	7.5 (3)
Vorherige Entwöhnungs- behandlungen			
keine	75.4 (92)	79.3 (65)	67.5 (27)
eine bis fünf Entwöhnungs- behandlungen	24.6 (30)	20.7 (17)	32.5 (13)
Kinderanzahl ^d			
kein Kind	55.9 (66)	58.8 (47)	50.0 (19)
ein Kind	23.7 (28)	20.0 (16)	31.6 (12)
zwei Kinder	16.9 (20)	18.8 (15)	13.2 (5)
drei Kinder	1.7 (2)	1.3 (1)	2.6 (1)
vier Kinder	1.7 (2)	1.3 (1)	2.6 (1)

Anmerkung. Bei folgenden Merkmalen lagen nicht für alle Patienten Angaben vor: Partnerschaft (N = 121), Ausbildung (N = 121), Kinderanzahl (N = 118).

^a Partnerschaft zum Zeitpunkt der Katamnese.

^b Berufliche Situation zum Zeitpunkt der Katamnese.

^c Wohnsituation zum Zeitpunkt der Katamnese.

^d Anzahl der Kinder, die zum Zeitpunkt der Katamnese mit dem Patienten zusammenlebten.

Das Durchschnittsalter der Probanden, die an der Untersuchung teilgenommen haben, betrug 44.2 Jahre mit einem Range von 23 bis 69 Jahren. 6.6 Prozent der Patienten waren zum Zeitpunkt der Katamnese arbeitslos. Bei keinem der acht Betroffenen dauerte die Arbeitslosigkeit länger als 12 Monate an, fünf Patienten wurden erst nach Beginn der Entwöhnungsbehandlung arbeitslos. Mit 37.2 Prozent hatten die meisten Probanden einen Hauptschulabschluß. Probanden mit Realschul- Gymnasial- und Universitätsabschluß verteilen sich in etwa gleich. Nur 5 Prozent der Patienten hatten keinen Schulabschluß. Der größte Anteil der ehemaligen Patienten (38.6 Prozent) lebte zum Zeitpunkt der Katamnese zusammen mit Partner und Kind(ern). Für 75.4 Prozent der Patienten war die Therapie in Bad Tönisstein die erste Entwöhnungsbehandlung.

Ein Vergleich der soziodemographischen Variablen zwischen Männern und Frauen zeigt hinsichtlich der Variablen „Alter“ kaum einen Unterschied. In einer festen Partnerschaft lebten insgesamt mehr Männer (75.3 Prozent) als Frauen (62.5 Prozent). Die berufliche Situation unterschied sich deutlich: Während ein wesentlich größerer Anteil der Männer berufstätig war, war der Anteil der Rentnerinnen, Hausfrauen und Arbeitslosen bei den Frauen größer. Männer hatten insgesamt weniger Vorerfahrungen mit Entwöhnungs-behandlungen als Frauen. Der Anteil der Patienten, die gemeinsam mit Kindern im Haushalt lebten, war in der Gruppe der Frauen größer als in der der Männer.

6.2 Alkoholkonsum im Katamnesezeitraum

111 der 122 Personen, die in die Auswertung eingegangen sind, machten Angaben über ihr Trinkverhalten seit Therapieende. Tabelle 6.2.1 zeigt die Häufigkeit und den Schweregrad der Rückfälligkeit der ehemaligen Patienten seit Therapieende.

Tab. 6.2.1: *Rückfälligkeit seit Therapieende (Angaben in Prozent gerundet, in Klammern Anzahl der Patienten in dieser Kategorie).*

	Gesamt (N = 111)	Männer (N = 75)	Frauen (N = 36)
nicht rückfällig	77.5 (86)	78.7 (59)	75.0 (27)

einmal kurzfristig	9.0 (10)	6.7 (5)	13.9 (5)
mehrmals kurzfristig	7.2 (8)	6.7 (5)	8.4 (3)
kontrollierter Konsum	2.7 (3)	4.0 (3)	0.0 (0)
altes Suchtverhalten	3.6 (4)	4.0 (3)	2.8 (1)

Der größte Anteil der Patienten (77.5 Prozent) wurde seit Therapieende nicht rückfällig. 16.2 Prozent der Patienten wurden einmal oder mehrmals kurzfristig rückfällig, 6.3 Prozent konsumierten kontrolliert Alkohol oder sind in altes Suchtverhalten zurückgefallen. Das konsumierte Suchtmittel war bei allen rückfälligen Patienten Alkohol. Die Möglichkeit, Gründe für den Rückfall anzugeben, wurde von vierzehn Patienten genutzt: Sieben Patienten nannten hier Beziehungskonflikte, vier Patienten gaben Einsamkeit als Ursache des Rückfalls an, zweimal wurden Probleme im Beruf und einmal eine Streßsituation während des Urlaubs erwähnt.

Bei einem Vergleich der Abstinenzquote zwischen Männern und Frauen zeigt sich, daß sich diese kaum unterscheiden. Frauen wurden allerdings rein deskriptiv häufiger „einmal kurzfristig“ rückfällig als Männer; hingegen ist der Anteil der Männer, die kontrollierten Alkoholkonsum angeben oder in altes Suchtverhalten gefallen sind, höher. Bei der statistischen Die Hypothese, daß sich Männer und Frauen bzgl. der Rückfallhäufigkeit signifikant unterscheiden wurde anhand eines Chi-Quadrat-Tests überprüft. Dabei wurde Rückfälligkeit dichotomisiert, indem Personen, die nach der Therapie mindestens einmal kurzfristig rückfällig wurden, in der Gruppe der Rückfälligen zusammengefaßt und der Gruppe der Abstinente gegenübergestellt wurden. Der Chi-Quadrat-Test erwies sich als nicht signifikant. Die Hypothese konnte somit nicht bestätigt werden.

Die in Tabelle 6.2.1 dargestellten Ergebnisse beziehen sich nur auf die Personen, die an der Katamnese teilgenommen haben. Die Berechnung der Abstinenzrate erfolgte also nach liberaler Methode. Nach konservativer Berechnung, bei der alle Nichtantworter als rückfällig eingestuft werden, beträgt die Abstinenzrate für die 290 angeschriebenen ehemaligen Patienten 29.7 Prozent. Da die Rücklaufquoten bei Frauen geringer waren als bei Männern, unterscheiden sich die Abstinenzraten für beide Gruppen, wenn bei der Berechnung nach konservativer Methode vorgegangen wird: Bei Frauen liegt nach dieser Berechnung die Abstinenzrate bei 23.5 Prozent und bei Männern bei 33.7 Prozent.

6.3 Zusammenhang zwischen soziodemographischen Variablen und Rückfälligkeit

Im folgenden wird dargestellt, inwieweit sich einzelne Untergruppen, die aufgrund der Merkmale „Alter“, „Partnerschaft“, „Ausbildung“, „Beruflicher Situation“ sowie „Vorheriger Entwöhnungsbehandlungen“¹¹ gebildet wurden, in den Rückfallhäufigkeiten nach der Therapie unterscheiden. Mithilfe von Chi-Quadrat-Tests wurde überprüft, inwieweit die formulierten Hypothesen (vgl. Kap. 5.1) statistisch signifikant waren. Um eventuelle Unterschiede zwischen Männern und Frauen deskriptiv aufzeigen zu können, wurden die Rückfallhäufigkeiten in den einzelnen Untergruppen nicht nur für die Gesamtstichprobe sondern auch für die Geschlechter getrennt dargestellt. Eine statistische Überprüfung hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede für die entsprechenden ausgewählten Merkmale wurde nicht durchgeführt, da eine solche Differenzierung die jeweiligen Untergruppen so stark verkleinert, daß die Anforderungen eines Chi-Quadrat-Testverfahrens nicht mehr erfüllt werden (vgl. Bortz, 1989).

Rückfälligkeit wurde dichotomisiert, indem Personen, die nach der Therapie mindestens einmal kurzfristig rückfällig wurden, in der Gruppe der Rückfälligen zusammengefaßt und der Gruppe der Abstinenten gegenübergestellt wurden.

Die Tabellen 6.3.1 bis 6.3.5 zeigen die Rückfallhäufigkeiten differenziert für die auf Grundlage der verschiedenen ausgewählten Variablen gebildeten Subgruppen. Hinsichtlich des Merkmals „Alter“ wurden die Patienten in drei Altersgruppen eingeteilt. Tabelle 6.3.1 zeigt die Rückfallquoten differenziert für die drei gebildeten Altersgruppen.

Tab.6.3.1: *Rückfallquoten differenziert nach Altersgruppen (Angaben in Prozent gerundet, in Klammern Anzahl der Patienten in dieser Kategorie).*

	23-35 Jahre (N = 17)	36-50 Jahre (N = 65)	51- 69 Jahre (N = 29)
Gesamt			
Abstinenter	82.4 (14)	76.9 (50)	75.9 (22)
Rückfälliger	17.6 (3)	23.1 (15)	24.1 (7)

¹¹ Bei der Ergebnisdarstellung wird die Variable „Vorherige Entwöhnungsbehandlungen“ unter den soziodemographischen Variablen berücksichtigt werden. Diese Darstellung wurde aufgrund der übereinstimmenden statistischen Verfahren hinsichtlich der Überprüfung der Hypothesen gewählt.

Männer			
Abstinenter	76.9 (10)	77.3 (34)	83.3 (15)
Rückfällig	23.1 (3)	22.7 (10)	16.7 (3)
Frauen			
Abstinenter	100.0 (4)	76.2 (16)	63.6 (7)
Rückfällig	0.0 (0)	23.8 (5)	36.4 (4)

Die Abstinenzrate nimmt für die Gesamtstichprobe mit zunehmendem Alter geringfügig ab. Dieser Unterschied zwischen den drei Altersgruppen erwies sich bei dem Chi-Quadrat-Test als statistisch nicht signifikant. Die Hypothese, daß sich verschiedene Altersgruppen hinsichtlich der Rückfallhäufigkeit unterscheiden, konnte somit nicht bestätigt werden. Der Zusammenhang zwischen Alter und Rückfallhäufigkeit ist bei Männern und Frauen invers: Während bei den Männern die höchste Rückfallrate bei den 20-35jährigen zu erkennen ist und bei den 50-69jährigen die geringste, ist hingegen bei den Frauen die Rückfallquote in der Gruppe der 50-69jährigen am höchsten und bei der Gruppe der 20-35jährigen am niedrigsten. Die Differenzen zwischen den drei Altersgruppen fallen bei den Frauen deutlicher aus als bei den Männern.

Die Variable „Partnerschaft“ wurde dichotomisiert in die Gruppe der Patienten, die in einer festen Partnerschaft lebte und jene, die nicht in einer Partnerschaft lebte. Tabelle 6.3.2 zeigt die Rückfallhäufigkeiten für beide Gruppen.

Tab. 6.3.2: Rückfallhäufigkeiten differenziert nach der Variablen „Partnerschaft“ (Angaben in Prozent gerundet, in Klammern Anzahl der Patienten in dieser Kategorie).

	Feste Partnerschaft (N = 79)	Keine feste Partnerschaft (N = 31)
Gesamt		
Abstinenter	81.0 (64)	67.7 (21)
Rückfällig	19.0 (15)	32.3 (10)
Männer		
Abstinenter	80.4 (45)	72.2 (13)
Rückfällig	19.6 (11)	27.8 (5)
Frauen		
Abstinenter	82.6 (19)	61.5 (8)
Rückfällig	17.4 (4)	38.5 (5)

Die Unterschiede zwischen beiden Gruppen waren in der Gesamtstichprobe beim Chi-Quadrat-Test statistisch nicht signifikant. Tendenziell war aber der Anteil der rückfälligen Patienten bei den Personen, die zum Zeitpunkt der Katamnese nicht in einer Partnerschaft lebten, größer als bei jenen, die in einer Partnerschaft lebten. Dies war sowohl bei Männern als auch bei Frauen der Fall. Frauen, die nicht in einer festen Partnerschaft lebten, wurden häufiger rückfällig als Männer ohne feste Partnerschaft.

Die Variable „Berufliche Situation“ wurde differenziert in die vier Gruppen „Berufstätige“, „Arbeitslose“, „Hausfrauen“ und „Rentner“. Patienten, die sich in Umschulung oder Ausbildung befanden, wurden zu der Gruppe der Berufstätigen gezählt. Tabelle 6.3.3 zeigt die Rückfallhäufigkeiten differenziert für die vier gebildeten Gruppen.

Tab. 6.3.3: Rückfallquoten differenziert nach der beruflichen Situation (Angaben in Prozent gerundet, in Klammern Anzahl der Patienten in dieser Kategorie).

	Berufstätige (N = 87)	Arbeitslose (N = 8)	Hausfrauen (N = 6)	Rentner (N = 10)
Gesamt				
Abstinenz	81.6 (71)	87.5 (7)	83.3 (5)	30.0 (3)
Rückfällig	18.4 (16)	12.5 (1)	16.7 (1)	70.0 (7)
Männer				
Abstinenz	79.7 (55)	100.0 (3)	0.0 (0)	33.3 (1)
Rückfällig	19.7 (14)	0.0 (0)	0.0 (0)	66.7 (2)
Frauen				
Abstinenz	88.9 (16)	80.0 (4)	83.3 (5)	28.6 (2)
Rückfällig	11.1 (2)	20.0 (1)	16.7 (1)	71.4 (5)

Der Chi-Quadrat-Test zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den vier Gruppen ($p < .05$). Die Hypothese, daß die Rückfallhäufigkeiten bei Patienten mit verschiedenen beruflichen Situationen unterschiedlich sind, konnte somit bestätigt werden. Einschränkend muß allerdings erwähnt werden, daß bei dem durchgeführten Chi-Quadrat-Test bei 50 Prozent der Kreuztabellenfelder (vier von acht) die erwartete Häufigkeit unter fünf lag. Dies erschwert eine zuverlässige Interpretation der Signifikanz, da die Anforderungen für einen Chi-Quadrat-Test somit nicht vollständig erfüllt werden (vgl. Bortz, 1989). Es fällt eine geringe Abstinenzquote von 30.0 Prozent bei der Gruppe der Rentner auf, während in den anderen Gruppen die Abstinenzquote mindestens 81.6 Prozent beträgt. Im Vergleich zu den anderen Gruppen kehrt sich das Verhältnis zwischen Abstinenz- und Rückfallrate bei der Gruppe der Rentner also um.

Auffällig ist zudem, daß die Rückfallquote in der Gruppe der Arbeitslosen am geringsten ist. Geschlechterunterschiede sind kaum zu erkennen, bzw. ist ein Vergleich von Männern und Frauen zum Teil nicht möglich, da die Kategorie „Hausmann/Hausfrau“ bei Männern nicht vorkam.

Die Variable „Ausbildung“ wurde differenziert in die fünf Kategorien „ohne Abschluß“, „Hauptschule“, „Realschule/Handelsschule“, „Gymnasium/Fachoberschule“ und „Universität/Fachhochschule“. Tabelle 6.3.4 zeigt die Rückfallhäufigkeiten für die fünf gebildeten Gruppen.

Tab. 6.3.4: Rückfallhäufigkeiten differenziert nach der Ausbildung der Patienten (Angaben in Prozent gerundet, in Klammern Anzahl der Patienten in dieser Kategorie).

	ohne Abschluß (N = 5)	Haupt- schule (N = 39)	Realschule/ Handels- schule (N = 24)	Gymnasium/ Fachober- schule (N = 20)	Universität/ Fachhoch- schule (N = 22)
Gesamt					
Abstinent	100.0 (5)	82.1 (32)	75.0 (18)	60.0 (12)	81.8 (18)
Rückfällig	0.0 (0)	17.9 (7)	25.0 (6)	40.0 (8)	18.2 (4)
Männer					
Abstinent	100.0 (4)	79.3 (23)	70.0 (7)	66.7 (10)	87.5 (14)
Rückfällig	0.0 (0)	20.7 (6)	30.0 (3)	33.3 (5)	12.5 (2)
Frauen					
Abstinent	100.0 (1)	90.0 (9)	78.6 (11)	40.0 (2)	66.7 (4)
Rückfällig	0.0 (0)	10.0 (1)	21.4 (3)	60.0 (3)	33.3 (2)

Der zur Überprüfung der Hypothese, daß sich Patienten mit unterschiedlicher Ausbildung hinsichtlich der Rückfallhäufigkeiten unterscheiden, durchgeführte Chi-Quadrat-Test erwies sich als statistisch nicht signifikant. Einschränkend muß auch hier darauf hingewiesen werden, daß bei 30 Prozent (drei von zehn) der Kreuztabellenfelder die erwartete Häufigkeit bei unter fünf lag und somit die Voraussetzungen für einen Chi-Quadrat-Test auch hier nicht vollständig erfüllt wurden. Es zeigt sich dennoch folgendes Bild: Tendenziell wird mit Ausnahme der Gruppe der Hochschulabsolventen die Rückfallquote mit zunehmendem Bildungsstand höher. Von den ehemaligen Patienten ohne Abschluß waren 100 Prozent abstinent, von den Personen, die das

Gymnasium oder die Fachoberschule besucht haben nur 60 Prozent. Diese Tendenz konnte sowohl bei Männern als auch bei Frauen beobachtet werden.

Bezüglich der Variablen „Vorherige Entwöhnungsbehandlungen“ wurden Patienten mit und ohne Vorerfahrungen mit Entwöhnungsbehandlungen unterschieden. Tabelle 6.3.5 zeigt die Rückfallhäufigkeiten für beide Gruppen.

Tab.6.3.5: *Rückfälligkeit differenziert nach der Variablen „Vorherige Entwöhnungsbehandlungen“ (Angaben in Prozent gerundet, in Klammern Anzahl der Patienten in dieser Kategorie).*

	Erste Entwöhnungs- behandlung (N = 85)	Vorherige Entwöh- nungsbehandlung(en) (N = 26)
Gesamt		
Abstinent	81.2 (69)	65.4 (17)
Rückfällig	18.8 (16)	34.6 (9)
Männer		
Abstinent	80.3 (49)	71.4 (10)
Rückfällig	19.7 (12)	28.6 (4)
Frauen		
Abstinent	83.3 (20)	58.3 (7)
Rückfällig	16.7 (4)	41.7 (5)

Insgesamt wurden Patienten, die bereits zuvor an einer Entwöhnungsbehandlung teilgenommen haben, häufiger rückfällig als Personen, die zum ersten Mal eine Entwöhnungsbehandlung machten. Bei der Gruppe der weiblichen Patienten war dieser Unterschied deutlicher als bei den männlichen Patienten. Für die Gesamtstichprobe erwiesen sich die Unterschiede zwischen beiden Gruppen beim Chi-Quadrat-Test statistisch als nicht signifikant.

6.4 Faktorenanalyse des DIRA

Die 54 Items des DIRA wurden zunächst einer Faktorenanalyse nach der Hauptkomponentenmethode mit anschließender Varimax-Rotation ohne Vorgabe der Faktorenanzahl unterzogen. Zieht man zur Bestimmung der Faktorenanzahl das Kaiser-Guttman Kriterium (vgl. Bortz, 1989) heran, bei dem alle Faktoren berücksichtigt werden, deren

Eigenwert größer als eins ist, ergeben sich sieben Faktoren. Eigenwerte und Varianzaufklärung der sieben Faktoren mit einem Eigenwert größer als eins können Tabelle 6.4.1 entnommen werden.

Tab. 6.4.1: *Eigenwerte und Varianzaufklärung der Faktoren mit einem Eigenwert größer eins.*

Faktor	Eigenwerte	Varianzaufklärung ^a
1	25.34627	46.9
2	5.92294	11.0
3	3.42087	6.3
4	1.76787	3.3
5	1.25654	2.3
6	1.19651	2.2
7	1.05940	2.0

Anmerkung. ^a Angaben in Prozent.

Sieben Faktoren klären gemeinsam 74.0 Prozent der Gesamtvarianz auf. Der erste Faktor klärt dabei als Hauptfaktor einen relativ hohen Varianzanteil von 46.9 Prozent auf. Die Faktoren 4 bis 7 klären gemeinsam nur 9.8 Prozent der Gesamtvarianz auf, sind also von geringer Relevanz. Aus der Itemzuordnung war auch keine sinnvoll interpretierbare Skalenzusammensetzung erkennbar. Nach dem „Scree-Test“ von Cattell (1966) lassen sich vier Faktoren ableiten (vgl. Abbildung 6.4.1)

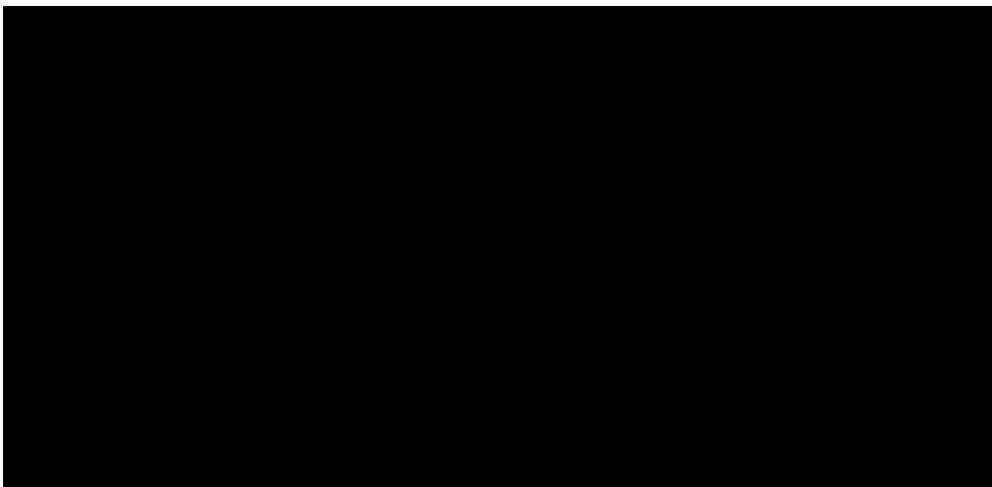


Abbildung 6.4.1: Eigenwertendiagramm der Faktoren 2 bis 7.

Es wurde eine erneute Faktorenanalyse mit der Vorgabe von vier Faktoren durchgeführt. Die Ladungsmatrix ist in Tabelle B.1 im Anhang abgebildet. Auf den ersten Faktor laden 28 Items, auf den zweiten 13, auf den dritten 11 und auf den vierten Faktor nur 2 Items. Mit vier Faktoren werden 67.5 Prozent der Varianz aufgeklärt. Da der vierte Faktor mit nur zwei Items kaum von klinischer Relevanz ist, wurde die Faktorenanalyse unter Vorgabe von drei Faktoren wiederholt. Ein Vergleich der Faktorenstruktur der Analysen mit drei und vier Faktoren zeigt, daß bei der Analyse mit drei Faktoren die gleichen Items auf den ersten drei Faktoren laden wie bei der Analyse mit vier Faktoren. Die beiden Items des vierten Faktors (Item 21 und Item 46) laden bei der Dreifaktorenlösung auf dem zweiten Faktor am höchsten. Tabelle 6.4.2 gibt die Verteilung der Items auf den drei Faktoren wieder.

Tab. 6.4.2: *DIRA-Faktoren und zugehörige Items.*

Faktor	Benennung ^a	Item Nummer ^b
1	Negative intrapsychische Befindlichkeiten (NEGINTRA)	37; 23; 10; 52; 39; 11; 22; 15; 38; 42; 13; 27; 14; 31; 44; 29; 36; 17; 9; 28; 43; 53; 1; 3; 4; 34; 45; 26
2	Soziale Trinksituationen (SOZTR)	35; 49; 5; 54; 20; 50; 25; 40; 24; 32; 8; 12; 46; 6; 21
3	Austesten der eigenen Kontrollfähigkeiten (TEST)	48; 51; 47; 33; 30; 19; 16; 2; 7; 18; 41

Anmerkung. ^aDie Benennungen der Faktoren wurden der Untersuchung von Klein et al. (1995) entnommen.

^bDie Itemfolge entspricht der Rangfolge der Ladungshöhen.

Insgesamt laden die Items auf den Faktoren, denen sie zugeordnet wurden, recht hoch: Alle Items des ersten Faktors haben eine Ladung von .59 bis .83. Auf dem zweiten Faktor laden die Items mit bis .40 bis .85, auf dem dritten Faktor laden sie mit .48 bis .87. Die Ladungen der einzelnen Items auf die drei Faktoren können Tabelle B.2 im Anhang entnommen werden. Für alle drei

Faktoren lässt sich eine fast vollständige Übereinstimmung mit den von Klein et al. (1995) gefundenen Faktoren feststellen. Nur Item 41 wird nach der Faktorenanalyse dieser Studie dem dritten Faktor zugeordnet, bei Klein et al. (1995) hingegen dem zweiten Faktor.

Die Interkorrelation der drei Faktoren des DIRA zeigt Tabelle 6.4.3. Am höchsten ist die Korrelation mit .63 zwischen den Faktoren 2 (Bezeichnung: „Soziale Trinksituationen“) und 3 (Bezeichnung: „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“).

Tab. 6.4.3: *Interkorrelation der DIRA-Faktoren.*

	NEGINTRA	SOZTR	TEST
NEGINTRA	1.00		
SOZTR	.54	1.00	
TEST	.61	.63	1.00

6.5 Einschätzung der Hochrisikosituationen durch die Gesamtstichprobe

Die vorgegebenen 54 Rückfallsituationen des DIRA schätzten die befragten Patienten im Durchschnitt als „kaum gefährlich“ bis „nicht gefährlich“ ein ($M = 3.35$; $SD = 0.75$)¹². Tabelle 6.5.1 zeigt die Mittelwerte (im folgenden als Skalenwerte bezeichnet) der drei Skalen des DIRA, die sich für die Gesamtstichprobe ergaben.

Tab. 6.5.1: *Mittelwerte sowie Standardabweichungen der einzelnen Skalen für die Gesamtstichprobe.*

Skala	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Negative intrapsychische Befindlichkeit (NEGINTRA)	3.26	.68
2. Soziale Trinksituationen (SOZTR)	3.64	.48
3. Austesten der eigenen Test	3.12	.89

¹² Durch die gewählte Kodierung der vier Antwortmöglichkeiten symbolisieren in der vorliegenden Studie hohe Zahlenwerte im DIRA eine niedrige Gefährdungseinschätzung der Situationen.

Kontrollfähigkeit (TEST)

Die Items der Skala „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ wurden von der Stichprobe als am gefährlichsten für die Abstinenz eingeschätzt. Die geringste Gefährdung ging von der Skala „Soziale Trinksituationen“ aus.

Eine differenzierte Darstellung der durchschnittlichen Gefährdungseinschätzung der einzelnen Situationen, die in den 54 Items des DIRA beschrieben sind, erfolgt in Tabelle 6.5.2. Die Items sind nach aufsteigenden Mittelwerten ranggeordnet. Bei der Errechnung der Mittelwerte für die einzelnen Items wurden fehlende Werte nicht wie bei der Errechnung der Skalenwerte ersetzt, um Verzerrungen der Mittelwerte zu vermeiden. Entsprechend variiert die Anzahl der Personen, die ein Item beantwortet haben.

Tab. 6.5.2: *Durchschnittliche Gefährdungseinschätzung der 54 Hochrisikosituationen des DIRA durch die Gesamtstichprobe (Mittelwerte, Standardabweichungen, Anzahl der Probanden, die das Item beantwortet haben sowie Skala).*

Item ^a	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i> ^b	Skala
wenn ich dachte, daß ich endlich geheilt bin und mit Alkohol umgehen kann. (33)	2.70	1.23	70	TEST
wenn ich entschieden hatte, meine Willenskraft zu testen, indem ich zeigte, daß ich nach ein oder zwei Gläsern wieder aufhören kann zu trinken. (2)	2.77	1.39	56	TEST
wenn ich begann zu denken, daß ein wenig Alkohol mir nichts ausmacht. (48)	2.80	1.22	76	TEST
wenn ich mir selbst beweisen wollte, daß ich ruhig ein wenig trinken kann, ohne betrunken zu werden. (51)	2.83	1.31	72	TEST
wenn mir das Leben zum Hals heraus hing. (14)	2.88	1.09	93	NEGINTRA
wenn ich mich selbst überzeugt hatte, daß ich inzwischen eine neue Persönlichkeit bin und ruhig ein wenig Alkohol vertragen kann. (16)	2.89	1.20	62	TEST

wenn ich dachte, daß ich nicht wirklich vom Alkohol abhängig bin. (47)	2.90	1.23	79	TEST
wenn ich begann, mich frustriert zu fühlen und das Leben satt hatte. (37)	2.93	1.00	94	NEGINTRA
wenn ich mich mit meiner Selbstkontrolle über Alkohol beschäftigte und es für angemessen hielt, probeweise etwas zu trinken. (30)	2.94	1.26	70	TEST
wenn ich mich einsam fühlte. (15)	3.00	1.04	113	NEGINTRA

Fortsetzung Tab. 6.5.2

Item ^a	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i> ^b	Skala
wenn ich anfang zu denken, wie kühl und befriedigend ein alkoholisches Getränk sein wird. (18)	3.00	.92	107	TEST
wenn ich dachte, daß Alkohol kein Problem mehr für mich ist. (7)	3.01	1.16	86	TEST
wenn ich mich selbst erniedrigt fühlte. (10)	3.05	.98	104	NEGINTRA
wenn ich voller Groll und Ärger war. (22)	3.11	.87	121	NEGINTRA
wenn ich unter großem Druck stand. (29)	3.11	1.01	121	NEGINTRA
wenn ich bemerkte, daß es niemanden gab, an den ich mich wenden konnte. (9)	3.13	.90	103	NEGINTRA
wenn ich Angst hatte, daß letztlich alles schiefgehen wird. (36)	3.14	.88	110	NEGINTRA
wenn es zu Hause Zank und Streit gab. (17)	3.14	.94	114	NEGINTRA
wenn mir alles schiefging. (39)	3.15	.92	103	NEGINTRA
wenn ich mich niedergeschlagen fühlte. (1)	3.15	.89	120	NEGINTRA
wenn es zu Hause Krach gab. (52)	3.17	.89	115	NEGINTRA
wenn ich enttäuscht war, weil andere Leute mich enttäuscht hatten. (38)		3.18	.94	113 NEGINTRA
wenn ich reizbar war. (23)	3.18	.88	122	NEGINTRA
wenn nichts, was ich tat, mir richtig erschien. (31)	3.18	.94	99	NEGINTRA
wenn ich mich ungerecht bestraft fühlte. (11)	3.20	.88	100	NEGINTRA
wenn ich Angst hatte. (13)	3.22	.94	114	NEGINTRA
wenn ich mich selbst als zu verachtend empfand. (27)	3.23	.95	90	NEGINTRA

wenn ich dachte, daß ich nie meine Grenzen kennenlernen kann, wenn ich nie Alkohol probiere. (19)	3.24	1.00	80	TEST
wenn ich mich über bestimmte Ereignisse	3.25	.82	122	NEGINTRA

Fortsetzung Tab. 6.5.2

Item ^a	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i> ^b	Skala
ärgerte. (44)				
wenn ich nervös war. (43)	3.29	.85	121	NEGINTRA
wenn ich mich für etwas schuldig fühlte. (42)	3.32	.79	114	NEGINTRA
wenn ich mich von Familienangehörigen unter Druck gesetzt fühlte. (45)	3.33	.84	112	NEGINTRA
wenn ich alleine war. (34)	3.34	.92	122	NEGINTRA
wenn ich fühlte, daß niemanden interessiert, was mit mir passiert. (3)	3.38	.83	106	NEGINTRA
wenn ich mir unsicher war, ob ich die Erwartungen anderer erfüllen kann. (28)	3.42	.77	113	NEGINTRA
wenn etwas Angenehmes passiert war und mir nach Feiern zumute war. (46)	3.44	.80	122	SOZTR
wenn mich jemand kritisierte. (4)	3.50	.72	121	NEGINTRA
wenn ich mich wehren wollte. (53)	3.55	.75	117	NEGINTRA
wenn ich mich in einer Gesellschaft amüsierte und meinen Spaß noch vergrößern wollte.(50)	3.58	.84	106	SOZTR
wenn mich jemand unter Druck setzte, als guter Kamerad mitzutrinken. (41)	3.60	.75	93	SOZTR
wenn ich in Urlaub war. (12)	3.61	.72	101	SOZTR
wenn ich feiern wollte. (49)	3.65	.69	113	SOZTR
wenn andere Leute mich scheinbar nicht leiden konnten. (26)	3.66	.61	108	NEGINTRA
wenn ich mit Freunden ausging und mich gut unterhalten wollte. (20)	3.67	.60	120	SOZTR
wenn ich Alkohol angeboten bekam und mir das Ablehnen peinlich war. (25)	3.67	.65	110	SOZTR

wenn ich eingeladen war und man mir ein alkoholisches Getränk anbot. (5)	3.68	.64	116	SOZTR
wenn ich in einer Gesellschaft war, wo andere Leute tranken. (35)	3.69	.58	120	SOZTR

Fortsetzung Tab. 6.5.2

Item ^a	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i> ^b	Skala
wenn ich auf einer Party oder Gesellschaft war. (24)	3.71	.60	120	SOZTR
wenn mir jemand den Vorschlag machte, zusammen in eine Kneipe zu gehen. (32)	3.71	.63	115	SOZTR
wenn ich mit einem Freund feiern wollte. (40)	3.73	.64	113	SOZTR
wenn ich es mir mit jemandem aus meinem Freundeskreis schön machen wollte. (54)	3.73	.60	111	SOZTR
wenn ich eine Flasche meines Lieblingsgetränkes geschenkt bekam. (6)	3.73	.56	90	SOZTR
wenn ich mich mit jemandem richtig gut unterhielt. (21)	3.82	.45	121	SOZTR
wenn jemand im selben Raum trank. (8)	3.82	.41	118	SOZTR

Anmerkung. ^a Die Angaben in Klammern geben die Position des Items im DIRA an.

^b Anzahl der Patienten, die das Item beantwortet haben.

Die nach Mittelwerten erstellte Rangfolge zeigt, daß von allen Items des DIRA das Item „wenn ich dachte, daß ich endlich geheilt bin und mit Alkohol umgehen kann.“ (33) am gefährlichsten eingeschätzt wurde. Wie die Werte der einzelnen Skalen in Tabelle 6.5.1 vermuten ließen, wird der überwiegende Teil der Items mit den niedrigsten Mittelwerten, also mit einer hohen Gefährlichkeitseinschätzung, der Skala „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ zugeordnet: Die vier Items mit der höchsten Gefährlichkeits-einschätzung werden dieser Skala zugeordnet. Unter den ersten zwölf Items befinden sich neun Items dieser Skala.

Die beiden am gefährlichsten eingeschätzten Situationen der Skala „Negative intrapsychische Befindlichkeiten“ waren „wenn mir das Leben zum Hals heraus hing“ (14) und „wenn ich begann, mich frustriert zu fühlen und das Leben satt hatte“ (37). Die geringste Gefahr hingegen ging von der Situation „wenn andere Leute mich scheinbar nicht leiden konnten“ (26) aus.

Die Items, die der Skala „Soziale Trinksituationen“ zugeordnet wurden, sind am Ende der Rangfolge zu finden. In dieser Skala wurde die Situation „wenn etwas angenehmes passiert war und mir nach Feiern zumute war“ (46) als am gefährlichsten empfunden. Die geringste Gefahr aller Items dieser Skala, sowie des DIRA insgesamt, ging von den Situationen „wenn ich mich mit jemandem richtig gut unterhielt“ (21) und „wenn jemand im selben Raum trank“ (8) aus. Bei der Betrachtung dieser Rangfolge der Items des DIRA sollte berücksichtigt werden, daß die Streuung der Mittelwerte der 54 Items insgesamt gering ist.

Die einzelnen Items wurden jeweils von einer unterschiedlichen Anzahl von Patienten beantwortet. Auffällig ist, daß die Items, deren Gefährlichkeit am höchsten eingeschätzt wurden, auch am seltensten von den Patienten beantwortet wurden. So sind die Items 2, 16, 30, 51 und 48 am seltensten beantwortet worden; gleichzeitig zählen diese auch zu den Items, deren Gefährlichkeit am höchsten eingeschätzt wurde¹³.

6.6 Zusammenhang zwischen soziodemographischen Variablen und der Einschätzung der Hochrisikosituationen des DIRA

Um den statistischen Zusammenhang zwischen verschiedenen Subgruppen, die aufgrund der Variablen „Geschlecht“, „Alter“, „Partnerschaft“, „Berufliche Situation“, „Ausbildung“ sowie „Vorherige Entwöhnungsbehandlungen“ gebildet wurden, und der Einschätzung der in den drei Skalen des „DIRA“ beschriebenen Hochrisikosituationen zu überprüfen, wurden t-Tests für unabhängige Stichproben bei dem Vergleich der Skalenwerte von zwei Subgruppen sowie einfaktorielle Varianzanalysen bei dem Vergleich der Skalenwerte von mehr als zwei Subgruppen durchgeführt. Aufgrund der relativ kleinen Stichprobengröße wurden einfaktorielle Verfahren multifaktoriellen Verfahren vorgezogen. Für jede Subgruppenbildung auf der Grundlage der entsprechenden Variablen wurde für jede Skala ein t-Test bzw. eine Varianzanalyse gerechnet. Die Subgruppen wurden nach den gleichen Kriterien wie in Kap. 6.3 gebildet. Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Subgruppen in den drei Skalen

¹³ Die Schwierigkeiten der Items wurden nicht berechnet, da in der Testinstruktion darauf verwiesen wurde, daß nur die Items beantwortet werden sollten, die auch erlebt wurden. Entsprechend kann nicht zwangsläufig davon ausgegangen werden, daß seltener beantwortete Items eine höhere Schwierigkeit haben.

des DIRA sowie die Ergebnisse der t-Tests und der einfaktoriellen Varianzanalysen sind in den Tabellen 6.6.1 bis 6.6.6 dargestellt.

Tab. 6.6.1: *DIRA-Skalenwerte differenziert für Männer und Frauen sowie t-Werte.*

	Männer (N = 82)		Frauen (N = 40)		t-Wert
	M	SD	M	SD	
NEGINTRA	3.32	.64	3.13	.76	1.43 (n.s.)
SOZTR	3.63	.48	3.68	.50	-.54 (n.s.)
TEST	3.10	.92	3.17	.84	-.41 (n.s.)

Anmerkung. $p < .05$

Tabelle 6.6.1 zeigt die DIRA-Skalenwerte differenziert für Männer und Frauen sowie die t-Werte. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Einschätzung der Hochrisikosituationen war in allen drei Skalen bei den durchgeführten t-Tests statistisch nicht signifikant. Damit konnte die Hypothese, daß Männer ihre Gefährdung, in sozialen Trinksituationen rückfällig zu werden, größer einschätzen als Frauen, während Frauen ihre Gefährdung bei negativer intrapsychischer Befindlichkeit höher einschätzen, nicht bestätigt werden. Tendenziell weist ein Vergleich der Einschätzung der Männer- mit der der Frauengruppe allerdings in Richtung der formulierten Hypothesen: Männer haben höhere Werte in der Skala „Negative intrapsychische Befindlichkeiten“ und Frauen in den Skalen „Soziale Trinksituationen“ und „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“. Ein interessanter Unterschied zeigte sich zwischen Männern und Frauen bzgl. der „Rangfolge“ der drei Skalen: Die Gruppe der Frauen schätzte im Gegensatz zu der Männergruppe die Situationen der Skala „Negative intrapsychische Befindlichkeiten“ gefährlicher ein als die Situationen der Skala „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“.

Tab. 6.6.2: *DIRA-Skalenwerte der drei gebildeten Altersgruppen sowie Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse (df = 2).*

Skala	23-35jährige (N = 17)		36-50jährige (N = 74)		51-69jährige (N = 31)		F-Wert
	M	SD	M	SD	M	SD	
NEGINTRA	3.20	.64	3.17	.71	3.51	.59	2.87 (n.s.)
SOZTR	3.45	.60	3.64	.45	3.76	.48	2.39 (n.s.)

TEST	3.08	.96	3.02	.91	3.39	.77	1.97 (n.s.)
------	------	-----	------	-----	------	-----	-------------

Anmerkung. $p < .05$

Tabelle 6.6.2 zeigt die DIRA-Skalenwerte der drei gebildeten Altersgruppen sowie die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse (F-Wert). Auffällig ist, daß die Gruppe der 51-69jährigen in allen drei Skalen höhere Werte hatte als die beiden anderen Altersgruppen. Bei den durchgeführten einfaktoriellen Varianzanalysen waren diese Unterschiede statistisch nicht signifikant. Somit konnte die aufgestellte Hypothese nicht bestätigt werden.

Tab. 6.6.3: DIRA-Skalenwerte der beiden Untergruppen der Variablen „Partnerschaft“ und t-Werte.

	Feste Partnerschaft (N = 86)		keine feste Partnerschaft (N = 35)		t-Wert
	M	SD	M	SD	
NEGINTRA	3.28	.65	3.19	.78	.63 (n.s.)
SOZTR	3.67	.41	3.56	.63	1.17 (n.s.)
TEST	3.19	.82	2.93	1.03	1.71 (n.s.)

Anmerkung. $p < .05$

In Tabelle 6.6.3 sind die DIRA-Skalenwerte der beiden Untergruppen der Variablen „Partnerschaft“ und sowie die t-Werte abgebildet. Im Vergleich zu Patienten, die in einer Partnerschaft lebten, schätzten sich Patienten, die nicht in einer festen Partnerschaft lebten, in allen drei Skalen gefährdeter ein. Diese Unterschiede waren bei den durchgeführten t-Tests statistisch nicht signifikant. Die formulierte Hypothese, daß sich beide Gruppen in ihrer Einschätzung unterscheiden, konnte somit nicht bestätigt werden.

Tab. 6.6.4: DIRA-Skalenwerte der vier nach der Variablen „Berufliche Situation“ gebildeten Gruppen sowie Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse ($df = 3$).

Skala	Berufstätige (N = 96)		Arbeitslose (N = 8)		Hausfrauen (N = 8)		Rentner (N = 10)		F-Wert
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
NEGINTRA	3.33	.66	2.81	.82	3.18	.60	3.02	.75	1.97 (n.s.)
SOZTR	3.65	.44	3.67	.58	3.76	.36	3.45	.83	.73 (n.s.)
TEST	3.12	.90	3.14	.76	3.66	.50	2.71	1.01	1.69 (n.s.)

Anmerkung. $p < .05$

Tabelle 6.6.4 zeigt die DIRA-Skalenwerte der vier nach der Variablen „Berufliche Situation“ gebildeten Gruppen sowie Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse (F-Werte). In allen drei Skalen erwiesen sich die Unterschiede zwischen den gebildeten vier Gruppen bei den durchgeführten einfaktoriellen Varianzanalysen als statistisch nicht signifikant. Die formulierte Hypothese konnte somit nicht bestätigt werden. Deskriptiv fällt in der Skala „Negative intrapsychische Befindlichkeiten“ eine vergleichsweise hohe Einschätzung der Rückfallgefährdung durch die Gruppe der Arbeitslosen auf. Bei den Skalen „Soziale Trinksituationen“ und „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ hingegen zeigt sich eine im Vergleich zu den anderen Gruppen hohe Einschätzung der Rückfallgefährdung durch die Gruppe der Rentner.

Tab. 6.6.5: DIRA-Skalenwerte der vier auf Basis der Variablen „Ausbildung“ gebildeten Gruppen sowie Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse ($df = 4$).

	ohne Abschluß ($N = 6$) <i>M</i> <i>SD</i>	Haupt- schule ($N = 45$) <i>M</i> <i>SD</i>	Realschule/ Handels- schule ($N = 24$) <i>M</i> <i>SD</i>	Gymnasium/ Fachober- schule ($N = 22$) <i>M</i> <i>SD</i>	Universität/ Fachhoch- schule ($N = 24$) <i>M</i> <i>SD</i>	F-Wert
NEGINTRA	3.30 .60	3.34 .66	3.19 .70	3.13 .77	3.28 .68	.39 (n.s.)
SOZTR	3.65 .33	3.64 .48	3.65 .43	3.64 .47	3.64 .83	.00 (n.s.)
TEST	2.82 .99	3.06 .99	3.15 .82	3.18 .86	3.22 .83	.33 (n.s.)

Anmerkung. $p < .05$

In Tabelle 6.6.5 sind die DIRA-Skalenwerte der vier auf Basis der Variablen „Ausbildung“ gebildeten Gruppen sowie Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse (F-Werte) abgebildet. Die Einschätzung der gebildeten Gruppen unterschied sich in der einfaktoriellen Varianzanalyse in allen drei Skalen statistisch nicht signifikant. Somit konnte die aufgestellte Hypothese nicht bestätigt werden.

Tab. 6.6.6: DIRA Skalenwerte der auf Basis der Variablen „Vorherige Entwöhnungsbehandlungen“ gebildeten Gruppen sowie t-Werte.

	Vorherige Ent- wöhnungsbe- handlung ($N = 30$) <i>M</i> <i>SD</i>	Keine vorherige Entwöhnungsbe- handlung ($N = 92$) <i>M</i> <i>SD</i>	t-Wert

NEGINTRA	3.05	.75	3.33	.65	2.00*
SOZTR	3.49	.61	3.69	.43	1.69 (n.s.)
TEST	2.88	.98	3.20	.85	1.71 (n.s.)

Anmerkung. * $p < .05$

In Tabelle 6.6.6 sind die DIRA-Skalenwerte der auf Basis der Variablen „Vorherige Entwöhnungsbehandlungen“ gebildeten Gruppen sowie die t-Werte dargestellt. Patienten, die bereits an Entwöhnungsbehandlungen teilgenommen hatten, schätzten in allen drei Skalen ihre Rückfallgefährdung höher ein als Patienten, die zum erstenmal eine Entwöhnungsbehandlung gemacht hatten. Dieser Unterschied war für die Skala „Negative intrapsychische Befindlichkeiten“ bei dem durchgeführten t-Test signifikant, in den Skalen „Soziale Trinksituationen“ und „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ waren diese Unterschiede hingegen statistisch nicht signifikant. Die formulierte Hypothese, daß zwischen beiden Gruppen Unterschiede in der Einschätzung bestehen, konnte somit nur für die Skala „Negative intrapsychische Befindlichkeiten“ bestätigt werden.

6.7 Zusammenhang zwischen Einschätzung der Hochrisikosituationen und Rückfälligkeit im Katamnesezeitraum

Inwieweit sich Patienten, die nach der Therapie rückfällig geworden sind und Patienten, die in diesem Zeitraum abstinent geblieben sind, in ihrer Einschätzung der im DIRA beschriebenen Hochrisikosituationen unterschieden, wurde anhand von t-Tests für unabhängige Stichproben überprüft. Eine Gegenüberstellung der Skalenwerte der Gruppe der Rückfälligen und der Gruppe der Abstinente sowie die t-Werte sind in Tabelle 6.7.1 abgebildet.

Tab. 6.7.1: *Mittelwerte und Standardabweichung der Rückfälligen und Abstinente in den drei Skalen des DIRA sowie t-Werte.*

Skalen	Rückfällige ($N = 25$)		Abstinente ($N = 86$)		t-Wert
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
NEGINTRA	2.64	.74	3.42	.58	5.58*
SOZTR	3.33	.73	3.73	.33	2.67*
TEST	2.42	.93	3.27	.81	4.46*

Anmerkung. * $p < .05$

Die Gruppe der Rückfälligen hatte in allen drei Skalen niedrigere Werte als die Gruppe der Abstinenten. Bei den durchgeführten t-Tests erwiesen sich diese Differenzen in allen drei Skalen als statistisch signifikant. Die Hypothese, daß sich Patienten, die nach der Therapie rückfällig geworden sind, in den beschriebenen Situationen als rückfallgefährdeter einschätzen, wurde somit bestätigt.

Bei einem Vergleich der Einschätzung der einzelnen Items des DIRA zeigt sich, daß Rückfällige die Gefahr, in den beschriebenen Situationen rückfällig zu werden, in den 54 Items höher einschätzten als Abstinente. Auch in der Rangfolge der Gefährlichkeitseinschätzung der einzelnen Situationen zeigen sich Unterschiede zwischen beiden Gruppen (vgl. Tab. B.3 und Tab. B.4 im Anhang). So steht z. B. das Item „wenn ich mich einsam fühle“ in der Gruppe der Rückfälligen an zweiter Stelle der Rangliste, in der Gruppe der Abstinenten hingegen erst an dreizehnter. Die Situation „wenn ich mich niedergeschlagen fühle“ stand in der Gruppe der Rückfälligen an sechster Stelle, bei abstinenten Patienten erst an 21. Bei beiden Items handelt es sich um Items der Skala „Negative intrapsychische Befindlichkeiten“. Die Situation, der Abstinente die zweithöchste Gefahr zugeschrieben haben, „wenn ich begann zu denken, daß ein wenig Alkohol mir nichts ausmacht“, stand bei der Gruppe der Rückfälligen erst an zehnter Stelle. Die Situation „wenn ich mir selbst beweisen wollte, daß ich ruhig ein wenig trinken kann, ohne betrunken zu werden“ war die einzige, die bei beiden Gruppen zu den fünf gefährlichsten Situationen zählten.

6.8 Zusammenhang zwischen TAI- Skalen und den Skalen des DIRA

Anhand der Methode der multiplen Regression wurde der Einfluß der TAI-Staninewerte auf die Skalenwerte der drei Skalen des DIRA getestet. Als abhängige Variablen wurden die Skalenwerte der drei DIRA-Skalen jeweils einzeln getestet, da sie durch die Faktorenstruktur des DIRA als unabhängig voneinander betrachtet werden können. Die fünf Skalen des TAI gingen gemeinsam als unabhängige Variablen in die Multiple Regression ein. Als Methode wurde die Einschlußmethode (Enter) gewählt, bei der alle unabhängigen Variablen in einem Schritt in die Regressionsgleichung eingehen. Es ging die Gesamtstichprobe von 122 Personen in die Regressionen ein.

Um die Voraussetzungen für die Anwendung einer multiplen linearen Regression zu überprüfen, wurden verschiedene statistische Verfahren eingesetzt. Der Durbin-Watson-Koeffizient wurde berechnet, um die Autokorrelation der Residualwerte zu überprüfen, da bei Autokorrelation der Residuen die Signifikanztests fehlerbehaftet sein können. Nach Brosius & Brosius (1995) sollten bei der Anwendung der multiplen linearen Regression die Werte des Durbin-Watson-Koeffizienten zwischen 1.5 und 2.5 liegen. Dieses Kriterium war bei den drei durchgeführten Regressionsanalysen erfüllt. Darüber hinaus wurde eine Kollinearitätsdiagnose durchgeführt, um die Abhängigkeit der in die Regressionsgleichung eingegangenen unabhängigen Variablen untereinander zu bestimmen. Für alle gerechneten Regressionsanalysen bestand kein Grund zur Annahme starker Kollinearität (als Kriterium wurde eine Toleranz von $< .01$ und ein Konditionsindex von < 30 herangezogen).

Es zeigte sich, daß bei allen drei multiplen Regressionen der F-Test nicht signifikant war. Die Varianzaufklärung war so gering, daß davon ausgegangen werden kann, daß es keinen linearen Zusammenhang zwischen den TAI-Staninewerten der Skalen 1 bis 5 und der Einschätzung der Hochrisikosituationen im DIRA gibt. Aufgrund dieser geringen Varianzaufklärung wird auf die Stärke der Einflüsse der TAI-Staninewerte auf die einzelnen Skalen des DIRA nicht weiter eingegangen. Die detaillierten Ergebnisse der Multiplen Regression sind im Anhang abgebildet (Tab. B.5, Tab. B.6 & Tab. B.7).

7 DISKUSSION

Ziel der vorliegenden Studie war es, die Einschätzungen der Rückfallgefährdung in Hochrisikosituationen durch Alkoholabhängige nach einer stationären Therapie zu untersuchen. Besonderes Interesse galt dabei dem Zusammenhang zwischen soziodemographischen sowie suchtspezifischen Variablen und der Einschätzung der Hochrisikosituationen. Des Weiteren wurden in diesem Kontext die Rückfallhäufigkeiten in den verschiedenen aufgrund der soziodemographischen Variablen gebildeten Subgruppen untersucht.

Bevor die Ergebnisse bzgl. der interessierenden Fragestellungen diskutiert werden, sollen Selektionsprozesse bei der Gewinnung der Stichprobe, die zu einer Einschränkung der Ergebnisse dieser Studie beitragen, hervorgehoben werden: Wie in Kap. 5.2 beschrieben wurde, handelt es sich bei den Patienten der Fachklinik Bad Tönisstein insgesamt um ein ausgesprochen

selektiertes Klientel. Probleme wie z. B. Arbeitslosigkeit oder Obdachlosigkeit sind für dieses Klientel nur von geringer Relevanz. Durch diese spezifische Zusammensetzung der Stichprobe der vorliegenden Untersuchung ist eine Übertragung der Studienergebnisse auf Patienten anderer Kliniken nur bedingt möglich.

Mit 50 Prozent liegt die Rücklaufquote der vorliegenden Studie im Vergleich zu Rücklaufquoten katamnestischer Untersuchungen anderer Studien im mittleren Bereich (vgl. Kap. 2.2). Bei einem Vergleich mit dem durchschnittlich erzielten Rücklauf von 60 Prozent (Mitteilung B. Schneider vom 12. 12. 1996) bei regelmäßig durchgeführten Katamnesen der Fachklinik Bad Tönisstein stellt sich die Rücklaufquote der vorliegenden Studie allerdings als unterdurchschnittlich dar. Die vergleichsweise geringere Teilnahmebereitschaft der Patienten in dieser Studie kann u. a. auf den größeren Umfang des Fragebogenpaketes zurückgeführt werden - insgesamt umfaßten die drei versendeten Fragebögen mehr als 100 Items. Anzunehmen ist weiterhin, daß die ungewöhnliche Form des Coping-Index, der in der parallelen Studie von Friedmann (1997) eingesetzt wurde, von den Patienten erforderte, sich intensiver mit diesem Instrument auseinanderzusetzen. Dies hat die Bereitschaft der Patienten an der Katamnese teilzunehmen eventuell zusätzlich gesenkt. Die niedrigere Rücklaufquote der Frauen im Vergleich zu der der Männer in der vorliegenden Studie korrespondiert mit den Ergebnissen von Funke (1996). Bei einer Rücklaufquote von 50 Prozent sind die Untersuchungsergebnisse auch für das Klientel der Fachklinik Bad Tönisstein nur begrenzt repräsentativ. Wie in Kapitel 2.2 aufgezeigt wurde, weisen die Ergebnisse verschiedener Studien darauf hin, daß sich Patienten, die nicht an Katamnesen teilnehmen, in einigen Charakteristika von den antwortenden Patienten unterscheiden.

Hinsichtlich des Trinkverhaltens im Katamnesezeitraums zeigte sich, daß mit 77.5 Prozent der Anteil der Patienten, die angeben, seit Therapieende abstinent gelebt zu haben, vergleichsweise hoch ist (vgl. Kap. 2.3). Auffällig ist weiterhin der geringe Anteil von nur 3.6 Prozent der Patienten, die wieder in das alte Suchtverhalten zurückgefallen sind. Bei einem Vergleich dieser Rückfallquoten mit den Ergebnissen anderer Studien muß allerdings zum einen berücksichtigt werden, daß der Katamnesezeitraum mit vier bis sechs Monaten nach Beendigung der stationären Therapie vergleichsweise kurz war, zum anderen, daß die Patienten der Fachklinik Bad Tönisstein i. d. R. nach der Therapie wesentlich günstigere Bedingungen für die Rehabilitation vorfinden als dies z. B. bei einem Großteil der Patienten der Landeskliniken der Fall ist.

Weiterhin gilt zu beachten, daß sich die beschriebenen Werte nur auf jene Patienten beziehen, die an der Studie teilgenommen haben - die Berechnung erfolgte also nach liberaler Methode. Es kann davon ausgegangen werden, daß die „tatsächliche“ Rückfallrate zwischen der liberalen Berechnung von 22.5 Prozent und der konservativen Schätzung von 70.1 Prozent liegt. Auch wenn der Anteil Rückfälliger unter den „Nichtantwortern“ vermutlich höher ist als bei den Personen, die an der Katamnese teilgenommen haben, darf nicht zwingend davon ausgegangen werden, daß alle Patienten, die nicht an der Katamnese teilgenommen haben, rückfällig geworden sind. (vgl. Kapitel 2.2).

Wendet man sich nun den Ergebnissen zur interessierenden Fragestellung bzgl. der Rückfallhäufigkeiten der gebildeten Subgruppen zu, so zeigt sich, daß sich nur jene Untergruppen, die aufgrund der Variablen „Berufliche Situation“ gebildet wurden, statistisch signifikant hinsichtlich der Abstinenz- bzw. Rückfallraten unterscheiden. Dieser signifikante Einfluß kann auf den hohen Anteil der Rentner (70 Prozent), die im Katamnesezeitraum rückfällig geworden sind, zurückgeführt werden. Wenngleich die Gründe für diese hohe Rückfallrate in dieser Patientengruppe nicht weiter hinterfragt werden konnten und dies auch nicht Ziel der vorliegenden Untersuchung war, so ist es sicherlich sinnvoll, sich in Folgestudien dieser Frage weiter zu widmen. Als möglicher rückfallbegünstigender Faktor kann in Erwägung gezogen werden, daß Rentner bei der Trennung von der Arbeitswelt einen wichtigen Teil ihrer bisherigen Lebensaufgabe und damit einen großen Teil ihrer Identität verlieren (Hesse & Schrader, 1988). Erstaunlicherweise war die geringste Rückfallquote in der Gruppe der Arbeitslosen zu beobachten. Dieser Befund steht im Gegensatz zu den in Kap. 3.4 beschriebenen Studienergebnissen von Süß (1988) sowie von Waldow und Klink (1986). Bzgl. der Variablen „Geschlecht“, „Alter“, „Partnerschaft“ sowie „Ausbildung“ unterschieden sich die gebildeten Subgruppen in dieser Studie nicht signifikant. Auch die Unterschiede zwischen Patienten, die bereits an einer Entwöhnungsbehandlung teilgenommen hatten, und Patienten, die in der Fachklinik Bad Tönisstein eine solche zum erstenmal machten, waren statistisch nicht signifikant. Die Hypothesen konnten hier also nicht bestätigt werden.

Bei dem Vergleich der Rückfallhäufigkeiten verschiedener Subgruppen waren der Auswertung der Daten durch die relativ kleine Stichprobe Grenzen gesetzt: So konnten die Unterschiede zwischen den gebildeten Subgruppen nicht für Männer und Frauen getrennt auf statistische

Signifikanz überprüft werden. Gegenläufige Tendenzen wie sie z. B. bei der Variablen „Alter“ für Männer und Frauen vorlagen, wurden bei der Überprüfung der Unterschiede innerhalb der Gesamtstichprobe herausgemittelt. Weiterhin ist die in dieser Studie verwandte klassische Therapieeffektmessung im Sinne dichotomer Abstinenzkategorien nicht unproblematisch. Das Zusammenfassen von Patienten, die einmal kurzfristig rückfällig wurden, bis zu Patienten, die wieder in ihr altes Suchtverhalten zurückgefallen sind, in einer Kategorie wird sicher nicht den kontinuierlichen Abstufungen zwischen einzelnen Patienten, die im Katamnesezeitraum Alkohol konsumiert haben, gerecht. Aufgrund der geringen Stichprobengröße war es in dieser Studie allerdings nicht möglich, der bestehenden Vielfalt des Trinkverhaltens im Katamnesezeitraum durch die Bildung einer größeren Anzahl von Kategorien gerecht zu werden.

In diesem Zusammenhang soll auch erwähnt werden, daß sich die äußere Gestaltung des „Fragebogens zu Lebenssituation und Rückfall“ als problematisch herausgestellt hat. So ist die Ursache dafür, daß 11 der 122 in der Auswertung berücksichtigten Patienten keine Angaben über ihr Trinkverhalten im Katamnesezeitraum machten, wahrscheinlich in der Gestaltung des Fragebogens zu sehen. Auch wenn die Möglichkeit nicht außer acht gelassen werden sollte, daß jene Patienten die Frage über ihr Trinkverhalten im Katamnesezeitraum nicht beantwortet haben, weil sie darüber keine Auskunft geben wollten, ist zu vermuten, daß die Frage übersehen wurde, da nicht ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, daß sich auf der Rückseite des Fragebogens noch eine weitere Frage befindet. Sollte der „Fragebogen zu Lebenssituation und Rückfall“ noch einmal eingesetzt werden, wäre es sinnvoll, diese Gestaltung abzuändern.

Neben den Ergebnissen zu Rückfall bzw. Abstinenz zeigen sich auch im Hinblick auf die Einschätzung der Rückfallgefährdung interessante Ergebnisse. Der Interpretation der inhaltlichen Ergebnisse sei eine Diskussion hinsichtlich des Instrumentes vorangestellt: Als problematisch bei der Auswertung des DIRA erwies sich ein großer Anteil von Missingwerten. Aufgrund von mehr als 50 Prozent Missingwerten konnten die Fragebögen von 20 Patienten, die an der Katamnese teilgenommen haben, nicht in die Auswertung eingehen, was zu einer weiteren Selektion der Stichprobe führte. Auch bei einem großen Teil der Fragebögen, die in die Auswertung einbezogen wurden, war der Anteil der unbeantworteten Items erheblich. Um die Auswertung der Daten zu ermöglichen, wurde bei den nicht beantworteten Items der individuelle Mittelwert des Probanden eingesetzt, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben kann.

Zurückgeführt werden könnte der große Anteil unbeantworteter Items zum einen auf die Instruktion, in der darauf hingewiesen wird, daß nur die Items zu beantworten seien, die seit Ende der Entwöhnungsbehandlung auch *erlebt* wurden. Entsprechend kann davon ausgegangen werden, daß ein Teil der Items nicht beantwortet wurde, weil die darin beschriebenen Situationen in der recht kurzen Zeit von vier bis sechs Monaten zwischen Therapieende und der Katamnese tatsächlich noch nicht erlebt wurden. Da zum Teil auch Items nicht beantwortet wurden, die im Alltag häufig vorkommen, ist der Einfluß weiterer Faktoren zu vermuten: In Erwägung zu ziehen ist, daß durch die Länge und die komplexe Formulierung einiger Items deren Verständnis erschwert wurde. Unterstützt wird diese Annahme dadurch, daß die drei im Fragebogen dreizeiligen Items 2, 16, 30 besonders selten beantwortet wurden.

Bei der angewandten Instruktion bleibt unklar, ob ein Item nicht beantwortet wurde, weil der Proband eine Situation noch nicht erlebt hat, oder ob das Item aus einem anderen Grund ausgelassen wurde. Daher sollte die Instruktion in der Testanweisung, daß nur jene Items zu beantworten seien, die der Proband schon erlebt hat, eventuell überdacht werden. Möglich wäre das Hinzufügen der Antwortkategorie „nicht erlebt“. Denkbar wäre auch, die Instruktion dahingehend zu ändern, daß die Probanden instruiert werden, sich in jene Situationen, die sie noch nicht erlebt haben, hineinzusetzen und sich vorzustellen wie gefährlich eine solche Situation für sie wäre. Die Untersuchung von Friedmann (1997) zeigte allerdings, daß ein relativ großer Anteil der Patienten bei dem „Coping-Index“, der die Instruktion enthielt, sich jene Situationen vorzustellen, die die Patienten noch nicht erlebt hatten, die Antworten verweigerten mit der Begründung, sie seien nicht in der Lage, sich die beschriebenen Situationen vorzustellen. Weiterhin sollten die Formulierungen einiger Items überdacht werden, um das Verständnis dieser Items zu erleichtern.

Die Replikation der Faktorenstruktur des DIRA von Klein et al. (1995) weist darauf hin, daß die drei Faktoren des Instrumentes als stabil angesehen werden können. Die große Anzahl der Items, die auf den ersten Faktor (Bezeichnung: „Negative intrapsychische Befindlichkeit“) laden, könnte ein Hinweis auf einen übergeordneten globalen Faktor sein. Die Interkorrelation der drei Faktoren ist insgesamt als im mittleren Bereich liegend einzuschätzen. Die im Vergleich zu der Studie von Klein et al. (1995) relativ hohe Interkorrelation der Faktoren ist vermutlich zum Teil auf die gewählte Methode, die Missingwerte durch den individuellen Mittelwert zu ersetzen,

zurückzuführen. Eventuell wäre das Ersetzen der fehlenden Werte durch den individuellen Mittelwert der einzelnen Skalen das angemessenere Verfahren gewesen.

Inhaltlich zeigt sich bei der Einschätzung der Hochrisikosituationen folgendes Bild: Die im DIRA beschriebenen Situationen wurden von der Gesamtstichprobe durchschnittlich als „kaum gefährlich“ bis „nicht gefährlich“ eingeschätzt (vgl. Kap 6.5). Tendenziell stimmen diese Ergebnisse mit den Befunden von Klein et al. (1995) sowie mit den Ergebnissen von Bürke (1992) in einer prospektiven Studie bei Therapieende überein. In beiden genannten Studien lag die Gefährdungseinschätzung allerdings etwas höher als in der vorliegenden Untersuchung. Die allgemein geringe Einschätzung der Rückfallgefahr in den beschriebenen Situationen durch die Gesamtstichprobe kann als Bestätigung der Annahme von Körkel (1991) gesehen werden, daß Alkoholabhängige eine Rückfallgefährdung nach einer Therapie oft pauschal zurückweisen. Die eigene Rückfälligkeit nach der Therapie ist für die Betroffenen tabuisiert und eine Auseinandersetzung mit diesem Thema wird somit weitestgehend vermieden. Diese Annahme deckt sich auch mit Ergebnissen von John (1990). Er zeigte, daß bei entzugsbehandelten Alkoholabhängigen als Ausdruck von Abwehr der als bedrohlich erlebten Realität in hohem Maße Verleugnungs- und Bagatellisierungstendenzen zu finden sind.

Ein Vergleich der drei DIRA-Skalen hinsichtlich der Gefährdungseinschätzung der Items durch die Gesamtstichprobe zeigt, daß die Situationen der Skala „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ am gefährlichsten und die Situationen der Skala „Soziale Trinksituationen“ am wenigsten gefährlich eingeschätzt wurden. Diese Ergebnisse korrespondieren mit der Untersuchung von Klein et al. (1995). In der vorliegenden Studie waren die Unterschiede zwischen den einzelnen Skalen jedoch nur gering: Für alle drei Skalen lag die durchschnittliche Einschätzung im Bereich zwischen „kaum gefährlich“ und „nicht gefährlich“.

Die in Relation zu den anderen beiden Skalen hohe Einschätzung der Items der Skala „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ läßt verschiedene Schlüsse zu: Wie in der Mehrzahl der Entwöhnungseinrichtungen in Deutschland allgemein, ist in der Fachklinik Bad Tönisstein die totale Abstinenz das übergreifende Therapieziel. Mit diesem Therapieziel einher geht die Annahme, daß der Versuch, kontrolliert zu trinken, eine große Rückfallgefahr birgt. Entsprechend läßt sich die im Vergleich zu den anderen beiden Skalen des DIRA hohe

Gefährdungseinschätzung der Items der Skala „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ interpretieren als hohe Compliance der Patienten an das Therapiekonzept. Da während der Therapie in Bad Tönisstein eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Frage der eigenen Kontrollmöglichkeit stattfindet, kann davon ausgegangen werden, daß Patienten sich mit diesen Situationen schon intensiver beschäftigt haben als mit den in den Skalen „Negative intrapsychische Befindlichkeiten“ und „Soziale Trinksituationen“ beschriebenen Situationen und sich daher der Gefährlichkeit dieser Situationen eher bewußt sind. Während es sich bei den Items der Skala „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ um Situationen handelt, denen ein kognitiver Prozeß vorausgegangen ist, der die Verpflichtung zur Abstinenz in Frage stellt (vgl. Veltrup, 1995) und bei dem sich die Einstellung gegenüber dem Konsum ändert, handelt es sich bei sozialen Trinksituationen oft um spontan entstehende Situationen. Die geringe Gefährdungseinschätzung der Situationen der Skala „Soziale Trinksituationen“ könnte des Weiteren mit der spezifischen Stichprobe in dieser Studie zusammenhängen. So könnte angenommen werden, daß die Patienten ein soziales Umfeld haben, in dem zwar Alkohol konsumiert, ein erhöhter Konsum aber nicht die Regel ist. Dieser Umstand könnte bedeutsam dazu beitragen, daß von den beschriebenen Situationen dieser Skala die geringste Bedrohung ausgeht.

Unterscheiden sich verschiedene Subgruppen nun in der Einschätzung der im DIRA beschriebenen Situationen? Die signifikant höhere Einschätzung der Gefährlichkeit der Situationen in allen drei Skalen durch die Gruppe der Rückfälligen bestätigte die Hypothese (vgl. Kap. 6.6). Aus diesem Ergebnis kann allerdings nicht zwangsläufig auf einen kausalen Zusammenhang geschlossen werden in dem Sinne, daß Rückfällige in der Vergangenheit in diesen Situationen auch gefährdeter waren. Durch die Methode der retrospektiven Befragung bleibt ungeklärt, inwieweit ein erlebter Rückfall oder erfolgreiche Abstinenz die Antworten zu den erfragten Situationen beeinflußt haben. Möglich wäre, daß Patienten, die im Katamnesezeitraum einen Rückfall erlebt haben, durch eine höhere Einschätzung der Gefährlichkeit der beschriebenen Situationen eine Erklärung für die Rückfälligkeit heranziehen, um somit kognitive Dissonanz (vgl. Frey & Gaska, 1993) zu vermeiden. Wie bei dem Vergleich der Rückfallhäufigkeiten verschiedener Subgruppen ist auch bei der hier diskutierten Fragestellung die Verwendung dichotomer Abstinenzkategorien als problematisch anzusehen.

Neben dem signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe der Rückfälligen und der der Abstinenten, erwies sich auch der Unterschied zwischen den beiden Gruppen, die aufgrund der Variablen „Vorherige Entwöhnungsbehandlungen“ gebildet wurden, für die Skala „Negative intrapsychische Befindlichkeiten“ als statistisch signifikant. Patienten, die bereits an einer Entwöhnungsbehandlung teilgenommen hatten, schätzten sich hier gefährdeter ein als Patienten, die in Bad Tönisstein erstmalig an einer solchen Therapie teilnahmen. Tendenziell - wenn auch nicht signifikant - war eine höhere Gefährdungseinschätzung auch in den beiden anderen Skalen zu erkennen. Erklärt werden könnte dieser Befund damit, daß Patienten, die zum wiederholten Male eine Entwöhnungsbehandlung aufsuchen, mit der eigenen Rückfälligkeit nach einer Therapie bereits konfrontiert worden sind und sich durch diese Erfahrung schon intensiver mit dieser Thematik auseinandergesetzt haben. Da diese Patienten bereits die Erfahrung gemacht haben, daß sie ihre Absicht, abstinente zu leben, nicht verwirklichen konnten, halten sie es auch für wahrscheinlicher, daß sich dies wiederholt und sie erneut rückfällig werden.

Hinsichtlich der unterscheidenden Variable „Geschlecht“ zeigte sich folgendes: Die Unterschiede in der Einschätzung der Hochrisikosituationen zwischen Männern und Frauen wiesen zwar in Richtung der formulierten Hypothesen - Männer fühlten sich in sozialen Trinksituationen gefährdeter als Frauen, Frauen schätzten sich in den Situationen, die in der Skala „Negative intrapsychische Befindlichkeiten“ beschrieben wurden, rückfallgefährdeter ein als Männer - diese Unterschiede waren allerdings statistisch nicht signifikant. Auch die Subgruppen, die aufgrund der soziodemographischen Variablen „Alter“, „Partnerschaft“, „Berufliche Situation“ und „Ausbildung“ gebildet wurden, unterschieden sich nicht statistisch signifikant in der Einschätzung der Hochrisikosituationen. Die formulierten Hypothesen konnten hier also nicht bestätigt werden. Wünschenswert wäre eine Überprüfung dieser Ergebnisse an einer größeren Stichprobe, die den Einsatz von mehrfaktoriellen Verfahren ermöglicht. Im Gegensatz zu den in dieser Studie eingesetzten einfaktoriellen Verfahren, die aufgrund der relativ kleinen Stichprobe ausgewählt werden mußten, ergäbe sich z. B. durch das Verfahren der mehrfaktoriellen Varianzanalyse die Möglichkeit Effekte zu prüfen, die sich aus der Kombination mehrerer unabhängiger Variablen ergeben.

Neben Unterschieden hinsichtlich der bereits diskutierten Variablen interessierte in dieser Studie auch die Frage des Zusammenhangs zwischen zu Beginn der Therapie ermittelten TAI-

Staninewerten der Skalen 1 bis 5 und der Einschätzung der Hochrisikosituationen. Anhand der Methode der linearen Regression konnte ein linearer Zusammenhang zwischen den TAI-Staninewerten der Skalen eins bis fünf und den einzelnen DIRA-Skalenwerten nicht gefunden werden. Wie läßt sich dieses Ergebnis erklären? Es ist möglich, daß dieser Befund u.a. auf die unterschiedlichen Zeitpunkte der Erhebung des TAI (zu Beginn der Therapie) und des DIRA (vier bis sechs Monate nach Beendigung der Therapie) zurückgeführt werden. Aufgrund der Befunde im TAI hat während der Therapie eine differentielle Intervention stattgefunden. Unterschiede zwischen den Patienten, die zu Beginn der Therapie in den Ergebnissen des TAI zum Ausdruck kamen, verringerten sich somit. Zu prüfen wäre, ob eine suchtspezifische Diagnostik am Ende der Therapie eventuell größere Zusammenhänge mit der Einschätzung der Rückfallgefährdung aufzeigen würde.

Es wäre sicherlich interessant, den Zusammenhang zwischen weiteren Variablen, die in dieser Studie nicht untersucht werden konnten, und der Einschätzung der Hochrisikosituationen im DIRA zu überprüfen. In Erwägung zu ziehen sind hier z. B. Konstrukte wie die der Selbstwirksamkeitserwartungen und der Alkoholwirkungserwartungen sowie Faktoren wie die individuelle Trinkgeschichte. Zum Zusammenhang zwischen habituellen Coping-Strategien, wie sie mit dem Coping-Index erfaßt werden, und der Einschätzung der Hochrisikosituationen im DIRA sei verwiesen auf die parallel durchgeführte Studie von Friedmann (1997).

Abschließend soll das Untersuchungsdesign der vorliegenden Studie kritisch hinterfragt werden. Da es sich um eine Querschnittsstudie handelt, kann die Frage, inwieweit es in den Situationen, die von den Patienten als gefährlich eingeschätzt wurden, tatsächlich vermehrt zu Rückfällen kommt, mit dieser Studie nicht beantwortet werden. Ebenso bleibt ungeklärt, ob Patienten mit hohen oder mit niedrigen Werten in den drei Skalen des DIRA eher rückfällig werden. Es liegt die Vermutung nahe, daß sowohl Patienten, die ihre Gefährdung besonders hoch einschätzten als auch Patienten, die diese besonders niedrig einschätzten, häufiger rückfällig werden als Patienten mit einer mittleren Gefährdungseinschätzung (Klein et al., 1995): Zu erwarten wäre, daß eine hohe Gefährdungseinschätzung mit einer geringen Kompetenzerwartung einhergeht. Daß Personen mit einer geringen Kompetenzerwartung eher rückfällig werden, wurde in verschiedenen Studien bestätigt (vgl. z. B. Burling et al., 1989; Jonas & Eder-Jonas 1995; Solomon & Annis, 1990). Bei Patienten, die sich nicht für gefährdet halten, könnte aufgrund

nachlassender kognitiver Wachsamkeit gleichermaßen eine erhöhte Rückfallgefahr vermutet werden.

Für die Bewertung des Zusammenhangs der dargestellten Ergebnisse mit einem tatsächlich auftretenden Rückfall sind längsschnittlich angelegte Studien notwendig. Anhand einer Katamnese der vorliegenden Studie könnte festgestellt werden, in welchen Situationen Patienten, die bei dieser Untersuchung abstinent waren, zu einem späteren Zeitpunkt tatsächlich rückfällig werden und wie gefährlich diese Situationen während des abstinenten Zustandes eingeschätzt wurden. Sollte sich ein Zusammenhang zwischen der Gefährdungseinschätzung der Situationen und einem tatsächlich auftretendem Rückfall erkennen lassen, könnte die systematische Berücksichtigung von Hochrisikosituationen bereits während der Therapie oder nach einer stationären Behandlung im Rahmen der professionellen ambulanten Nachsorge und die Thematisierung gemeinsam mit dem Klienten ein wichtiger Schritt in der Weiterentwicklung der Rückfallprophylaxe sein.

LITERATURVERZEICHNIS

- Annis, H. M. (1980). Treatment of Alcoholic Women. In G. Edwards & M. Grant (Eds.), *Alcoholism Treatment in Transition* (pp. 128-139). London: Croom Helm.
- Annis, H. M. (1982a). *Inventory of Drinking Situations*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H. M. (1982b). *Cognitive Appraisal Questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H. M. (1982c). *Situational Confidence Questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H. M. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors. Processes of change* (pp. 407-434). New York: Plenum.

- Annis, H. M. & Davis, C. S. (1988). Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial. In T. B. Baker & D. S. Cannon (Eds.), *Assessment and treatment of addictive disorders* (pp. 88-112). New York: Praeger.
- Annis, H. M. & Davis, C. S. (1988). *Situational Confidence Questionnaire (SCQ-39). Users' Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H., Graham, J. M. & Davis, C. S. (1987). *Inventory of drinking situations (IDS) user's guide*. Toronto: Alcoholism and drug research foundation.
- Appelt, H. (1982). Partnerbeziehungen alkoholkranker Frauen. *Partnerbeziehung*, 19, 112-123.
- Armor, D., Polich, J. & Stambul, H. (1976). *Alcoholism and treatment*. Santa Monica: Rand Corporation.
- Babor, T. F., Stephens, R. S. & Marlatt, G. A. (1987). Verbal report methods in clinical research on alcoholism: Response Bias and its Minimization. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 410-424.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- 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.
- Bortz, J. (1989). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. (3. vollst. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Brodd, W. & Schimm, A. (1986). *Rückfall bei Alkoholabhängigen. Empirische Rückfallanalyse und Vergleich von rückfälligen und nichtrückfälligen Alkoholabhängigen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Münster

- Bromet, E. & Moos, R. H. (1977). Environmental resources and the posttreatment functioning of alcoholic patients. *Journal of Health and Social Behaviour*, 18, 326-338.
- Bronisch, T. & Wittchen, H.-U. (1992). Lifetime and 6-month prevalence of abuse and dependence of alcohol in the Munich Follow-up Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 273-282.
- Brosius, G. & Brosius, F. (1995). *SPSS Base System und Professional Statistics*. Bonn: International Thomson Publishing.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E. & Wilson G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.
- Bühringer, G. & Simon, R. (1992). Die gefährlichste psychoaktive Substanz. Epidemiologie zum Konsum und Mißbrauch von Alkohol. *Psycho*, 18, 156-162.
- Bürke, M. (1992). *Geschlechtsspezifische Rückfallauslösefaktoren bei Alkoholabhängigen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Evangelische Stiftungsfachhochschule Nürnberg.
- Burling, T. A., Reilly, P. M., Moltzen, J. O. & Ziff, D. C. (1989). Self-efficacy and relapse among impatient drug and alcohol abusers: A predictor to outcome. *Journal of studies on alcohol*, 50, 354-360.
- Caetano, R. & Tam, T. W. (1995). Prevalence and correlates of DSM-IV and ICD-10 alcohol dependence: 1990 US national alcohol survey. *Alcohol and Alcoholism*, 30, 177-186.
- Cannon, D. S., Leeka, J. K., Patterson, E. T., & Baker, T. B. (1990). Principal components analysis of the inventory of drinking situations: Empirical categories of drinking by alcoholics. *Addictive behaviours*, 15, 265-269.

- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate behavioral Research*, 1, 245-276.
- Corrigan, E. M. (1980). *Alcoholic Women in Treatment*. New York: Oxford University.
- Crawford, J. & Pell, J. (1976). The Rand Report: A brief critique. *Addictive Behaviors*, 2, 141-146.
- Cummings, C., Gordon, J. R., & Marlatt, G. A. (1980). Relapse: Strategies of prevention and predictions. In W. R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and abesity* (pp. 291-321). Oxford: Pergamon.
- de Jong-Meyer, R., Brodd, W., Schiereck, H., Schimm, A. & Skaletz, R. (1993). Merkmale von Rückfallsituationen. In R. de Jong-Meyer & T. Heyden (Hrsg.), *Rückfälle bei Alkoholabhängigen. Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses* (S. 33-49). IFT-Texte 26. München: Röttger.
- de Jong-Meyer, R. & Farke, M. (1993). Lebensstilfaktoren und scheinbar irrelevante Entscheidungen bei rückfälligen und nicht-rückfälligen Alkoholabhängigen. In R. de Jong-Meyer & T. Heyden (Hrsg.), *Rückfälle bei Alkoholabhängigen. Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses* (S. 83-94). IFT-Texte 26. München: Röttger.
- de Jong-Meyer, R. & Heyden, T. (1993). Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen rückfälligen und abstinent gebliebenen Alkoholabhängigen. Ergebniszusammenfassung und Implikationen für verhaltenstherapeutisch-kognitive Behandlungsprogramme. In R. de Jong-Meyer & T. Heyden (Hrsg.), *Rückfälle bei Alkoholabhängigen. Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses* (S. 225-240). IFT-Texte 26. München: Röttger.
- de Jong-Meyer, R., Heyden, T., Schiereck, H., & Skaletz, R. (1993). Merkmale rückfallkritischer Situationen bei rückfälligen und nicht rückfälligen Alkoholabhängigen. In R. de Jong-

Meyer & T. Heyden (Hrsg.), *Rückfälle bei Alkoholabhängigen. Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses* (S. 51-62). IFT-Texte 26. München: Röttger.

De Soto, C. B., O'Donnel, W. E. & DeSoto J. L. (1989). Long-Term Recovery in Alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 13, 693-697.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und -therapie e. V. (Hrsg.). (1992). *Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen*. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und -therapie e.V. (Hrsg.). (1985). *Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen*. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (2. korrigierte Auflage). Bern: Huber.

Duckert, F. (1993). Predictive factors for outcome of treatment for alcohol problems. *Journal of Substance Abuse*, 5, 31-44.

Elal-Lawrence, G., Slade, P. D. & Dewey, M. E. (1986). Predictors of outcome type in treated problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 41-47.

Emrick, C. D. (1974). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 523-549.

Emrick, C. D. (1975). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the relative effectiveness of treatment versus no treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 88-108.

- Emrick, C. D. & Hansen, J. (1983). Assertions regarding effectiveness of treatment for alcoholism. *American Psychologist*, 38, 1078-1088.
- Estrada, A. V., Mucha, R. F. & Stephan, E. R. (1993). Erfassung von Trinksituationen mit dem DITS. *Sucht*, 41, 408-417.
- Fahrenkrug, W. H. (1987). Amerikanische Langzeituntersuchungen zu Alkoholproblemen. In D. Kleiner (Hrsg.), *Langzeitverläufe bei Suchtkranken* (S. 24-39). Berlin: Springer.
- Feuerlein, W. (1987). Langzeitverläufe des Alkoholismus (mit Literaturübersicht aus dem europäischen Raum). In D. Kleiner (Hrsg.), *Langzeitverläufe bei Suchtkranken* (S. 40-54). Berlin: Springer.
- Feuerlein, W. (1989a). Zur Epidemiologie des Alkoholismus. In H. W. Schied, H. Heimann & K. Mayer (Hrsg.), *Der chronische Alkoholismus. Grundlagen. Diagnostik. Therapie* (S. 3-14). Stuttgart: Gustav Fischer.
- Feuerlein, W. (1989b). *Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen*. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Feuerlein, W., Ringer, C., Kufner, H. & Antons, K. (1979). Diagnose des Alkoholismus. Der Münchner Alkoholismus Test (MALT). *Münchner Medizinische Wochenschrift*, 119, 1275-1282.
- Feuerlein, W., Kufner, H., Ringer, C. & Antons, K. (1989). *Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA). Manual*. Weinheim: Beltz.
- Fichter, M. M. & Frick, U. (1992). *Therapie und Verlauf von Alkoholabhängigkeit: Auswirkungen auf Patient und Angehörige*. Berlin: Springer.

- Finney, J. W. & Moos, R. H. (1991). The long-term course of treated alcoholism: I. Mortality, relapse, and remission rates and comparisons with community controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 44-54.
- Floyd, A. S., Monahan, S. C., Finney, J. W. & Morley, J. A. (1996). Alcoholism treatment outcome studies, 1980-1992: The nature of the research. *Addictive Behaviors*, 21, 413-428.
- Förster, C. (1993). Emotionales und körperliches Befinden sowie kognitive Faktoren als Rückfallprädiktoren nach Entlassung aus stationären Therapien. In R. de Jong-Meyer & T. Heyden (Hrsg.), *Rückfälle bei Alkoholabhängigen. Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses* (S. 137-153). München: Röttger.
- Frey, D. & Gaska, A. (1993). Die Theorie der kognitiven Dissonanz. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie. Band I: Kognitive Theorien* (275-324), (vollst. überarb., aktual. und erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Friedmann, U. (1997). *Die Einschätzung der Rückfallgefährdung in Hochrisikosituationen durch Alkoholabhängige nach einer stationären Therapie unter besonderer Berücksichtigung von Coping Strategien. Eine katamnestische Studie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Bonn.
- Funke, J. (1991). Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Versagen der Therapie oder Bestandteil erfolgreicher Behandlung? *Berichte aus dem psychologischen Institut der Universität Bonn*, 17(1), 1-20.
- Funke J. & Klein, M. (1981) Katamnestische Untersuchung stationär behandelter Alkoholiker. *Suchtgefahren*, 27, 143-150.
- Funke, J. & Krampen G. (1985). Kann und soll man die Durchführung von Katamnesen standardisieren? Bemerkungen zum Entwurf der „Deutschen Gesellschaft für

Suchtforschung und Suchttherapie“ über „Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“. *Suchtgefahren*, 31, 246-250.

Funke, W. (1990a). Aspekte der Alkoholabhängigkeit: Differentielle Diagnosestrategien. In D. R. Schwoon, & M. Krausz (Hrsg.), *Suchtkranke: die ungeliebten Kinder der Psychiatrie* (S. 53-60). Stuttgart: Enke.

Funke, W. (1990b). Differentielle Psychodiagnostik des chronischen Alkoholismus. Entwicklung eines Klassifikationsmodells für die primäre Indikation psychotherapeutischer Intervention. *Bad Tönissteiner Blätter. Beiträge zur Suchtforschung und -therapie*, 2 (1), 1-87.

Funke, W. (1996). *Medikamentöse Rückfallprophylaxe und Psychotherapie bei Alkoholabhängigen: Zwei KönigsKinder?* Vortrag, gehalten auf dem Kongress '96 der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in Düsseldorf, 20.09. 1996.

Funke, W., Funke, J., Klein, M. & Scheller, R. (1987). *Trierer Alkoholismusinventar (TAI). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

Glenn, S. W. & Parsons, O. A. (1991). Prediction of resumption of drinking in posttreatment alcoholics. *The International Journal of the Addictions*, 26, 237-254.

Hall, S. M., Havassy, B. E. & Wasserman, D. A. (1990). Commitment to abstinence and acute stress in relapse to alcohol, opiates, and nicotine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 175-181.

Hatsukami D., Pickens R. W. & Svikis D. (1981). Post-treatment depressive symptoms and relapse to drug use in different age groups of an alcohol and other drug abuse population. *Drug and Alcohol Dependence*, 8, 271-277.

- Helzer, J. E., Bucholz, K. & Robins, L. N. (1992). Five communities in the United States: Results of the Epidemiologic Catchment Area Survey. In J. E. Helzer & G. J. Canino (Eds.), *Alcoholism in North America, Europe and Asia* (pp. 71-95). New York: Oxford University.
- Helzer, J. E. & Canino, G. J. (1992). Comparative Analysis of Alcoholism in ten cultural regions. In J. E. Helzer & G. J. Canino (Eds.), *Alcoholism in North America, Europe, and Asia* (pp. 289-308). New York: Oxford University.
- Henkel, D. (1992). *Arbeitslosigkeit und Alkoholismus: Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Herbst, K., Kraus, L. & Scherer, K. (1996). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Schriftliche Erhebung 1995*. München: Institut für Therapieforschung.
- Herbst, K., Schuman, J. & Kraus, L. (1994). *Zusatz- und Kontrolluntersuchungen im Rahmen der Bundesstudie: Repräsentativerhebung zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren*. München: Institut für Therapieforschung.
- Hessmann, M. (1993). Zum Einfluß von Trinkmotivation, Abstinenzmotivation sowie "Images" auf die Rückfälligkeit alkoholabhängiger Patienten. In R. de Jong-Meyer & T. Heyden (Hrsg.), *Rückfälle bei Alkoholabhängigen. Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses* (S. 201-214). IFT-Texte 26. München: Röttger.
- Hessmann, M. & de Jong Meyer, R. (1993). Rückfallmodelle und Rückfallbedingungen. In R. de Jong-Meyer & T. Heyden (Hrsg.), *Rückfälle bei Alkoholabhängigen. Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses* (S. 1-32). IFT-Texte 26. München: Röttger.

- Hoffmann, N. G. & Harrison, P. A. (1989). Relapse: Conceptual and methodological issues. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2, 27-51.
- Holz, H., Bork, J. & Oberlaender F. A. (1996). 1-Jahreskatamnese nach Alkohol-Entwöhnungsbehandlung in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus. *Sucht*, 42, 183-187.
- Hore, B. D. (1971a). Factors in alcoholic relapse. *British Journal of Addiction*, 66, 89-96.
- Hore, B. D. (1971b). Life events and alcoholic relapse. *British Journal of Addiction*, 66, 83-88.
- Hüllinghorst, R. (1995). Politische Einflußmöglichkeiten der Konsumreduzierung. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht '96* (S. 31-40). Geesthacht: Neuland.
- Hunt, W. A., Barnett, L. W. & Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455-456.
- Hunter, T. A. & Salomone P. R. (1987). Dry drunk symptoms and alcoholic relapse. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 18, 22-25.
- Ito, J. R. & Donovan, D. M. (1990). Predicting drinking outcome: demography, chronicity, coping, and aftercare. *Addictive Behaviors*, 15, 553-559.
- Jarvis, T. J. (1992). Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *British Journal of Addiction*, 87, 1249-1261.
- Jacobi, C., Brand-Jacobi, J. & Marquardt, F. (1987). Die „Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS)“: Ein Verfahren zur differentiellen Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit. *Suchtgefahren*, 33, 23-36.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse.

- John (1990). Psychische Abwehr Alkoholabhängiger. Erklärungsansätze, empirische Bestimmung und Behandlung. In D. R. Schwoon, & M. Krausz (Hrsg.), *Suchtkranke: die ungeliebten Kinder der Psychiatrie* (S. 61-68). Stuttgart: Enke.
- Jonas, K. & Eder-Jonas, R. (1995). Rückfälle Alkoholabhängiger aus Sicht der Theorie geplanten Verhaltens. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S. 52-60). Stuttgart: Enke.
- Junge, B. (1995). Alkohol. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht '96* (S. 9-30). Geesthacht: Neuland.
- Keller, W. & Scheller, R. (1981). Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung an Alkohol- und Medikamentenabhängigen. *Psychologie und Praxis*, 25, 81-90.
- 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.
- Klein, K.-H. (1983). Katamnestische Untersuchung in einer Fachklinik für Alkoholabhängige. *Suchtgefahren*, 29, 181-186.
- Klein, M. (1984). Altersspezifische Merkmalsanalyse bei alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten in der stationären Langzeittherapie. *Suchtgefahren*, 30, 178-189.
- Klein, M. (1989). Modelle und Ergebnisse der Rückfallforschung im Bereich Alkoholismus. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 5, 41-49.
- Klein, M., Funke, J., Funke, W. & Scheller, R. (1995). Hochrisikosituationen für den Alkoholrückfall: Theorie, Diagnostik und Klassifikation. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S. 38-50). Stuttgart: Enke.

- Klein, M. & Scheller, R. (1989). Differentialdiagnostische Aspekte des Rückfallgeschehens bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. In H. Watzl & R. Cohen (Hrsg.), *Rückfall und Rückfallprophylaxe* (S. 113-125). Berlin: Springer.
- Körkel, J. (1991). Der Rückfall des Alkoholabhängigen. Auf dem Wege zu einem neuen Verständnis des Rückfalls. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 3, 321-337.
- Körkel, J. & Lauer, G. (1992). Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik und Überblick über den Forschungsstand. In J. Körkel (Hrsg.), *Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht?* (S. 3-122). Berlin: Springer.
- Körkel, J. & Lauer, G. (1995). Rückfälle Alkoholabhängiger: Ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse und -trends. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S. 158-185). Stuttgart: Enke.
- Körkel, J. & Schindler (1996). Der „Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht“ (KAZ-35)- Ein Instrument zur Erfassung der abstinenzorientierten Kompetenzzuversicht Alkoholabhängiger. *Sucht*, 42, 156-166.
- Küfner, H. (1989). Diagnostik des Alkoholismus. In H. W. Schied, H. Heimann & K. Mayer (Hrsg.), *Der chronische Alkoholismus. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 15-31). Stuttgart: Fischer.
- Küfner, H. (1995). Behandlungsfaktoren bei Alkohol- und Drogenabhängigen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 170-183.
- Küfner, H. & Feuerlein, W. (1983). Fragebogendiagnostik des Alkoholismus. Überblick über verschiedene Ansätze und Verfahren. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 6, 3-15.

- Küfner, H., Feuerlein, W. & Flohrschütz, T. (1986). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestische Ergebnisse. *Suchtgefahren*, 32, 1-86.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnese, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34, 157-272.
- Langenbucher, J., Morgenstern, J. Labouvie, E. & Nathan, P. E. (1994). Diagnostic concordance of substance use disorders in DSM-III-R, DSM-IV and ICD 10. *Drug and alcohol dependence*, 36, 193-203.
- Längle, G. & Schied, H. W. (1990). Zehn-Jahres-Katamnesen eines integrierten stationären und ambulanten Behandlungsprogrammes für Alkohol Kranke. *Suchtgefahren*, 36, 97-105.
- Lauer, G. & Sohns, R. (1994). Was verstehen Abhängige unter einem Rückfall? Zur subjektiven Rückfalldefinition von Alkoholikern. *Sucht*, 40, 89-98.
- Lentner-Jedlicka, S. und Feselmeyer, S. (1981). Katamnestische Untersuchung über die ambulante Nachbehandlung und den Rückfall des Alkoholiker. In W. Keup (Hrsg.), *Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe. (4. Wissenschaftliches Symposium der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren in Tutzing 1980)* (S. 211-220). Stuttgart: Thieme.
- Lesch, O. M. (1985). Chronischer Alkoholismus: Typen und ihr Verlauf; eine Langzeitstudie. Stuttgart: Thieme.
- Litman, G. K. (1986). Alcoholism survival. The prevention of relapse. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviours. Processes of change* (pp. 391-406). New York: Plenum.

- Litman, G. K., Eiser, J. R., Rawson, N. S. B. & Oppenheim, A. N. (1977). Towards a typology of relapse: A preliminary report. *Drug and alcohol dependence*, 2, 157-162.
- Litman, G. K., Eiser, J. R., Rawson, N. S. B. & Oppenheim, A. N. (1979). Differences in relapse precipitants and coping behaviour between alcohol relapsers and survivors. *Behaviour, Research and Therapy*, 17, 89-94.
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N. & Peleg, M., & Jackson, P. (1983a). Situations related to alcoholism relapse. *British Journal of Addiction*, 78, 381-389.
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N. & Peleg, M. (1983b). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addiction*, 78, 269 - 276.
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N., Peleg, M. & Jackson, P. (1984). The relationship between coping behaviours, their effectiveness and alcoholism relapse and survival. *British Journal of Addiction*, 79, 283 - 291.
- Lyons, J. P., Welte, J. N., Brown, J., Sokolow, L., & Hynes, G. (1982). Variation in alcoholism treatment orientation: Differential impact upon specific subpopulations. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 6, 333-343.
- Maisto, S. A., O'Farrell, T. J., Connors, G. J., McKay, J. R. & Pelcovits, M. (1988). Alcoholics attributions of factors affecting their relapse to drinking and reasons for terminating relapse episodes. *Addictive behaviours*, 13, 79-82.
- Mann, K. & Batra, A. (1993). Die gemeindenahe Versorgung von Alkoholabhängigen. *Psychiatrische Praxis*, 20, 102-105.
- Marlatt, G. A. (1985a). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the Model. In Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (Eds.), *Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 3-70). New York: Guilford.

- Marlatt, G. A. (1985b). Situational determinants of relapse and Skill-training interventions. In Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (Eds.), *Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 71-127). New York: Guilford.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980) Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In P. O. Davidson & S. M. Davidson (Eds.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles* (pp. 410-452). New York: Brunner/Mazel.
- Mayfield, D., McLeod, G. & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- Moos, R. H., Finney, J. W. & Cronkite, R. C. (1990). *Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome*. New York: Oxford University.
- Morley, J. A., Finney, J. W. Monahan, S. C. & Floyd, A. S. (1996). Alcoholism treatment outcome studies, 1980-1992: Methodological characteristics and quality. *Addictive Behaviors*, 21, 429-443.
- Mulford, H. A. (1977). Women and men problem drinkers: Sex differences in patients served by Iowa's Community Alcoholism Centers. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 1624-1639.
- Nathan, P. (1986). Outcomes of treatment for alcoholism: Current data. *Annals of Behavioral Medicine*, 8, 40-46.
- Nathan, P. E. & Skinstad, A.-H. (1987). Outcomes of treatment for alcohol problems: Current methods, problems, and results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 332-340.
- Nordström, G. & Berglund, M. (1987). A prospective study of successful long term adjustment in alcohol dependence: Social drinking versus abstinence. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 95-103.

- O'Connor, P. G., Horwitz, R. I., Gottlieb, L. D., Kraus, M. L. & Segal, S. R. (1993). The impact of gender on clinical characteristics and outcome in alcohol withdrawal. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 59-61.
- Oppenheimer, E. (1991). Alcohol and drug misuse among women - An overview. *British Journal of Psychiatry*, 158 (Suppl. 10), 36-44.
- Ornstein, P. & Cherepon, J. A. (1985). Demographic variables as predictors of alcoholism treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 425-432.
- Pequinot, G., Tuyns, A. J. & Berta, J. L. (1978). Ascitic cirrhosis in relation to alcohol consumption. *International Journal of Epidemiology*, 7, 113-120.
- Polich, J. M., Armor, D. J. & Braike, H. B. (1980). Patterns of alcoholism over four years. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 397-416.
- Rink, J. (1984). Probleme bei Untersuchungen zum Therapieerfolg im Suchtbereich. *Suchtgefahren*, 30, 103-106.
- Rist, F., Watzl, H. & Cohen, R. (1989). Versuche zur Erfassung von Rückfallbedingungen bei Alkoholkranken. In H. Watzl & R. Cohen (Hrsg.), *Rückfall und Rückfallprophylaxe* (S. 126-138). Berlin: Springer.
- Rogmann, R. & Lüdtke, G.-P. (1991). Ergebnisse einer 18-Monats-Katamnese der LVA Berlin über stationäre Entwöhnungsbehandlungen. *Sucht*, 37, 37-41.
- Roth, J. (1987). *FTA - Fragebogen zur Klassifikation des Trinkverhaltens Alkoholabhängiger. Selbstbeurteilungsverfahren zur Diagnostik der Typen und Phasen der Alkoholabhängigkeit*. Berlin: Psychodiagnostisches Zentrum der HUB.
- Sandahl, C. (1984). Determinants of relapse among alcoholics: a cross-cultural replication study. *The International Journal of the Addictions*, 19, 833-848.

- Saß, H., Zaudig, M. & Wittchen, H. U. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Weinheim: Beltz.
- Saunders, B., Baily, S., Phillips, M. & Allsop, S. (1993). Women with alcohol problems: do they relapse for reasons different to their male counterparts? *Addiction*, 88, 1413-1422.
- 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.
- Scherer, K. R. & Scherer, U. (1990). *Coping-Index. Manual für die Version 1.0*. Unveröffentlichtes Manuskript. Universität Genf.
- 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.
- Schmidt, L. (1988). *Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch: Definition - Ursachen - Folgen - Behandlung - Prävention* (2. überarb. und erw. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, B. (1994). Soziales Stützsystem Partnerschaft. Zur besonderen Problematik alkoholbeeinträchtigter Beziehungen. *Bad Tönissteiner Blätter. Beiträge zur Suchtforschung und -therapie*, 6(1), 18-28.
- Schneider, K. M., Kviz, F. J., Isola, M. L. & Filstead, W. J. (1995). Evaluating Multiple Outcomes and Gender Differences in Alcoholism Treatment. *Addictive Behaviors*, 20, 1-21.

- Scholz, H. (1983). Der Rückfall in die Alkoholabhängigkeit: Auslösende Faktoren und Prävention. *Neuropsychiatria clinica*, 2, 209 - 221.
- Schuckit, M., Hesselbrock, V., Tipp, J., Anthenelli, R., Bucholz, K., & Radziminski, S. (1994). A comparison of DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10 substance use disorders diagnoses in 1922 men and women subjects in the COGA study. *Addiction*, 89, 1629-1638.
- Schwoon, D.R. & Schröter, M. (1996). Differentialdiagnostik der Alkoholabhängigkeit - Der Hamburger-Alkoholismus-Katalog (HAK). *Diagnostica*, 42, 67-93.
- Slusarek, M. (1993). Streßbewältigung bei rückfälligen und nicht-rückfälligen Alkoholabhängigen. In R. de Jong-Meyer & T. Heyden (Hrsg.), *Rückfälle bei Alkoholabhängigen. Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses* (S. 63-81). München: Röttger.
- Sohns, R. & Lauer, G. (1995): Rückfallrekonstruktion mit Alkoholabhängigen. Eine qualitativ-quantitative Analyse. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S. 80-94). Stuttgart: Enke.
- 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.
- Strieder, F. (1989). Die Fachklinik Bad Tönisstein und das „Minnesota-Modell“. Zur Genesis des Tönissteiner Therapiekonzeptes. *Bad Tönissteiner Blätter. Beiträge zur Suchtforschung und -therapie*, 1 (2), 51-59.
- Süß, H.-M. (1988). *Evaluation von Alkoholismustherapie*. Freiburg/Schweiz: Universitätsverlag und Bern: Huber.
- Terhaar, S. & Tigges-Limmer, K. (1993). Zum Einfluß von Coping, irrationalem Denken und sozialer Unterstützung auf Rückfälle während einer stationären Entwöhnungsbehandlung. In R. de Jong-Meyer & T. Heyden (Hrsg.), *Rückfälle bei Alkoholabhängigen. Empirische*

- Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses* (S. 181-200). IFT-Texte 26. München: Röttger.
- Thom, B. (1984). A process approach to women's use of alcohol services. *British Journal of Addiction*, 79, 377-382.
- Vannicelli, M. & Nash, L. (1984). Effect of sex bias on women's studies on alcoholism, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 8, 334-336.
- 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.
- Veltrup, C., Weber, J., Metten, D., Driessen, M. & John, U. (1995). Katamnestische Untersuchungen bei Alkoholabhängigen. *Sonderband der Zeitschrift Sucht 1995*, 172-173.
- Voris, S. W. (1981-82). Alcohol treatment outcome evaluation: An overview of methodological issues. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 8, 549-558.
- Waldow, M. & Klink, M. (1986). *Rehabilitationsverlauf Alkohol- und Medikamentenabhängiger nach stationärer Behandlung. Eine multivariable Globalanalyse katamnestischer Daten*. Marburg: Elwert.
- Wanberg, K. W., Horn, J. L. & Foster, F. M. (1977). A differential assessment model for alcoholism. The scales of the Alcohol Use Inventory. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 512-543.
- Watzl, H. (1979). Überlegungen zur Bewertung von Abstinenzraten. *Suchtgefahren*, 25, 37-38.
- Weisner C. & Schmiedt L. (1992). Gender disparities in treatment for alcohol problems. *Journal of the American Medical Association*, 268, 1872-1876.

- Wiens, A. N. & Menustik, C. E. (1983). Treatment outcome and patient characteristics in an aversion therapy program for alcoholism. *American Psychologist*, 38, 1089-1096.
- Williams, C. N. & Klerman, L. V. (1984). Female alcohol abuse: Its effects on the family. In S. C. Wilsnack & L. J. Beckmann (Eds.), *Alcohol Problems in Women: Antecedents, Consequences, and Intervention* (pp. 280-312). New York: Guilford.
- Wittchen, H.-U. & Bronisch, T. (1992). Alcohol use, Abuse, and Dependency in West Germany: Lifetime and six-month prevalence in the Munich Follow-Up Study. In J. E. Helzer & G. J. Canino (Eds.), *Alcoholism in North America, Europe, and Asia* (pp. 159-181). New York: Oxford University.
- Wittchen, H. U., Saß, H., Zaudig, M. & Koehler, K. (1989). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R*. Übersetzt nach der Revision der dritten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder der American Psychiatric Association. (2., korrigierte Auflage). Weinheim: Beltz.
- Young, F. W. (1981). Quantitative analysis of qualitative data. *Psychometrika*, 46, 357-388.

ANHANG A

1. Anschreiben
2. Differentielles Inventar zur Erfassung von Rückfallsituationen für
Alkoholabhängige (DIRA)
3. Fragebogen zu Lebenssituation und Rückfall

— — — — —

Differentielles Inventar zur Erfassung von Rückfallsituationen für Alkoholabhängige (DIRA)

(M. Klein , Trier 1988; überarbeitet von U. Backeshoff und U. Friedmann, Bonn 1996)

ANLEITUNG

Der vorliegende Fragebogen soll erfassen, wie Sie einige Situationen hinsichtlich der Gefährdung Ihrer eigenen Abstinenz einschätzen.

Sie sollen einschätzen, wie gefährlich diese Situationen **vom Ende Ihrer Therapie in Bad Tönisstein bis zum heutigen Zeitpunkt** für Sie waren.

Gefährlich bedeutet, entweder tatsächlich wieder Alkohol oder andere Suchtmittel eingenommen zu haben oder sich in einer Situation ohne Suchtmittel unsicher gefühlt zu haben.

Sie sollen dabei einschätzen, wie sehr die beschriebenen Situationen Ihre Abstinenz von Suchtmitteln in den letzten Monaten gefährdet haben.

Nur falls Sie zu der Entscheidung kommen, daß eine Situation in den letzten Monaten nicht in Ihrem Leben aufgetreten ist, lassen Sie die jeweilige Zeile unbeantwortet.

Bei diesen Fragen gibt es keine richtigen und falschen Antworten. Es geht einfach darum zu erfahren, wie Sie die Situationen einschätzen.

Kreuzen Sie jeweils das Kästchen mit der Beurteilung an, die am ehesten für Sie zutrifft. Sie können dabei zwischen vier Antwortmöglichkeiten entscheiden: „sehr gefährlich“, „gefährlich“, „kaum gefährlich“ und „nicht gefährlich“.

BEISPIEL

Es war für meine Abstinenz

sehr gefährlich	gefährlich	kaum gefährlich	nicht gefährlich
----------------------------	-------------------	----------------------------	-----------------------------

wenn ich traurig war.

O

O-----O-----O-----

War diese Situation für Ihre Abstinenz in den letzten Monaten gefährlich, kreuzen Sie bitte wie oben im Beispiel an.

Es war für meine Abstinenz

sehr
gefährlich gefährlich kaum nicht
gefährlich gefährlich gefährlich gefährlich

-
1. wenn ich mich niedergeschlagen fühlte. O-----O-----O-----
 ---O

 2. wenn ich entschieden hatte, meine Willenskraft zu O-----O-----O-----
 ----O
 testen, indem ich zeigte, daß ich nach ein oder zwei
 Gläsern wieder aufhören kann zu trinken.

 3. wenn ich fühlte, daß niemanden interessiert, O-----O-----O-----
 ----O
 was mit mir passiert.

 4. wenn mich jemand kritisierte. O-----O-----O-----
 ----O

 5. wenn ich eingeladen war und man mir ein O-----O-----O-----
 ----O
 alkoholisches Getränk anbot.

 6. wenn ich eine Flasche meines Lieblings- O-----O-----O-----
 ----O
 Getränkes geschenkt bekam.

 7. wenn ich dachte, daß Alkohol O-----O-----O-----
 ----O
 kein Problem mehr für mich ist.

 8. wenn jemand im selben Raum trank. O-----O-----O-----
 ---O

 9. wenn ich bemerkte, daß es niemanden gab, O-----O-----O-----
 ---O
 an den ich mich wenden konnte.

10. wenn ich mich selbst erniedrigt fühlte.
---O

O-----O-----O-----

11. wenn ich mich ungerecht bestraft fühlte.
---O

O-----O-----O-----

12. wenn ich in Urlaub war.

O-----O-----O-----O

13. wenn ich Angst hatte.

O-----O-----O-----O

14. wenn mir das Leben zum Hals heraus hing.
---O

O-----O-----O-----

15. wenn ich mich einsam fühlte.
---O

O-----O-----O-----

16. wenn ich mich selbst überzeugt hatte,daß ich
---O
inzwischen eine neue Persönlichkeit bin und ruhig
ein wenig Alkohol vertragen kann.

O-----O-----O-----

sehr		kaum	nicht
gefährlich	gefährlich	gefährlich	gefährlich

- | | |
|--|---------------------|
| 17. wenn es zu Hause Zank und Streit gab. | O-----O-----O-----O |
| 18. wenn ich anfing zu denken, wie kühl und
---O befriedigend ein alkoholisches Getränk sein wird. | O-----O-----O----- |
| 19. wenn ich dachte, daß ich nie meine Grenzen
---O kennenlernen kann, wenn ich nie Alkohol probiere. | O-----O-----O----- |
| 20. wenn ich mit Freunden ausging und mich
---O gut unterhalten wollte. | O-----O-----O----- |
| 21. wenn ich mich mit jemandem richtig gut
---O unterhielt. | O-----O-----O----- |
| 22. wenn ich voller Groll und Ärger war.
---O | O-----O-----O----- |
| 23. wenn ich reizbar war.
----O | O-----O-----O----- |
| 24. wenn ich auf einer Party oder Gesellschaft war.
-----O | O-----O-----O----- |
| 25. wenn ich Alkohol angeboten bekam
---O und mir das Ablehnen peinlich war. | O-----O-----O----- |

26. wenn andere Leute mich scheinbar nicht leiden
-----O
konnten.

O-----O-----O--

27. wenn ich mich selbst als zu verachtend empfand.
---O

O-----O-----O-----

28. wenn ich mir unsicher war, ob ich die Erwartungen
---O
anderer erfüllen kann.

O-----O-----O-----

29. wenn ich unter großem Druck stand.
---O

O-----O-----O-----

30. wenn ich mich mit meiner Selbstkontrolle über
---O
Alkohol beschäftigte und es für angemessen hielt,
probeweise etwas zu trinken.

O-----O-----O-----

31. wenn nichts, was ich tat, mir richtig erschien.
---O

O-----O-----O-----

sehr gefährlich	gefährlich	kaum gefährlich	nicht gefährlich
--------------------	------------	--------------------	---------------------

- | | |
|---|--------------------------|
| 32. wenn mir jemand den Vorschlag machte,
---O
zusammen in eine Kneipe zu gehen. | O-----O-----O----- |
| 33. wenn ich dachte, daß ich endlich geheilt bin
---O
und mit Alkohol umgehen kann. | O-----O-----O----- |
| 34. wenn ich alleine war.
---O | O-----O-----O----- |
| 35. wenn ich in einer Gesellschaft war,
---O
wo andere Leute tranken. | O-----O-----O----- |
| 36. wenn ich Angst hatte,
daß letztlich alles schiefgehen wird. | O-----O-----O-----O----- |
| 37. wenn ich begann, mich frustriert zu fühlen
---O
und das Leben satt hatte. | O-----O-----O----- |
| 38. wenn ich enttäuscht war,
---O
weil andere Leute mich enttäuscht hatten. | O-----O-----O----- |
| 39. wenn mir alles schiefging.
---O | O-----O-----O----- |
| 40. wenn ich mit einem Freund feiern wollte.
---O | O-----O-----O----- |

41. wenn mich jemand unter Druck setzte,
---O
als guter Kamerad mitzutrinken.

O-----O-----O-----

42. wenn ich mich für etwas schuldig fühlte.
---O

O-----O-----O-----

43. wenn ich nervös war.
---O

O-----O-----O-----

44. wenn ich mich über bestimmte Ereignisse ärgerte.
---O

O-----O-----O-----

45. wenn ich mich von Familienangehörigen
---O
unter Druck gesetzt fühlte.

O-----O-----O-----

sehr gefährlich		kaum gefährlich		nicht gefährlich	

46. wenn etwas Angenehmes passiert war
---O und mir nach Feiern zumute war. O-----O-----O-----
47. wenn ich dachte, daß ich nicht wirklich vom Alkohol
---O abhängig bin. O-----O-----O-----
48. wenn ich begann zu denken, daß ein wenig Alkohol
---O mir nichts ausmacht. O-----O-----O-----
49. wenn ich feiern wollte. O-----O-----O-----O
50. wenn ich mich in einer Gesellschaft amüsierte und
----O meinen Spaß noch vergrößern wollte O-----O-----O-----
51. wenn ich mir selbst beweisen wollte, daß ich ruhig
----O ein wenig trinken kann, ohne betrunken zu werden. O-----O-----O-----
52. wenn es zu Hause Krach gab.
----O O-----O-----O-----
53. wenn ich mich wehren wollte.
----O O-----O-----O-----
54. wenn ich es mir mit jemandem aus meinem
O-----O Freundeskreis schön machen wollte. O-----O-----

Fragebogen zu Lebenssituation und Rückfall

1. Wie wohnen Sie zur Zeit? (Bei dieser Frage können Sie mehrere Antworten ankreuzen)

☐ O allein

☐ O mit Eltern oder Elternteil

☐ O mit Partner ohne Kind

☐ O Sonstiges: _____

☐ O mit Partner mit Kind(ern)

☐ O ohne Partner mit Kind(ern)

Falls Kinder mit Ihnen zusammenleben: Wie alt sind diese? _____

2. Leben Sie in einer festen Partnerschaft?

☐ O ja

☐ O nein

3. Sind Sie zur Zeit berufstätig?

☐ O ja

☐ O nein,

☐ O ich bin arbeitslos (seit _____)

☐ O ich bin Hausfrau/Hausmann

☐ O ich bin Rentnerin/Rentner

☐ O ich befinde mich in Ausbildung oder Umschulung

4. Haben Sie nach Beendigung der Entwöhnungsbehandlung in unserer Klinik wieder Alkohol getrunken oder andere Suchtmittel genommen?

O Nein, seit der Klinikentlassung bin ich abstinent.

O Ja, ich war einmal kurzfristig (bis zu drei Tagen) rückfällig mit _____

O Ja, ich war mehrmals kurzfristig (bis zu drei Tagen) rückfällig mit _____

O Ja, ich nehme kontrolliert Suchtmittel ein, und zwar _____

O Ja, ich habe zunächst kontrolliert für die Dauer von _____ Wochen _____
eingenommen und bin erst langsam wieder in altes Suchtverhalten hineingerutscht.

O Ja, ich habe nach der ersten Suchtmittelleinnahme sehr schnell wieder unkontrolliert konsumiert, und zwar _____ .

5. Falls es zu einem Rückfall mit einem Suchtmittel kam, worauf führen Sie diesen zurück?

ANHANG B

- Tab. B.1: Faktorenmatrix mit vier Faktoren.
- Tab. B.2: Faktorenmatrix mit drei Faktoren.
- Tab. B.3: Einschätzung der Rückfallgefährdung im DIRA durch die Gruppe der Abstinenten.
- Tab. B.4: Einschätzung der Rückfallgefährdung im DIRA durch die Gruppe der Rückfälligen.
- Tab. B.5: Ergebnisse der multiplen Regression: Einfluß der fünf TAI-Staninewerte auf die DIRA-Skala „Negative intrapsychische Befindlichkeiten“.
- Tab. B.6: Ergebnisse der multiplen Regression: Einfluß der TAI-Staninewerte auf die DIRA-Skala „Soziale Trinksituationen“.
- Tab. B.7: Ergebnisse der multiplen Regression: Einfluß der TAI-Staninewerte auf die DIRA-Skala „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“.

Tab. B.1: *Faktorenmatrix mit vier Faktoren (Varimax-Rotation, Gruppierung der Items nach den Faktoren auf denen sie am höchsten laden, Anordnung nach absteigender Ladungshöhe).*

Itemnummer im DIRA	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
DIRA 37	.826	.141	.263	.193
DIRA 52	.825	.210	.198	- .044
DIRA 10	.823	.126	.253	.018
DIRA 23	.821	.141	.176	.180
DIRA 39	.817	.239	.188	.101
DIRA 11	.811	.112	.272	- .151
DIRA 22	.801	.204	.187	.061
DIRA 15	.772	.134	.224	.100
DIRA 38	.772	.248	.180	.090
DIRA 42	.772	.168	.172	.075
DIRA 27	.770	.045	.232	.021
DIRA 13	.765	.114	.147	.160
DIRA 14	.758	.173	.299	.227
DIRA 31	.754	.198	.184	.254
DIRA 17	.745	.175	.235	- .116
DIRA 44	.742	.184	.101	.124
DIRA 36	.738	.263	.127	.098
DIRA 29	.731	.206	.144	.295
DIRA 9	.721	.109	.305	.141
DIRA 28	.719	.243	.161	.164
DIRA 43	.708	.162	.144	.281
DIRA 53	.699	.215	.126	- .265
DIRA 3	.679	.200	.172	- .158
DIRA 1	.679	.145	.270	- .021
DIRA 4	.668	.064	.176	- .246
DIRA 34	.650	.094	.357	.089
DIRA 45	.613	.455	.076	- .154
DIRA 26	.611	.208	.041	- .280

Fortsetzung Tab. B.1

	Itemnummer im DIRA	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
	DIRA 35	.097	.843	.191	.088
	DIRA 5	.142	.806	.145	- .194
	DIRA 25	.077	.772	.081	- .101
	DIRA 20	.159	.748	.199	.122
	DIRA 54	.171	.743	.215	.225
	DIRA 40	.293	.734	.309	.094
	DIRA 24	.163	.733	.032	.127
	DIRA 49	.254	.731	.268	.376
	DIRA 50	.249	.718	.248	.312
	DIRA 32	.258	.698	.207	.043
	DIRA 8	.249	.671	.171	- .014
	DIRA 12	.185	.646	.312	.010
	DIRA 6	.384	.487	.315	- .237
	DIRA 48	.218	.212	.875	.126
	DIRA 51	.230	.284	.855	.089
	DIRA 47	.268	.264	.836	.051
	DIRA 33	.234	.173	.833	.095
	DIRA 30	.268	.325	.830	- .011
	DIRA 19	.305	.143	.778	- .041
	DIRA 2	.398	.237	.762	.053
	DIRA 16	.460	.211	.762	.012
	DIRA 7	.377	.282	.650	.069
	DIRA 18	.224	.394	.536	.112
	DIRA 41	.012	.479	.483	- .323
	DIRA 21	.212	.313	.140	.645
	DIRA 46	.231	.410	.241	.436

Tab. B.2: *Faktorenmatrix mit drei Faktoren (Varimax-Rotation, Gruppierung der Items nach den Faktoren auf denen sie am höchsten laden, Anordnung nach absteigender Ladungshöhe).*

Itemnummer im DIRA	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
DIRA 37	.834	.172	.257
DIRA 23	.828	.169	.170
DIRA 10	.822	.134	.249
DIRA 52	.820	.209	.193
DIRA 39	.819	.256	.182
DIRA 22	.802	.216	.181
DIRA 11	.802	.099	.269
DIRA 15	.776	.152	.219
DIRA 38	.774	.263	.174
DIRA 42	.773	.182	.167
DIRA 13	.771	.139	.142
DIRA 27	.770	.053	.229
DIRA 14	.767	.208	.292
DIRA 31	.765	.235	.177
DIRA 44	.745	.203	.095
DIRA 29	.743	.247	.136
DIRA 36	.739	.279	.120
DIRA 17	.737	.165	.231
DIRA 9	.728	.133	.300
DIRA 28	.724	.267	.155
DIRA 43	.720	.202	.138
DIRA 53	.683	.184	.123
DIRA 1	.677	.148	.266
DIRA 3	.668	.183	.169
DIRA 4	.655	.038	.175
DIRA 34	.654	.112	.356
DIRA 45	.600	.436	.069
DIRA 26	.594	.173	.039
DIRA 35	.092	.850	.180
DIRA 49	.265	.778	.256

Fortsetzung Tab. B.2

Itemnummer im DIRA	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
DIRA 5	.123	.777	.137
DIRA 54	.174	.769	.204
DIRA 20	.158	.761	.189
DIRA 50	.257	.756	.236
DIRA 25	.064	.754	.073
DIRA 40	.290	.745	.298
DIRA 24	.161	.744	.022
DIRA 32	.253	.702	.197
DIRA 8	.240	.667	.163
DIRA 12	.179	.647	.304
DIRA 46	.249	.466	.231
DIRA 6	.367	.459	.310
DIRA 21	.241	.395	.130
DIRA 48	.225	.238	.871
DIRA 51	.235	.305	.850
DIRA 47	.270	.280	.831
DIRA 33	.240	.195	.829
DIRA 30	.267	.332	.825
DIRA 19	.303	.148	.776
DIRA 16	.460	.222	.758
DIRA 2	.400	.253	.758
DIRA 7	.380	.298	.644
DIRA 18	.227	.413	.530
DIRA 41	- .008	.440	.480

Tab. B.3: *Durchschnittliche Gefährdungseinschätzung der 54 Hochrisikosituationen des DIRA durch die Gruppe der Abstinenten. (N = 86). Anordnung der Items nach aufsteigendem Mittelwert.*

Item ^a	M	SD	N ^b	Skala
wenn ich dachte, daß ich endlich geheilt bin und mit Alkohol umgehen kann. (33)	2.76	1.23	46	TEST
wenn ich begann zu denken, daß ein wenig Alkohol mir nichts ausmacht. (48)	2.92	1.22	49	TEST
wenn ich mir selbst beweisen wollte, daß ich ruhig ein wenig trinken kann, ohne betrunken zu werden. (51)	3.02	1.28	48	TEST
wenn ich dachte, daß ich nicht wirklich vom Alkohol abhängig bin. (47)		3.04	1.20	55 TEST
wenn mir das Leben zum Hals heraus hing. (14)	3.08	1.00	66	NEGINTRA
wenn ich entschieden hatte, meine Willenskraft zu testen, indem ich zeigte, daß ich nach ein oder zwei Gläsern wieder aufhören kann zu trinken. (2)	3.09	1.36	35	TEST
wenn ich anfang zu denken, wie kühl und befriedigend ein alkoholisches Getränk sein wird. (18)	3.12	.84	75	TEST
wenn ich begann, mich frustriert zu fühlen und das Leben satt hatte. (37)	3.14	.89	64	NEGINTRA
wenn ich mich selbst überzeugt hatte, daß ich inzwischen eine neue Persönlichkeit bin und ruhig ein wenig Alkohol vertragen kann. (16)	3.15	1.13	41	TEST
wenn ich mich mit meiner Selbstkontrolle über Alkohol beschäftigte und es für angemessen hielt, probeweise etwas zu trinken. (30)	3.16	1.18	44	TEST
wenn ich mich selbst erniedrigt fühlte. (10)	3.21	.91	73	NEGINTRA
wenn ich dachte, daß Alkohol kein Problem mehr für mich ist. (7)	3.22	1.09	60	TEST
wenn ich mich einsam fühlte. (15)	3.25	.89	80	NEGINTRA
wenn ich voller Groll und Ärger war. (22)	3.27	.78	85	NEGINTRA

Fortsetzung Tab. B.3

Item ^a	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i> ^b	Skala	
wenn ich dachte, daß ich nie meine Grenzen kennenlernen kann, wenn ich nie Alkohol probiere. (19)		3.27	1.03	55	TEST
wenn es zu Hause Zank und Streit gab. (17)	3.28	.83	79		NEGINTRA
wenn ich bemerkte, daß es niemanden gab, an den ich mich wenden konnte. (9)	3.29	.85	72		NEGINTRA
wenn ich unter großem Druck stand. (29)	3.29	.90	85		NEGINTRA
wenn mir alles schiefging. (39)	3.31	.83	70		NEGINTRA
wenn es zu Hause Krach gab. (52)	3.32	.78	82		NEGINTRA
wenn ich mich niedergeschlagen fühlte. (1)	3.33	.71	85		NEGINTRA
wenn ich reizbar war. (23)	3.34	.87	86		NEGINTRA
wenn nichts, was ich tat, mir richtig erschien. (31)	3.34	.77	68		NEGINTRA
wenn ich mich ungerecht bestraft fühlte. (11)	3.35	.78	69		NEGINTRA
wenn ich Angst hatte, daß letztlich alles schiefgehen wird. (36)	3.36	.74	76		NEGINTRA
wenn ich enttäuscht war, weil andere Leute mich enttäuscht hatten. (38)	3.39	.80	77		NEGINTRA
wenn ich mich selbst als zu verachtend empfand. (27)	3.39	.82	61		NEGINTRA
wenn ich Angst hatte. (13)	3.42	.72	81		NEGINTRA
wenn ich mich über bestimmte Ereignisse ärgerte. (44)	3.44	.66	86		NEGINTRA
wenn ich nervös war. (43)	3.44	.70	86		NEGINTRA
wenn ich mich von Familienangehörigen unter Druck gesetzt fühlte. (45)	3.44	.73	79		NEGINTRA
wenn ich mich für etwas schuldig fühlte. (42)	3.45	.69	82		NEGINTRA
wenn etwas Angenehmes passiert war und mir nach Feiern zumute war. (46)	3.51	.76	86		SOZTR

Fortsetzung Tab. B.3

Item ^a	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i> ^b	Skala
wenn ich fühlte, daß niemanden interessiert, was mit mir passiert. (3)	3.53	.74	76	NEGINTRA
wenn ich mir unsicher war, ob ich die Erwartungen anderer erfüllen kann. (28)	3.53	.68	79	NEGINTRA
wenn ich alleine war. (34)	3.56	.71	86	NEGINTRA
wenn mich jemand kritisierte. (4)	3.60	.58	86	NEGINTRA
wenn mich jemand unter Druck setzte, als guter Kamerad mitzutrinken. (41)	3.61	.74	66	SOZTR
wenn ich mich wehren wollte. (53)	3.64	.62	83	NEGINTRA
wenn ich Alkohol angeboten bekam und mir das Ablehnen peinlich war. (25)	3.69	.57	77	SOZTR
wenn ich mit Freunden ausging und mich gut unterhalten wollte. (20)	3.69	.54	85	SOZTR
wenn ich mich in einer Gesellschaft amüsierte und meinen Spaß noch vergrößern wollte. (50)	3.71	.63	75	SOZTR
wenn ich in Urlaub war. (12)	3.71	.51	73	SOZTR
wenn andere Leute mich scheinbar nicht leiden konnten. (26)	3.72	.51	75	NEGINTRA
wenn ich eingeladen war und man mir ein alkoholisches Getränk anbot. (5)	3.74	.52	84	SOZTR
wenn ich eine Flasche meines Lieblingsgetränkes geschenkt bekam. (6)	3.75	.50	65	SOZTR
wenn ich in einer Gesellschaft war, wo andere Leute tranken. (35)	3.76	.43	85	SOZTR
wenn ich feiern wollte. (49)	3.77	.45	81	SOZTR
wenn ich auf einer Party oder Gesellschaft war. (24)	3.79	.46	86	SOZTR
wenn ich mit einem Freund feiern wollte. (40)	3.83	.44	81	SOZTR
wenn mir jemand den Vorschlag machte,	3.83	.49	82	SOZTR

zusammen in eine Kneipe zu gehen. (32)

Fortsetzung Tab. B.3

Item ^a	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i> ^b	Skala
wenn ich es mir mit jemandem aus meinem Freundeskreis schön machen wollte. (54)	3.85	.36	78	SOZTR
wenn jemand im selben Raum trank. (8)	3.87	.34	86	SOZTR
wenn ich mich mit jemandem richtig gut unterhielt. (21)	3.88	.36	85	SOZTR

Anmerkung. ^a Die Angaben in Klammern geben die Position des Items im DIRA an.

^b Anzahl der Patienten, die das Item beantwortet haben.

Tab. B.4: *Durchschnittliche Gefährdungseinschätzung der 54 Hochrisikosituationen des DIRA durch die Gruppe der Rückfälligen. (N = 25). Anordnung der Items nach aufsteigendem Mittelwert.*

Item ^a	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i> ^b	Skala
wenn ich entschieden hatte, meine Willenskraft zu testen, indem ich zeigte, daß ich nach ein oder zwei Gläsern wieder aufhören kann zu trinken. (2)	2.05	1.22	19	TEST
wenn ich mich einsam fühlte. (15)	2.13	1.08	24	NEGINTRA
wenn ich dachte, daß Alkohol kein Problem mehr für mich ist. (7)	2.20	1.11	20	TEST
wenn ich mich selbst überzeugt hatte, daß ich inzwischen eine neue Persönlichkeit bin und ruhig ein wenig Alkohol vertragen kann. (16)	2.21	1.13	19	TEST
wenn ich mir selbst beweisen wollte, daß ich ruhig ein wenig trinken kann, ohne betrunken zu werden. (51)	2.24	1.26	21	TEST
wenn ich mich niedergeschlagen fühlte. (1)	2.25	.99	24	NEGINTRA
wenn ich dachte, daß ich nicht wirklich vom Alkohol abhängig bin. (47)	2.26	1.19	19	TEST
wenn ich begann, mich frustriert zu fühlen und das Leben satt hatte. (37)	2.27	.98	22	NEGINTRA
wenn ich dachte, daß ich endlich geheilt bin und mit Alkohol umgehen kann. (33)	2.30	1.17	20	TEST

Fortsetzung Tab. B.4

Item ^a	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i> ^b	Skala
wenn ich begann zu denken, daß ein wenig Alkohol mir nichts ausmacht. (48)	2.35	1.15	23	TEST
wenn mir das Leben zum Hals heraus hing. (14)	2.36	1.26	22	NEGINTRA
wenn ich mich mit meiner Selbstkontrolle über Alkohol beschäftigte und es für angemessen hielt. probeweise etwas zu trinken. (30)	2.39	1.31	23	TEST
wenn ich Angst hatte, daß letztlich alles schiefgehen wird. (36)	2.42	.93	24	NEGINTRA
wenn ich mich selbst erniedrigt fühlte. (10)	2.43	1.04	23	NEGINTRA
wenn ich voller Groll und Ärger war. (22)	2.44	.96	25	NEGINTRA
wenn ich unter großem Druck stand. (29)	2.44	1.04	25	NEGINTRA
wenn ich alleine war. (34)	2.44	1.12	25	NEGINTRA
wenn ich anfang zu denken, wie kühl und befriedigend ein alkoholisches Getränk sein wird. (18)	2.48	1.04	23	TEST
wenn es zu Hause Krach gab. (52)	2.48	.95	23	NEGINTRA
wenn es zu Hause Zank und Streit gab. (17)	2.50	1.10	24	NEGINTRA
wenn ich enttäuscht war, weil andere Leute mich enttäuscht hatten. (38)	2.52	1.00	25	NEGINTRA
wenn ich Angst hatte. (13)	2.54	1.25	24	NEGINTRA
wenn mir alles schiefging. (39)	2.54	.98	24	NEGINTRA
wenn ich reizbar war. (23)	2.56	1.04	25	NEGINTRA
wenn ich mich über bestimmte Ereignisse ärgerte. (44)	2.56	.96	25	NEGINTRA
wenn ich bemerkte, daß es niemanden gab, an den ich mich wenden konnte. (9)	2.61	.94	23	NEGINTRA
wenn ich mich ungerecht bestraft fühlte. (11)	2.65	.98	23	NEGINTRA
wenn ich nervös war. (43)	2.75	1.03	24	NEGINTRA

Fortsetzung Tab. B.4

Item ^a	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i> ^b	Skala
wenn ich mich selbst als zu verachtend empfand. (27)	2.77	1.19	22	NEGINTRA
wenn nichts, was ich tat, mir richtig erschien. (31)	2.79	1.25	24	NEGINTRA
wenn ich mich von Familienangehörigen unter Druck gesetzt fühlte. (45)	2.83	1.09	24	NEGINTRA
wenn ich fühlte, daß niemanden interessiert, was mit mir passiert. (3)	2.86	.99	22	NEGINTRA
wenn ich mich für etwas schuldig fühlte. (42)	2.91	.95	23	NEGINTRA
wenn mich jemand kritisierte. (4)	3.04	1.00	24	NEGINTRA
wenn ich dachte, daß ich nie meine Grenzen kennenlernen kann, wenn ich nie Alkohol probiere. (19)		3.05	.97	21 TEST
wenn ich mir unsicher war, ob ich die Erwartungen anderer erfüllen kann. (28)	3.08	.93	24	NEGINTRA
wenn ich mich wehren wollte. (53)	3.09	1.08	23	NEGINTRA
wenn etwas Angenehmes passiert war und mir nach Feiern zumute war. (46)	3.16	.85	25	SOZTR
wenn ich mich in einer Gesellschaft amüsierte und meinen Spaß noch vergrößern wollte. (50)	3.23	1.19	22	SOZTR
wenn ich feiern wollte. (49)	3.30	1.06	23	SOZTR
wenn ich mit einem Freund feiern wollte. (40)	3.32	1.09	22	SOZTR
wenn ich in Urlaub war. (12)	3.32	1.17	22	SOZTR
wenn ich es mir mit jemandem aus meinem Freundeskreis schön machen wollte. (54)		3.35	.98	23 SOZTR
wenn andere Leute mich scheinbar nicht leiden konnten. (26)	3.43	.84	23	NEGINTRA
wenn mir jemand den Vorschlag machte, zusammen in eine Kneipe zu gehen. (32)	3.43	.79	23	SOZTR
wenn ich eingeladen war und man mir ein	3.45	.96	22	SOZTR

alkoholisches Getränk anbot. (5)

Fortsetzung Tab. B.4

Item ^a	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i> ^b	Skala
wenn ich in einer Gesellschaft war, wo andere Leute tranken. (35)	3.50	.83	24	SOZTR
wenn ich auf einer Party oder Gesellschaft war. (24)	3.52	.85	23	SOZTR
wenn ich eine Flasche meines Lieblings- getränkes geschenkt bekam. (6)	3.53	.80	17	SOZTR
wenn ich mit Freunden ausging und mich gut unterhalten wollte. (20)	3.54	.78	24	SOZTR
wenn mich jemand unter Druck setzte, als guter Kamerad mitzutrinken. (41)	3.58	.84	19	SOZTR
wenn ich Alkohol angeboten bekam und mir das Ablehnen peinlich war. (25)	3.58	.88	24	SOZTR
wenn jemand im selben Raum trank. (8)	3.64	.58	22	SOZTR
wenn ich mich mit jemandem richtig gut unterhielt. (21)	3.68	.56	25	SOZTR

Anmerkung. ^a Die Angaben in Klammern geben die Position des Items im DIRA an.

^b Anzahl der Patienten, die das Item beantwortet haben.

Tab. B.5: *Ergebnisse der multiplen Regression: Einfluß der fünf TAI-Staninewerte (UV) auf die DIRA-Skala „Negative intrapsychische Befindlichkeiten“ (AV), (N = 122, mult. $R^2 = .065$, adj. $R^2 = .024$, $F_{(5)} = 1.601$, n.s.).*

TAI-Skala	BETA	T	Sig. T
TAI 1	- .039	- .382	n.s
TAI 2	.249	2.615	*
TAI 3	.015	.146	n.s
TAI 4	- .162	-1.532	n.s
TAI 5	.083	.777	n.s

* = $p < .05$

Tab. B.6: *Ergebnisse der multiplen Regression: Einfluß der TAI-Staninewerte (UV) auf die DIRA-Skala „Soziale Trinksituationen“ (AV), (N = 122, mult. $R^2 = .051$, adj. $R^2 = .010$, $F_{(5)} = 1.241$, n.s.).*

TAI-Skala	BETA	T	Sig. T
TAI 1	- .080	- .769	n.s.
TAI 2	.025	.264	n.s.
TAI 3	.103	1.013	n.s.
TAI 4	- .044	- .417	n.s.
TAI 5	- .178	-1.661	n.s.

$p < .05$

Tab. B.7: *Ergebnisse der multiplen Regression: Einfluß der TAI-Staninewerte (UV) auf die DIRA-Skala „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ (AV), (N = 122, mult. $R^2 = .042$, adj. $R^2 = .001$, $F_{(5)} = 1.013$, n.s.).*

TAI-Skala	BETA	T	Sig. T
TAI 1	- .089	- .850	n.s.
TAI 2	.101	1.051	n.s.
TAI 3	- .041	- .404	n.s.
TAI 4	- .029	- .269	n.s.
TAI 5	- .091	- .851	n.s.

$p < .05$

