

**Aus dem Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie  
Prof. Dr. med. Rainer Rupprecht  
der medizinischen Fakultät  
der Universität Regensburg**

**ABSTINENZZUVERSICHT,  
SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNGEN  
UND RÜCKFALLWAHRSCHEINLICHKEIT  
VON ALKOHOLABHÄNGIGEN**

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin

der  
Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

**vorgelegt von  
Dorothee Verena Hauler**

**2014**

Dekan: Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Norbert Wodarz

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Ulrich Bogdahn

Tag der mündlichen Prüfung: 16.07.2015

# Inhaltsverzeichnis

I. EINLEITUNG.....	1
1. Alkoholabhängigkeit.....	2
1.1 Epidemiologie.....	2
1.2 Diagnostik.....	5
1.3 Therapie.....	7
2. Der Rückfall.....	8
2.1 Das Rückfallmodell nach Marlatt und Gordon (1985).....	9
2.2 Geschlechtsspezifische Besonderheiten.....	12
3. Ziel dieser Arbeit.....	13
II. METHODEN.....	15
1. Die Stichprobe.....	15
2. Durchführung und Instrumente.....	16
3. Statistische Analysen.....	18
III. ERGEBNISSE.....	22
1. Patientencharakteristika.....	22
2. Katamnese nach 12 Monaten.....	23
3. AASE.....	24
a) Versuchung.....	24
b) Zuversicht.....	29
4. KAZ-35.....	34
5. Logistische Regression.....	40
5.1 AASE.....	40
a) Versuchung.....	40
b) Zuversicht.....	42
5.2 KAZ-35: Abstinenzzuversicht.....	43
6. Häufigkeiten.....	44
7. Verdacht der Multikollinearität.....	46
8. Korrelation zwischen AASE und KAZ-35.....	51

IV. DISKUSSION.....	54
1. Abstinent/Nicht-Abstinent .....	57
2. Frauen/Männer.....	59
3. Zeitliche Entwicklung .....	61
4. Vorhersagekraft der Versuchung/Zuversicht für das Outcome .....	63
5. Schlussfolgerungen.....	66
6. Limitationen.....	67
7. Ausblick.....	68
V. ZUSAMMENFASSUNG.....	70
VI. LITERATURVERZEICHNIS.....	72
VII. DANKSAGUNG.....	76

# I. Einleitung

---

*Il faut toujours être ivre. Enivrez-vous sans cesse!*

*Mais de quoi? De vin, de poésie, de vertu, à votre guise.*

*Man sollte immer betrunken sein. Berauscht Euch ohne Unterlass!*

*Aber von was? Von Wein, Poesie, Tugend – ganz wie es Euch gefällt.*

*Charles Baudelaire (1869)*

Neben dem französischen Lyriker Charles Baudelaire oder anderen berühmten Absinth-Liebhabern wie Vincent Van Gogh oder Oscar Wilde gibt es noch zahlreiche weitere Beispiele aus den schönen Künsten, bei denen ausgiebiger Alkoholkonsum dem Entstehen von Meisterwerken zumindest nicht im Wege stand. Vielmehr kann man sich vorstellen, dass Kreativität durch Rauschzustände zusätzlichen Auftrieb erhalten kann. Bedeutet das, dass man Alkohol als Geschenk betrachten soll, das die Welt um Vieles reicher macht?

Im Gegensatz zum Rauchen, das – zumindest in der Mittel- und Oberschicht – immer mehr in Verruf kommt, ist der regelmäßige Konsum von Alkohol in der breiten Bevölkerung bis heute gesellschaftlich akzeptiert. Man fällt auf, wenn man ein Glas Sekt ablehnt. Es ist ungewöhnlicher, *keinen* Alkohol zu trinken als *viel* Alkohol zu konsumieren. Alkohol ist fester Bestandteil unserer Kultur, von langer Tradition geprägt.

Laut *Global status report on alcohol and health* der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2014 ist schädigender Alkoholkonsum der drittgrößte Risikofaktor für Krankheit und gesundheitliche Einschränkung weltweit, der allein von Bluthochdruck und Tabakkonsum übertroffen wird. Für über 60 Krankheiten ist Alkohol ein kausaler Faktor, fast 6% aller Todesfälle weltweit sind alkoholassoziiert. Das sind mehr Todesfälle, als durch HIV/AIDS, Gewalt oder Tuberkulose verursacht werden (WHO, 2014).

Im Folgenden möchte ich einen knappen Überblick über das weite Feld der Alkoholabhängigkeit geben, um dann die Beweggründe für meine Arbeit und deren Inhalte zu erläutern.

# 1. Alkoholabhängigkeit

## 1.1 Epidemiologie

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) aktualisiert jährlich Zahlen rund um den Alkoholkonsum in Deutschland. Den aktuellen Ergebnissen kann man entnehmen, dass knapp 1,8 Millionen Deutsche alkoholabhängig sind. Das entspricht 2,0% der weiblichen und 4,8% der männlichen Bevölkerung. Insgesamt trinken in Deutschland ungefähr 10 Millionen Menschen Alkohol in gesundheitlich riskanter Menge (DHS, 2014). Für Frauen gilt eine Menge von 12 g reinen Alkohols täglich als gesundheitsschädlich, für Männer mehr als 24 g (Mann et al., 2010, S. 25).

Eine weitere wichtige Kenngröße für den internationalen Vergleich des Alkohol-Konsums ist der Pro-Kopf-Konsum von Reinalkohol, der aus Daten der Alkoholwirtschaft berechnet wird: zur produzierten Gesamtmenge an Alkohol eines Landes addiert man den Import und subtrahiert den Export von Alkohol. Trotz des seit 1990 leicht rückläufigen Pro-Kopf-Konsums der Deutschen gehört Deutschland im internationalen wie auch im europäischen Vergleich zum oberen Drittel. Den höchsten Alkoholkonsum findet man vor allem in West- und Osteuropa.

*Tabelle 1: Pro-Kopf-Verbrauch in Liter reinen Alkohols in Deutschland*

<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2008*</b>	<b>2009*</b>	<b>2010*</b>	<b>2012*</b>
11,1 Liter	10,5 Liter	10 Liter	9,9 Liter (0,0%)	9,7 Liter (-2,0%)	9,6 Liter (-1,0%)	9,5 Liter (-0,6%)

\*Veränderung in Prozent gegenüber Vorjahr

*(Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2014)*

Die gesundheitspolitische Relevanz der Alkoholabhängigkeit wird zum einen durch diese eindrücklichen Zahlen erkennbar, zum anderen aber auch durch die Konsequenzen, die ein derartiger Alkoholkonsum mit sich bringt. Dabei geht es nicht nur um den Betroffenen persönlich. Vielmehr ziehen die Folgen immer größere Kreise in Mitleidenschaft, von den Angehörigen über Unbeteiligte bis hin zu Kosten, die für die Gesellschaft eines Landes entstehen.

Für den Betroffenen lassen sich die Folgeschäden der Alkoholabhängigkeit in medizinische, psychische und soziale Folgen einteilen. Sie entstehen laut Babor aufgrund der körperlichen Toxizität des Alkohols, der Intoxikation, des Rausches und der daraus potentiell entstehenden Abhängigkeit (2010, S. 14). Das Ausmaß an Folgeschäden hängt von der Menge des konsumierten Alkohols sowie vom Muster des Konsums ab. Die wichtigsten kausal mit Alkohol assoziierten Erkrankungen sind:

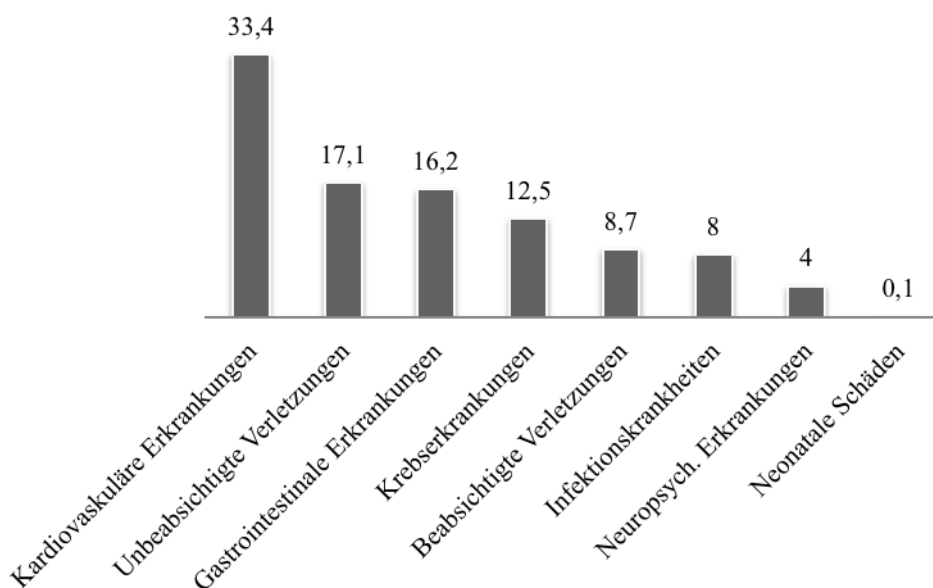
- neuropsychiatrische Erkrankungen
- gastrointestinale Erkrankungen wie Leberzirrhose und Pankreatitis
- verschiedene Krebserkrankungen, z.B. das kolorektale Karzinom
- beabsichtigte und unbeabsichtigte Verletzungen
- kardiovaskuläre Erkrankungen
- Frühgeburtlichkeit und fetale Schädigung

(*Global status report on alcohol and health*, WHO, 2014)

Im Rahmen des WHO-Projekts *Global burden of disease* (Murray und Lopez, 1997) wurde ein Maß zur Abschätzung einer bestimmten Krankheitslast entwickelt: DALY steht für „Disability Adjusted Life Years“. Sie berechnen sich aus der Summe der durch Krankheit verlorenen Jahre durch frühzeitigen Tod (Years of Life Lost, YLL) und aus der Summe der mit Behinderung verbrachten Jahre (Years Lost due to Disability, YLD). So werden die Jahre voller Gesundheit erfasst, die einer Bevölkerung durch eine Krankheit verloren gehen (Murray und Lopez, 1997). Laut Rehm et al. (2009) waren 2004 in Deutschland 992.000 DALY auf Alkohol bezogene Erkrankungen, Unfälle oder Verletzungen zurückzuführen, wobei die Mehrzahl Männer betrifft (738 000). In Europa machten nach WHO 2012 die alkoholassoziierten DALY 12,8% aller DALY aus, was in der Summe rund 16 Millionen verlorener Lebensjahre entspricht (WHO, 2014).

Laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. war 2012 die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ die zweithäufigste Einzeldiagnose in deutschen Krankenhäusern (345.034 Behandlungsfälle) (DHS, 2014). Dort heißt es außerdem, dass man in Deutschland von rund 74 000 alkoholassoziierten Todesfällen jährlich ausgeht (26% durch Alkoholkonsum allein, 74% durch Alkohol- und Tabakkonsum bedingt). Alkoholbedingte Todesfälle machen bei Frauen 13%, bei Männern 25% aller Todesfälle aus (Alter: 35 bis 64 Jahre).

*Grafik 1: globale Verteilung aller alkoholassoziierten Todesfälle 2012*



*(Quelle: Global status report on alcohol and health, WHO, 2014)*

Neben den körperlichen Folgestörungen, deren Pathophysiologie nicht Inhalt dieser Arbeit sein soll, sind darüber hinaus die psychischen und sozialen Beeinträchtigungen durch Alkoholkonsum von Bedeutung. Die Frage der Kausalität bleibt immer zu einem gewissen Grade offen – schließlich können Folgen oft auch als Anlass oder Grund *für* den Alkoholkonsum fungieren.

Durch anhaltenden Alkoholkonsum kommt es zu kognitiven Beeinträchtigungen und einem Verlust psychomotorischer Fähigkeiten, was sich negativ auf die allgemeine Leistungsfähigkeit und somit auch auf das Arbeitsvermögen auswirkt. Außerdem ergeben



sich häufig Persönlichkeitsveränderungen, woraus weitere soziale Probleme, vor allem in Familie und Partnerschaft, entstehen. Andere Aspekte dieser oft abwärts führenden Spirale sind Gewalt und Unfälle, die auch Dritte betreffen können.

Die entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten lassen sich in direkte Kosten durch Ressourcenverbrauch und indirekte Kosten durch Ressourcenverluste einteilen. Die Hälfte der direkten Kosten (2007 rund 10 Milliarden Euro) entsteht durch ambulante und stationäre Behandlungen. Der Rest fällt durch Sachschäden, Verkehrsunfälle und sonstige Ursachen an. Diese Summe wird allerdings noch durch die indirekten Kosten übertroffen, die 2007 auf 16,7 Milliarden Euro geschätzt wurden. Mehr als zwei Drittel ergeben sich aus dem Ausfall von Arbeitsleistung aufgrund frühzeitigen Versterbens, 10% aus Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, ein kleiner Rest aus Arbeitsausfall durch Rehabilitation (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2014).

Heute geht man davon aus, dass es durch das Zusammenspiel vieler verschiedener Faktoren zur Ausbildung einer Alkoholabhängigkeit kommen kann. Das Dreiecksmodell von Feuerlein (1969, zitiert nach Feuerlein et al., 2008, S. 20) ist auch heute noch aktuell. Es zeigt drei große Faktorengruppen: den Alkohol an sich, der ein Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential enthält, das soziale Umfeld, das bei der Familie beginnt und bei der Gesellschaft mit ihren Traditionen und Konventionen aufhört, und zuletzt natürlich das Individuum mit seinen biologischen und psychischen Anlagen und Eigenheiten.

## **1.2 Diagnostik**

Die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ wird üblicherweise anhand zweier verschiedener Klassifikationssysteme gestellt. Die *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* ICD-10 ist das internationale Klassifikationssystem der WHO (2013), während das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM-IV der American Psychiatric Association ein nationales Klassifikationssystem der USA ist (2000). Inhaltlich unterscheiden sich die Definitionen der Alkoholabhängigkeit allerdings nur äußerst diskret. In der ICD-10 werden zwei Kriterien des DSM-IV zu einem Punkt zusammengefasst, die Anführung der Kriterien erfolgt in unterschiedlicher Reihenfolge. In beiden Systemen

müssen für die Diagnosestellung die Kriterien über den Zeitraum der letzten 12 Monate vorliegen.

*Tabelle 2: ICD-10 versus DSM-IV*

<b>ICD-10 Abhängigkeitssyndrom</b>	<b>DSM-IV Alkoholabhängigkeit</b>
Manifestation von mindestens drei Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate.	Manifestation von mindestens einem Kriterium innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten.
<b>Craving:</b> Der starke Wunsch oder subjektiver Zwang, Alkohol zu konsumieren.	
<b>Kontrollverlust:</b> Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.	Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Konsum zu kontrollieren oder zu reduzieren.  Alkoholkonsum länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt.
<b>Körperliches Entzugssyndrom:</b> Bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.	Entzugssymptome
<b>Nachweis einer Toleranz.</b>	Toleranzentwicklung
<b>Fokussierung auf Alkohol:</b> Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums.	Vernachlässigung beruflicher oder privater Pflichten und großer Zeitaufwand zur Beschaffung von Alkohol, seinem Konsum und der Regeneration davon.
<b>Anhaltender Alkoholkonsum:</b> Trotz Nachweises eindeutiger physischer oder psychischer schädlicher Folgen.	Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz Kenntnis daraus resultierender negativer Folgen.

*(Quelle: eigene Gegenüberstellung nach: Lindenmeyer, 2005)*

### 1.3 Therapie

Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit umfasst die akutmedizinische Versorgung (die Entgiftung bzw. den Entzug), die meist in internistischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern oder in der Suchtmedizin psychiatrischer Kliniken stattfindet. Die Kosten der Therapie, die bis zu drei Wochen dauern kann, übernimmt die Krankenkasse oder der Sozialhilfeträger. Ziel der Behandlung ist die unmittelbare Abstinenz. Man unterscheidet zwischen „einfacher“ und „qualifizierter“ Behandlung, wobei letztere speziell motivationsfördernde Elemente beinhaltet, um eine Fortsetzung der Inanspruchnahme therapeutischer Unterstützung auch nach Abschluss der reinen Entzugsbehandlung zu fördern.

Die Postakutbehandlung oder Rehabilitationstherapie (die Entwöhnung) kann ambulant, teilstationär oder in Suchtfachkliniken erfolgen. Sie dauert in der Regel zwischen 12 und 36 Wochen. Die Kosten werden von der Renten- oder der Krankenversicherung oder dem Sozialhilfeträger übernommen. Die Entwöhnung soll der Rückfallprophylaxe dienen. Therapieziel ist die nachhaltige Remission der Alkoholabhängigkeit. Dabei muss allerdings erwähnt werden, dass die absolute Abstinenz eine „Idealnorm“ ist und dass die Therapieziele auf den individuellen Fall abgestimmt werden sollten (Kiefer und Mann, 2011).

Viele Patienten profitieren von der langfristigen Teilnahme an Selbsthilfegruppen, wie sie beispielsweise von den *Anonymen Alkoholikern* oder dem *Kreuzbund* angeboten werden. Emrick et al. (1993) wiesen einen Zusammenhang zwischen dem kontinuierlichen Besuch einer Selbsthilfegruppe der *Anonymen Alkoholiker* und dem Behandlungserfolg, der Abstinenz, nach.

## 2. Der Rückfall

In Zeiten evidenzbasierter Medizin ist der empirische Nachweis der Wirksamkeit einer Behandlung von großer Relevanz. Im Falle der Alkoholabhängigkeit geht es folglich darum, ob ein Patient nach Therapieende abstinent bleibt oder rückfällig wird. Doch nicht nur, um die Effektivität der Therapie zu evaluieren, sondern weil – wie oben angeführt – schädlicher Alkoholkonsum so weitreichende Folgen für den Einzelnen und die Gesellschaft hat, soll der Rückfall größere Aufmerksamkeit erhalten.

Betrachtet man die Rückfallquoten ein Jahr nach Abschluss einer qualifizierten Entzugsbehandlung, findet man je nach Studie Rückfallquoten von 40-60% (Mann et al., 2010; Demmel et al., 2001, Olbrich, 2001). Allerdings muss man berücksichtigen, dass ein Teil der Patienten eine nachfolgende Rehabilitationsbehandlung wahrgenommen hat, was sich in der Regel positiv auf die Abstinenz auswirkt. In älteren Studien wie der von Bechert et al. (1989) und Veltrup (1995) findet man Rückfallquoten nach einem Jahr von bis zu 60-80% (Körkel und Schindler, 2003).

„Berausende“ Ergebnisse sind etwas anderes – diese Zahlen zeigen, dass im Outcome der Therapie der Alkoholabhängigkeit durchaus Raum für Optimierung besteht. Ein zu schlechtes Licht sollten diese Ergebnisse jedoch nicht auf die Behandlung Alkoholabhängiger werfen. Trotz der hohen Rückfallquoten finden immer noch mehr Betroffene nach einer Therapie zurück in ein Leben ohne Alkohol, als es ohne Therapien der Fall wäre (Süß, 1995). Eher sollte man kritisch beleuchten, wie der typische Verlauf einer Alkoholabhängigkeit gesellschaftlich gesehen wird und wie realitätsnah diese Beurteilung tatsächlich ist. Die traditionelle Position zu einem Rückfall ist, dass er aus einem schwachen Willen des Kranken heraus, aus einem moralischen Defizit entsteht. Der Rückfall wird als Tabu gesehen, als Versagen des Abhängigen. Die Abstinenz entspricht der Norm, die nach einer Therapie einzuhalten ist – aber nicht erreicht wird.

Man muss festhalten, dass dieses Urteilen in „richtig“ und „falsch“ Alkoholabhängigen nicht gerecht wird. Wichtiger wäre es, ein umfassenderes Verständnis der Krankheit „Alkoholabhängigkeit“ mitsamt dem Rückfall zu fördern, um ein konstruktiveres und verständnisvolleres Umfeld für die Betroffenen zu schaffen.

Über die Jahre wurden verschiedene Rückfallmodelle ausgearbeitet, die je nach Schule unterschiedlich strukturiert sind. So gibt es unter anderem ein kognitiv-behaviorales und ein psychoanalytisches Rückfallmodell, ein neurobiologisches und ein systemisches Rückfallmodell. So sehr sich die einzelnen Modelle in ihrem Hintergrund unterscheiden, so ermöglichen sie in ihrer Kombination ein gutes Verständnis des Rückfallgeschehens. Im psychoanalytischen Modell findet die Vergangenheit des Einzelnen sowie die davon nicht unabhängige psychische Vulnerabilität Beachtung. Dagegen konzentriert sich das systemische Rückfallmodell auf die beziehungs-dynamischen Aspekte in Familie oder Partnerschaft, die mit einem Rückfall in Verbindung stehen können.

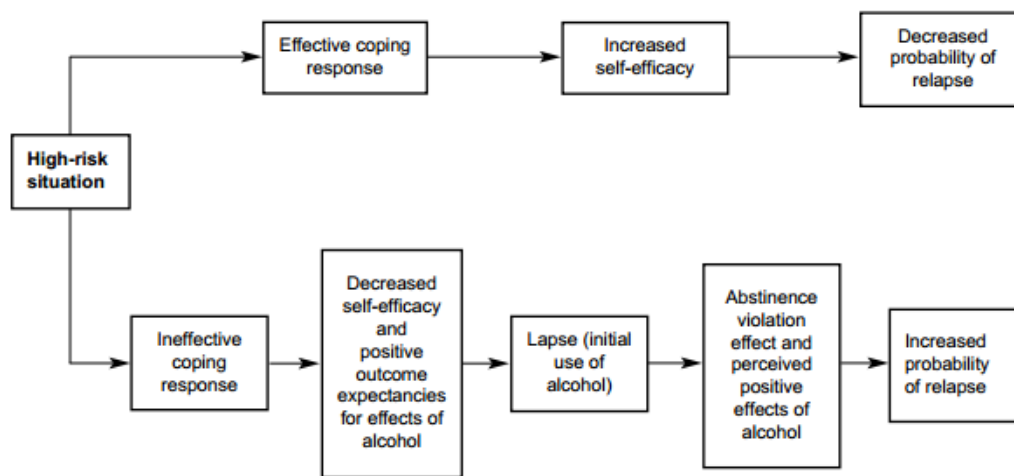
## **2.1 Das Rückfallmodell nach Marlatt und Gordon (1985)**

Das kognitiv-behaviorale Rückfallmodell von Marlatt und Gordon (1985) hebt sich in vielen Beziehungen von dem oben erwähnten „klassischen“ Rückfalldenken der breiten Masse ab. Die amerikanischen Suchtpsychologen entwickelten ein Modell, das der Realität eines Alkoholabhängigen angepasst ist und sich differenziert mit den Umständen eines Rückfalls auseinandersetzt. Der Fokus dieses Modells liegt auf der Reaktion eines Individuums in einer so genannten „Hochrisiko-Situation“, in der eine spezielle Gefährdung zum erneuten Trinken besteht. Relevant dafür ist die Interaktion der betroffenen Person mit den Risikofaktoren der Umwelt. Dazu gehören Einflüsse des sozialen Umfelds, der mögliche Zugang zum Alkohol und die Konfrontation mit Stimuli, die zum Alkoholkonsum anregen können. Individuell verschieden sind die Ressourcen, die einer Person in einer solchen Situation zur Verfügung stehen. Das sind zum einen Bewältigungsstrategien (für diese Situationen), die Selbsteinschätzung zur Bewältigung der Situation (Selbstwirksamkeit, s.u.), die Wirkungserwartung an den Alkoholkonsum (z.B. Verbesserung der Stimmung, Nachlassen der Entzugssymptome) und die momentane Lebenssituation. Fehlt es einer Person an Zuversicht, eine gefährliche Situation meistern zu können, bzw. verfügt die Person über keine effektiven Bewältigungsstrategien, so wird sie wahrscheinlicher der Versuchung „nachgeben“ und rückfällig werden (Marlatt und Witkiewitz, 2005).

Laut Marlatt ist es sehr wahrscheinlich, dass einer Person beim Versuch, ihr problematisches Verhalten zu ändern, ein „Ausrutscher“ (englisch *lapse*) zurück zum vorigen Verhalten passiert. Der Rückfall gehört in diesem Modell viel eher zum typischen Verlauf der Krankheit

dazu – und wird nicht als Scheitern per se gesehen. Entweder entsteht aus dem „Fehltritt“ eine Rückkehr, ein Rückfall zum ursprünglichen Verhalten (englisch *relapse*) oder die Person wächst daran, macht einen „Fortschritt“ (englisch *prolapse*) und findet sich gestärkt auf ihrem neuen Weg wieder. Somit wird im Rückfall auch eine Chance gesehen, sich weiterzuentwickeln.

Grafik 2: *The original cognitive-behavioral model of relapse, Marlatt & Gordon (1985)*



(Quelle: Larimer et al., 1999)

Für Marlatt und Gordon (1985) stellt ein Rückfall weniger ein singuläres Ereignis als einen zeitlichen Prozess dar. Sie benennen folgende Kategorien als Hochrisiko-Situationen:

1. eine negative Gemütslage
2. zwischenmenschliche Konflikte
3. sozialer Druck
4. positive Stimmungen
5. Austesten der eigenen Bewältigungsstrategien

Nach ihren Studien entstanden 75% der Rückfälle aus Situationen, die den Kategorien „Negative Gemütslage“, „zwischenmenschliche Kontakte“ und „sozialer Druck“ angehören,

die übrigen 25% waren „positiven Stimmungen“ und dem „Austesten der eigenen Bewältigungsstrategien“ zuzuordnen (Marlatt und Gordon, 1985).

Die kognitiv-behaviorale Rückfalltheorie von Marlatt hat über die Jahre einen Differenzierungsgrad wie kein anderes Modell erreicht (Körkel und Schindler, 2003). Viele empirische Untersuchungen evaluierten seine Aussagekraft. So bestätigten beispielsweise auch Bischof et al. (2003) die Annahme, dass es von äußeren Stressoren und den intrapsychischen Ressourcen des Individuums abhängt, ob ein Rückfall eintritt oder nicht.

Den Grundstein für Marlatts Rückfallmodell findet man in Albert Banduras Konstrukt der Selbstwirksamkeit (1977), das er ausgehend von der sozialkognitiven Lerntheorie entwickelte. Selbstwirksamkeit beschreibt das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, einer Herausforderung gewachsen zu sein und ihr zu trotzen. Sie beschreibt die subjektive Überzeugung, aus eigener Kraft und Motivation eine gewünschte Handlung erfolgreich durchführen zu können. Die Wahrnehmung und Bewertung einer Situation, die intrinsische Motivation und somit auch die Leistungsfähigkeit werden maßgeblich von den Selbstwirksamkeitserwartungen einer Person beeinflusst (Bandura, 1977).

Lee et al. (1999) betrachteten die Selbstwirksamkeit als „Mediator“ zwischen Vorsatz und Handlung. Die alkoholbezogene Selbstwirksamkeit entspricht der Abstinenzzuversicht und wurde als die Erwartung einer Person definiert, mit dem Trinken aufzuhören, in riskanten Situationen abstinent zu bleiben bzw. nach einem „Fehltritt“ nicht in alte Trinkmuster zurückzufallen (DiClemente et al., 1995). Als weitere wichtige Variable für die Beurteilung der Rückfallwahrscheinlichkeit nannten DiClemente et al. (2001) die Versuchung, wieder Alkohol zu konsumieren. Die Versuchung korreliert negativ mit der Abstinenzzuversicht (DiClemente et al., 2001).

Im Modell von Marlatt und Gordon (1985) fällt der Selbstwirksamkeit eine Schlüsselrolle für die Entwicklung der Abstinenz oder eines Rückfalls zu. Ihre Annahmen wurden in vielen empirischen Untersuchungen bestätigt. Einige Studien fanden Belege dafür, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen der Abstinenzzuversicht einer Person und ihrer späteren Abstinenz gibt (Vielva und Iraurgi, 2001; Miller et al., 1989; Goldbeck et al., 1997; Rist und Watzl, 1983; Allsop et al., 2000).

Andere Studien beobachteten die Entwicklung der Abstinenzzuversicht über die Zeit der stationären Behandlung und betrachteten einen Anstieg als Therapieeffekt. Rist und Watzl (1983) konnten einen Anstieg der alkoholbezogenen Selbstwirksamkeitserwartungen von Beginn bis zum Ende der Therapie bestätigen. Auch bei DiClemente et al. (1995) findet man eine signifikante Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartungen. Die Grundaussage des vorgestellten Modells war, dass ein Rückfall in Abhängigkeit vom Zusammenspiel äußerer Umstände und persönlicher Faktoren des Individuums wahrscheinlicher ist oder nicht. Zum einen können die äußeren Umstände Versuchungen mit sich bringen, zum anderen unterscheiden sich die Individuen in ihren psychosozialen Dispositionen.

## **2.2 Geschlechtsspezifische Besonderheiten**

Wenn man an die Unterschiede zwischen einzelnen Individuen denkt, liegt der Verdacht nahe, dass Frauen und Männer unterschiedlich auf ähnliche Herausforderungen reagieren. Schließlich kann man vermuten, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen wie Bewältigungsstrategien und die Widerstandsfähigkeit zwischen den Geschlechtern variieren und dass sie sich in unterschiedlichen Situationen besonders in Versuchung bzw. besonders zuversichtlich fühlen. Bisherige Studienergebnisse ergeben kein homogenes Bild. Saunders et al. (1993) fanden Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Entschlusskraft und in der Zuversicht, abstinent zu bleiben. Bei Litman et al. (1983) und Zywiak et al. (1996) stellte sich heraus, dass Frauen und Männer unterschiedliche Situationen als abstinentgefährdend einschätzten. Annis et al. (1980) konnten hingegen mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede zwischen Frauen und Männern finden. In den Ergebnissen ihrer Studie ähnelten sich Bewältigungsstrategien und die Einschätzung von Gefahrensituationen. Bischof et al. (2005) beobachteten deutlichere Geschlechtsunterschiede in der Versuchung als in der Abstinenzzuversicht.



### 3. Ziel dieser Arbeit

Bisher wurde in Studien immer nur die „globale“ alkoholbezogene Selbstwirksamkeit untersucht. Diese generelle Selbstwirksamkeit soll hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartungen in unterschiedlichen Situationen differenziert betrachtet werden. Es werden Kategorien von Situationen definiert, die unterschiedliche Versuchungen zum erneuten Alkoholkonsum in sich tragen. Gegenstand der vorliegenden Studie ist die genaue Analyse der alkoholbezogenen Selbstwirksamkeit (entsprechend der Abstinenzzuversicht) sowie der Versuchung in einzelnen Situationen, wieder Alkohol zu trinken, wie zum Beispiel in positiven oder negativen Gemütslagen oder in Situationen, in denen die Betroffenen unter sozialem Druck stehen.

Folgende Fragestellungen wurden bearbeitet:

- Gibt es bestimmte Situationen, in denen die Versuchung, wieder Alkohol zu trinken, besonders groß ist oder die darauf bezogene Zuversicht, dem Alkohol widerstehen zu können, besonders groß oder klein ist?
- Als wie gefährdend werden unterschiedliche Situationen von Alkoholabhängigen eingeschätzt?
- Gibt es diesbezüglich Unterschiede zwischen Patienten, die im weiteren Verlauf abstinent bleiben, und Patienten, die später rückfällig werden?
- Gibt es diesbezüglich Unterschiede zwischen Frauen und Männern?
- Wie entwickeln sich die subjektive Zuversicht bzw. Versuchung vom Beginn bis zum Ende der Entzugstherapie?
- Gibt es bestimmte Situationen, bei denen die darauf bezogene Abstinenzzuversicht einen Rückfall vorhersagen kann?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung an empfundener Zuversicht oder Versuchung und der Varianz des Outcomes (Rückfall ja/nein)?
- Ist es so, dass Patienten, die in einer bestimmten Kategorie von Situationen eine besonders geringe Abstinenzzuversicht oder große Versuchung verspüren, dann auch vermehrt rückfällig werden?

- Kann man aus den Angaben über die eigene Zuversicht oder über Versuchungskonstellationen ableiten, ob jemand ein erhöhtes Rückfallrisiko aufweist?

Alle diese Aspekte werden in der vorliegenden Arbeit genau untersucht, um das Verständnis des Rückfallgeschehens zu erweitern und um womöglich Anregungen für Prävention und Therapie zu gewinnen.

## II. Methoden

---

### 1. Die Stichprobe

Die Patienten der vorliegenden Stichprobe wurden im Rahmen der Studie „Manualisierte, bedarfsorientierte Psychoedukation in der Akutbehandlung Alkoholabhängiger zur Verbesserung der Inanspruchnahme weiterer Hilfen“ rekrutiert, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wird. Diese prospektive, offene, randomisierte und kontrollierte Studie wird an den psychiatrischen Kliniken in Regensburg und München Haar durchgeführt. Die Projektleitung hat Prof. Dr. Norbert Wodarz inne. In der Studie wird untersucht, ob eine motivierende Psychoedukation in der stationären Entzugsbehandlung „die Wahrscheinlichkeit zur Inanspruchnahme einer Postakutbehandlung steigern kann“ (Weber et al., 2010) und auf diese Weise eventuell das Outcome, die Abstinenzrate, verbessert.

Der Großteil der Probanden dieser Stichprobe befand sich in den Jahren 2009 und 2010 auf der Entzugsstation 19B des Bezirksklinikums Regensburg (Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg) in Behandlung. Ein kleinerer Teil stammte aus dem Patientenkollektiv, das das Klinikum München-Ost in Haar in die Studie aufgenommen hatte. Die Diagnose der Alkoholabhängigkeit stellte der behandelnde Arzt nach den diagnostischen Leitlinien der ICD-10 und DSM-IV.

Alle zur Entzugstherapie aufgenommenen Patienten durchliefen ein Screening zur Studienaufnahme. Einschlusskriterien waren a) ein Alter zwischen 18 und 65 Jahren, b) das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 und DSM-IV und c) die freiwillige Entscheidung zur Therapie. Die Ausschlusskriterien umfassten a) eine aktuell oder während der letzten 12 Monate behandlungsbedürftige psychiatrische Störung zusätzlich zur Abhängigkeit, b) eine Abhängigkeit von anderen Substanzen als Nikotin und Alkohol, c)

schwere neurologische Erkrankungen in der Vorgeschichte, d) eine Wiederaufnahme in die Studie und e) mangelnde Zustimmungsfähigkeit (durch Taub- oder Blindheit oder unzureichende deutsche Sprachkenntnisse).

Die Aufklärung erfolgte schriftlich und mündlich; nach schriftlicher Zustimmung der Probanden war ein Widerruf der Einwilligung zu jedem Zeitpunkt möglich. Die Gesamtheit der Daten wurde anonymisiert; die Zustimmung der Ethikkommission der Universität Regensburg lag vor.

Bis zum Jahresbeginn 2013 waren 214 Patienten in die BMBF-Studie aufgenommen worden. Davon konnten in die vorliegende Untersuchung 120 Patienten eingeschlossen werden, da bei ihnen vollständige Datensätze der relevanten Fragebögen vorlagen. Ursachen der Unvollständigkeit waren, dass Patienten Fragen nicht beantworteten oder bislang keine Follow-Up-Befragungen erfolgten.

## **2. Durchführung und Instrumente**

Nach Einwilligung der Patienten begannen die Befragungen mit standardisierten Fragebögen, die sich über den in der Regel zweiwöchigen stationären Aufenthalt des Entzugs erstreckten. Ein Teil umfasste die Selbstbeurteilung, in der die Patienten eigenständig Fragebögen zu ihrer Alkoholabhängigkeit und ihrer Befindlichkeit ausfüllten, die sie zu definierten Zeitpunkten ausgehändigt bekamen (Visite 1-5). Die Fremdbeurteilung durch geschulte Interviewer fand an mindestens zwei Terminen statt und diente der Erfragung der Patientendaten und der Diagnostik der Alkoholerkrankung und anderer psychischer Erkrankungen. Nach Entlassung wurden die Patienten nach drei, sechs und zwölf Monaten zu katamnestischen Follow-Up-Interviews eingeladen oder, wenn anders nicht möglich, telefonisch befragt. Die Untersuchungen konzentrierten sich auf drei Zeitpunkte: den Beginn der stationären Entzugstherapie, deren Ende sowie die Katamnese 12 Monate nach Entlassung.

Im Rahmen der Randomisierung wurden mit dem Fragebogen *Patientendaten* demographische Variablen erfasst. Dazu zählen unter anderem das Alter des Patienten, das Geschlecht, die Wohnsituation vor Aufnahme in die Entzugsbehandlung, der Familienstand, ein mögliches Migrationserlebnis und der höchste erreichte Schul- bzw. Berufsabschluss.

Zu Beginn des stationären Entzugs (Zeitpunkt R, R für Randomisierung) sowie kurz vor der Entlassung (Zeitpunkt V5, Visite 5) wurden die Patienten zu ihrer alkoholbezogenen Selbstwirksamkeit befragt. Hierfür wurde die „Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale“ (AASE) von DiClemente et al. (1994) in der deutschen Übersetzung eingesetzt. Am Beispiel von 20 typischen Risikosituationen werden in diesem Fragebogen die aktuelle Versuchung, Alkohol zu trinken, bzw. die aktuelle Zuversicht, in der entsprechenden Situation nicht zu trinken, ermittelt. Die Zuversicht wird als Gradmesser der Selbstwirksamkeitsüberzeugung verstanden. Die Unterteilung dieser Risikosituationen erfolgt in vier Subskalen mit jeweils fünf Fragen zu den Aspekten:

1. Negativer Affekt: wenn man niedergeschlagen, wütend, beunruhigt (...) ist
2. Soziale Versuchung bzw. positive Gefühle: wenn es einem gut geht, man feiern möchte, in Gesellschaft ist oder zur Entspannung trinken möchte
3. Körperliche Beschwerden bzw. Sorgen um andere
4. Entzugserscheinungen bzw. Drang (Craving): wenn man ein starkes Verlangen nach Alkohol spürt und eventuell seine Kontrollfähigkeit austesten möchte

Die Antwortmöglichkeiten erstrecken sich auf einer 5-Punkt-Likert-Skala von „gar keine“, über „eher keine“, „etwas“, „große“ bis „sehr große“ Versuchung/Zuversicht kodiert von 0 bis 4.

Mit der AASE bekamen die Patienten zusätzlich den „Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht“ KAZ-35 ausgehändigt. Dieser Fragebogen wurde von Körkel und Schindler entwickelt (1996) und ähnelt dem Teil der AASE, der die alkoholbezogene Selbstwirksamkeit (Zuversicht) erfragt. Im KAZ-35 wird in 35 Fragen die Zuversicht erfasst, in bestimmten Situationen abstinent bleiben zu können. Die Selbsteinschätzung basiert auf einer 6-stufigen Ratingskala (0 – 20 – 40 – 60 – 80 – 100 %, entsprechend „überhaupt nicht zuversichtlich“ bis „total zuversichtlich“). Die potentiell abstinenzgefährdenden Situationen lassen sich vier Subskalen zuordnen:

1. Unangenehme Gefühle: 10 Fragen
2. Angenehme Gefühle: 6 Fragen
3. Sozialer Druck: 9 Fragen
4. Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit: 10 Fragen

12 Monate nach Entlassung wurde in einem erneuten Interview, der Katamnese, neben anderen sozioökonomischen (z.B. Berufsstatus) und alkoholbezogenen Themen das Auftreten eines Rückfalls zum Alkoholkonsum erhoben. In diese Arbeit wurden nur diejenigen Fälle aufgenommen, die zur Katamnese nach 12 Monaten erschienen waren. Dies entspricht dem „Katamnesestandard 3“ der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS 3). Ein Rückfall war definiert als jeglicher Konsum von Alkohol in den letzten 12 Monaten. In dieser Arbeit werden aus Gründen der Einfachheit die Patienten in Bezug auf ihr Outcome als (später) „Abstinente“ bzw. „Nicht-Abstinente“ oder „Rückfällige“ benannt.

### **3. Statistische Analysen**

Die statistischen Analysen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for Social Studies) in der Version 20.0 durchgeführt. Das Signifikanzniveau lag bei  $p \leq 0,05$ .

Das Alter der Studienteilnehmer wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test auf das Vorliegen einer Normalverteilung geprüft.

Anhand von Kreuztabellen wurden kategoriale Variablen auf Gruppenunterschiede überprüft (z.B. Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Familienstand) und mithilfe des Chi-Quadrat-Tests ( $\chi^2$ ) validiert. Der  $\chi^2$ -Test vergleicht relative Häufigkeiten bei zwei unabhängigen Stichproben und prüft die Signifikanz möglicher Unterschiede.

Anstelle von t-Tests wurden zum Vergleich der Subskalen der AASE nicht-parametrische Tests durchgeführt. Diese setzen keine bestimmte Verteilungsform (Normalverteilung) voraus und finden auch bei ordinal-skalierten Variablen Anwendung und waren deshalb für die

Analyse der *AASE* geeignet, deren Werte keine Normalverteilung aufweisen. Hierbei handelt es sich um Rangsummentests, bei denen anstelle der Original-Messwerte mit deren Rangzahlen gerechnet wird. Die Berechnungen erfolgten mit den Summenscores der einzelnen Subskalen. Die Werte konnten zwischen 0 und 20 liegen (Antwortmöglichkeiten der Fragen auf 5-Punkt-Likert-Skala, s.o.).

Da auch die Subskalenwerte des *KAZ-35* keiner Normalverteilung unterlagen, dienten seiner Analyse ebenfalls die im Folgenden beschriebenen nicht-parametrischen Tests. Für den *KAZ-35* lagen die Ergebnisse der einzelnen Subskalen in Form von Mittelwerten vor (Antwortmöglichkeiten von 0 – 20 Prozent, s.o.).

#### (1) Friedman-Test

Um herauszufinden, ob sich die Subskalen (s.o.) untereinander signifikant unterscheiden, welche Subskalen in der *AASE* besonders stark ausgeprägt sind und ob eventuell eine Subskala in der Versuchung bzw. der Zuversicht heraussticht, wurde der Friedman-Test eingesetzt. Dieser vergleicht mehr als zwei verbundene Stichproben (die einzelnen Subskalen) in Bezug auf ihre zentrale Tendenz. Der Friedman-Test basiert auf der Analyse von Rangsummen. Ein höherer Mittlerer Rang einer Variablen entspricht einem durchschnittlich höheren Wert dieser Variablen. Die Signifikanz der Ergebnisse kann man an der asymptotischen Signifikanz ablesen.

Dieser Test wurde zu beiden Zeitpunkten (R und V5) für die Geschlechter getrennt durchgeführt sowie innerhalb der Geschlechtsgruppe und einzeln für die später Abstinente bzw. Rückfälligen. Die spätere (Nicht-)Abstinenz wurde am Ergebnis der 12-Monats-Katamnese festgemacht.

#### (2) Wilcoxon-Test

Der Wilcoxon-Test entspricht dem Friedman-Test für genau zwei verbundene Stichproben. Auf diese Weise wurde für jede Subskala einzeln getestet, ob sich deren Werte zwischen den Zeitpunkten R und V5 (Beginn und Ende der Entzugstherapie) signifikant veränderten (Zu- oder Abnahme in der Versuchung/Zuversicht).

Auch dieser Test wurde für Frauen und Männer getrennt durchgeführt. In den Gruppen wurde zwischen später Abstinente und Rückfälligen unterschieden.

### (3) Mann-Whitney-U-Test

Der Mann-Whitney-U-Test ist ein Rangsummentest zum Vergleich unverbundener Stichproben. So wurde für jede Subskala einzeln getestet, ob sich deren Ausprägung zwischen den Gruppen der später Abstinente bzw. Rückfälligen signifikant unterscheiden. Dies wurde zu beiden Zeitpunkten und für die Geschlechter separat durchgeführt. Außerdem wurde auf diese Art überprüft, ob sich die Geschlechter in den Werten der einzelnen Subskalen unterscheiden.

### (4) Deskriptive Statistiken

Um Unterschiede zwischen den Gruppen (Frauen vs. Männer, Abstinente vs. Rückfällige) und zwischen den Zeitpunkten (R und V5) zu veranschaulichen, wurden deskriptive Statistiken angefertigt. Dort findet man eine eingängige Auflistung der Mittelwerte, mitsamt der Minima/Maxima und der Standardabweichung.

### (5) Logistische Regression

Um herauszufinden, ob die Ausprägung der einzelnen Subskalen einen Einfluss auf das Outcome, die Abstinenz nach einem Jahr, hat, wurde eine logistische Regression durchgeführt. Basierend auf Einflussgrößen (hier: die vier Subskalen der AASE) wird per logistischer Regression ein Modell für die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Endereignisses (abstinent: ja oder nein) berechnet. Die logistische Regression wird eingesetzt, um eine Gruppenzugehörigkeit zu prognostizieren. Sie ähnelt der linearen Regression, ist aber für Analysen geeignet, in denen die abhängige Variable dichotom ist. Die Abstinenz nach 12 Monaten ist in diesem Fall die abhängige Variable, während die verschiedenen Subskalen die unabhängigen Variablen darstellen. Es wurde die Methode „Einschluss“ gewählt, in der alle erklärenden (unabhängigen) Variablen gleichzeitig in das Modell aufgenommen werden.



#### (6) Multikollinearität

Die unabhängigen Variablen wurden auf Multikollinearität getestet. Bei bestehender Multikollinearität könnten die Ergebnisse der logistischen Regression dadurch verzerrt werden, dass sich einzelne unabhängige Variablen durch die Korrelation untereinander gegenseitig hemmen oder verstärken. Hierfür wurde eine Korrelationsmatrix erstellt und anschließend überprüft, ob der Ausschluss einzelner unabhängiger Variablen aus dem Regressionsmodell Auswirkungen auf die Ergebnisse hat.

#### (7) Korrelation

Da die Abstinenzzuversicht Inhalt von *AASE* und *KAZ-35* ist, wurde ihre Ausprägung auf Korrelation getestet. In der Typisierung der einzelnen Subskalen gibt es neben Unterschieden auch Überschneidungen. So ähnelt die *AASE*-Subskala „Negative“ eindeutig der *KAZ-35*-Subskala „Negative Gefühle“, zu der man aber auch die „Physical Concerns“ (körperliche Beschwerden, Sorgen um andere) der *AASE* zählen könnte. Die Subskala „Social/Positive“ der *AASE* findet Verwandtschaft in den Subskalen „Positive Gefühle“ und „Sozialer Druck“ des *KAZ-35*.

Die Überprüfung, ob diese verwandten Subskalen bei den Probanden eine ähnlich starke oder schwache Ausprägung hatten, fand mittels einer Korrelationsmatrix statt. In dieser Tabelle kann man die Spearmans Rangkorrelationskoeffizienten ( $Rho$ ) ablesen. Diese Art von Korrelationskoeffizienten ist besonders für ordinalskalierte Variablen sinnvoll und wurde deshalb eingesetzt. Außerdem wurden zur Veranschaulichung der Korrelation zwischen zwei Paaren Streudiagramme erstellt.

#### (8) Multiples Testen

Da es sich um eine explorative Auswertung zur Generierung von Hypothesen für weitere gezielte Untersuchungen handelt, erfolgte im Rahmen meiner Arbeit keine Korrektur für multiples Testen.

# III. Ergebnisse

---

## 1. Patientencharakteristika

Das Kollektiv umfasste 40 Frauen und 81 Männer.

Das Durchschnittsalter der Stichprobe lag bei 47,83 Jahren (Standardabweichung SD = 8,43), wobei Frauen durchschnittlich 49,51 Jahren alt waren (SD = 6,65) und Männer 46,95 Jahre (SD = 9,14). Bei den Frauen lag die Altersspanne zwischen 38 und 64 Jahren, bei den Männern zwischen 20 und 65 Jahren. Das Alter der Männer wies annähernd eine Normalverteilung auf (Kolmogorov-Smirnov-Test, Signifikanz  $p = 0,191$ ).

Der Großteil der Patienten lebte vor der stationären Aufnahme in einer Privatwohnung (Frauen 95,1%, Männer 94,9%). 47,5 % der Frauen und 39,5% der Männer lebten mit ihrem (Ehe-)Partner zusammen, 45 % der Frauen und 42,1% der Männer lebten allein. Die Übrigen lebten mit Verwandten oder Bekannten zusammen.

Signifikante Geschlechtsunterschiede gab es im Familienstand (Chi-Quadrat  $\chi^2 = 15,275$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0,002$ ): 43,9 % der Frauen waren getrennt lebend oder geschieden gegenüber 21,5% der Männer. Nur 12,2% der Frauen waren im Gegensatz zu 45,6% der Männer ledig. Verheiratet waren 39% der Frauen und 31,6% der Männer. Der Rest war verwitwet.

Auch beim höchsten erreichten Schulabschluss zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern ( $\chi^2 = 13,724$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0,003$ ). 51,2% der Frauen hatten die Mittlere Reife erreicht, dagegen nur 19,0% der Männer. Bei den Männern dominierte der Hauptschulabschluss mit 57% (Frauen 36,6%). 21,5% der Männer hatten die Schule mit dem Abitur oder Fachabitur abgeschlossen, hingegen nur 9,8% der Frauen.

Der erreichte Berufsabschluss unterschied sich indessen zwischen Frauen und Männern nicht signifikant. Die Mehrzahl der Patienten hatte eine Lehre oder Ausbildung gemacht (Frauen 75,6%, Männer 74,4%). Bei den Frauen folgte „kein Berufsabschluss“ mit 19,5% (Männer 10,3%), der Fachhochschul- oder Hochschulabschluss war mit jeweils 2,4% bei den Frauen vertreten, während diese höherqualifizierten Abschlüsse bei den Männern häufiger waren (5,1% und 10,3%).

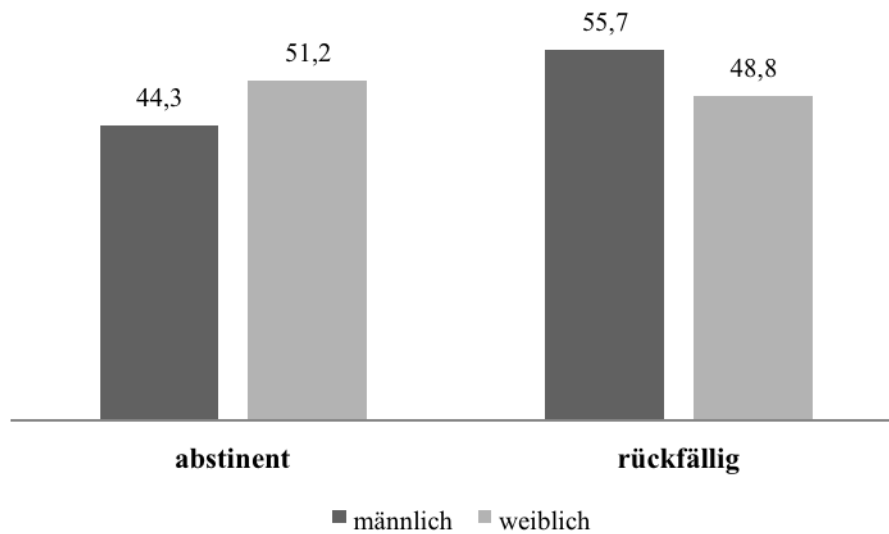
Insgesamt waren 65,3% der Patienten zur Zeit der stationären Therapie berufstätig (Frauen 73,2%, Männer 62,0%), 10,8% waren arbeitslos (Frauen 9,8%, Männer 11,4%). Nicht erwerbsfähig waren 23,3% der Studienteilnehmer (Frauen 17,1%, Männer 26,6%). Die beobachteten Unterschiede zwischen Frauen und Männern stellten sich als statistisch nicht signifikant heraus ( $\chi^2 = 1,622$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,444$ ).

Von den insgesamt 120 Patienten waren 116 in Deutschland geboren (96,7%).

## **2. Katamnese nach 12 Monaten**

Insgesamt waren 64 von 120 Patienten innerhalb eines Jahres seit Entlassung rückfällig geworden, was 53,3% entspricht. Bei den Männern lag die Quote mit 55,7% etwas höher als bei den Frauen (48,8 %). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern erwiesen sich als statistisch nicht signifikant ( $\chi^2 = 0,519$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,471$ ).

Grafik 2: 12-Monats-Katamnese



### 3. AASE

In der AASE (*Alcohol-Abstinence Self-Efficacy Scale*) werden in 20 Fragen anhand typischer Risikosituationen die Versuchung, Alkohol zu trinken, bzw. die Zuversicht, keinen Alkohol zu trinken, erfragt. Diese Risikosituationen gehören vier Subskalen an: 1. Negativer Affekt (Negative Affect), 2. Soziale Versuchung bzw. Positive Gefühle (Social Positive), 3. Körperliche Sorgen bzw. Sorgen um andere (Physical Concerns) und 4. Entzugserscheinungen bzw. Drang (Craving).

Die statistische Analyse erfolgte separat für „Versuchung“ und „Zuversicht“.

#### a) Versuchung

Um herauszufinden, ob sich die vier Subskalen untereinander signifikant in ihrer Ausprägung unterscheiden, wurde der Friedman-Test eingesetzt. Die Berechnungen wurden für die beiden Zeitpunkte R und V5 (Beginn und Ende der Entzugstherapie), für Frauen und Männer

getrennt und in den Geschlechtsgruppen für die Gruppe der Abstinenten bzw. Nicht-Abstinenten durchgeführt.

### (1) Vergleich der Subskalen (Friedman-Test)

Es zeigten sich in CRAVING und NEGATIVE AFFECT durchgehend die höchsten Werte. In diesen Situationen verspürten alle Patienten (Frauen, Männer, später Abstinente und Nicht-Abstinente) die größte Versuchung, Alkohol zu trinken. Die Subskalen unterschieden sich in allen Untersuchungen signifikant voneinander (siehe folgende Tabellen).

Die Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen wurden innerhalb der Gruppen „weiblich abstinent“, „weiblich rückfällig“, „männlich abstinent“ und „männlich rückfällig“ auf signifikante Unterschiede in ihrer Ausprägung getestet. Die Ergebnisse findet man in den folgenden Tabellen.

*Tabelle 3: Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt R; Chi-Quadrat und asymptotische Signifikanz p aus Friedman-Test zeigen an, ob die Unterschiede innerhalb der Gruppen signifikant sind*

<b>Subskalen</b>	<b>weiblich abstinent</b>	<b>weiblich rückfällig</b>	<b>männlich abstinent</b>	<b>männlich rückfällig</b>
Craving	8,43	8,26	7,35	9,12
Physical Concerns	3,95	4,85	4,85	5,25
Negative Affect	7,67	9,9	8,49	10,48
Social Positive	5,19	4,32	5,76	6,6
<b>Chi-Quadrat</b>	17,029	23,551	32,644	46,332
<b>Signifikanz p</b>	0,001*	0,000**	0,000**	0,000**

*\*p<0,05; \*\*p<0,001*

*Tabelle 4: Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt V5; Chi-Quadrat und asymptotische Signifikanz p aus Friedman-Test zeigen an, ob die Unterschiede innerhalb der Gruppen signifikant sind*

<b>Subskalen</b>	<b>weiblich abstinent</b>	<b>weiblich rückfällig</b>	<b>männlich abstinent</b>	<b>männlich rückfällig</b>
Craving	4,9	6,7	6,76	8,33
Physical Concerns	2,86	4,2	4,26	5,15
Negative Affect	5,29	8,1	6,44	8,35
Social Positive	3,19	2,68	5,22	6,22
<b>Chi-Quadrat</b>	9,841	26,171	18,277	35,652
<b>Signifikanz p</b>	0,020*	0,000**	0,000**	0,000**

*\*p<0,05; \*\*p<0,001*

## **(2) Vergleich Abstinente/Nicht-Abstinente (Mann-Whitney-U-Test)**

Betrachtete man die Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen, konnte man eine generelle Tendenz erkennen: diejenigen Studienteilnehmer, die später rückfällig wurden, gaben höhere Werte in der Versuchung an als die später Abstinenten. Dieser Trend war bei V5 stärker ausgeprägt und unter Männern deutlicher. Jedoch stellten sich die beobachteten Unterschiede zwischen den später Abstinenten bzw. Nicht-Abstinenten weder bei den Männern noch bei den Frauen zu beiden Zeitpunkten als statistisch signifikant heraus.

*Tabelle 5: Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt R, asymptotische Signifikanz p der Unterschiede aus Mann-Whitney-U-Test (zweiseitig)*

<b>Subskalen</b>	<b>weiblich abstinent</b>	<b>weiblich rückfällig</b>	<b>Signifi- kanz p</b>	<b>männlich abstinent</b>	<b>männlich rückfällig</b>	<b>Signifi- kanz p</b>
Craving	8,43	8,26	0,913	7,35	9,12	0,127
Physical Concerns	3,95	4,85	0,324	4,85	5,25	0,869
Negative Affect	7,67	9,9	0,164	8,49	10,48	0,105
Social Positive	5,19	4,32	0,872	5,76	6,6	0,821

*\*p<0,05; \*\*p<0,001*

Tabelle 6: Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt V5, asymptotische Signifikanz p der Unterschiede aus Mann-Whitney-U-Test (zweiseitig)

Subskalen	weiblich abstinent	weiblich rückfällig	Signifikanz p	männlich abstinent	männlich rückfällig	Signifikanz p
Craving	4,9	6,7	0,136	6,76	8,33	0,148
Physical Concerns	2,86	4,2	0,129	4,26	5,15	0,319
Negative Affect	5,29	8,1	0,106	6,44	8,35	0,097
Social Positive	3,19	2,68	0,923	5,22	6,22	0,363

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

### (3) Zeitlicher Verlauf: R vs. V5 (Wilcoxon-Test)

Beim Vergleich der beiden Zeitpunkte (R zu Beginn des stationären Entzugs, V5 kurz vor Entlassung) konnte man bei den abstinenten und nicht-abstinenten Frauen in CRAVING eine signifikante Verringerung der Versuchung beobachten (Wilcoxon-Test,  $p = 0,009$  bzw.  $p = 0,017$ ). Die Mittelwerte aller vier Subskalen sanken vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt.

Tabelle 7: Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt R und V5, asymptotische Signifikanz p der Veränderung aus Wilcoxon-Test (zweiseitig)

Subskalen	R: weiblich rückfällig	V5: weiblich rückfällig	Signifikanz p	R: weiblich abstinent	V5: weiblich abstinent	Signifikanz p
Craving	8,26	6,7	0,017*	8,43	4,9	0,009*
Physical Concerns	4,85	4,2	0,245	3,95	2,86	0,154
Negative Affect	9,9	8,1	0,048*	7,67	5,29	0,058
Social Positive	4,32	2,68	0,094	5,19	3,19	0,063

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

Auch die Männer gaben zum zweiten Zeitpunkt eine geringere Versuchung an, was man an den reduzierten Mittelwerten erkennen konnte. Signifikante Verringerungen der Subskalenwerte stellten sich bei den später abstinenten Männern in NEGATIVE AFFECT und SOCIAL POSITIVE heraus ( $p = 0,001$  bzw.  $p = 0,026$ ). Bei den nicht-abstinenten Männern konnte man hingegen eine signifikante Verringerung nur in der Subskala

NEGATIVE AFFECT finden ( $p = 0,004$ ). In diesen Situationen ging die gefühlte Versuchung, wieder zu trinken, zurück.

*Tabelle 8: Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt R und V5, asymptotische Signifikanz p der Veränderung aus Wilcoxon-Test (zweiseitig)*

<b>Subskalen</b>	<b>R: männlich rückfällig</b>	<b>V5: männlich rückfällig</b>	<b>Signifi- kanz p</b>	<b>R: männlich abstinent</b>	<b>V5: männlich abstinent</b>	<b>Signifi- kanz p</b>
Craving	9,12	8,33	0,088	7,35	6,76	0,418
Physical Concerns	5,25	5,15	0,851	4,85	4,26	0,297
Negative Affect	10,48	8,35	0,004*	8,49	6,44	0,001*
Social Positive	6,6	6,22	0,164	5,76	5,22	0,026*

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

#### **(4) Vergleich Frauen/Männer (Mann-Whitney-U-Test)**

Zum Zeitpunkt R gab es in der Gruppe der Abstinenten in allen vier Subskalen keine signifikanten Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Probanden in der Ausprägung der Versuchung. Auch in der Gruppe der Rückfälligen fand man keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

Bei der Betrachtung der Mittelwerte fiel auf, dass die Männer in der Regel etwas höhere Werte für die Versuchung angaben als die weiblichen Studienteilnehmerinnen.

*Tabelle 9: Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt R, asymptotische Signifikanz p des Unterschieds aus Mann-Whitney-U-Test (zweiseitig)*

<b>Subskalen</b>	<b>weiblich abstinent</b>	<b>männlich abstinent</b>	<b>Signifi- kanz p</b>	<b>weiblich rückfällig</b>	<b>männlich rückfällig</b>	<b>Signifi- kanz p</b>
Craving	8,43	7,35	0,429	8,26	9,12	0,515
Physical Concerns	3,95	4,85	0,272	4,85	5,25	0,788
Negative Affect	7,67	8,49	0,497	9,9	10,48	0,799
Social Positive	5,19	5,76	0,186	4,32	6,6	0,074

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$



Diese Beobachtung setzte sich auch zum Zeitpunkt V5 fort. Die Männer wiesen in allen Subskalen höhere Mittelwerte auf als die Frauen. Statistisch signifikant wurde der Geschlechtsunterschied aber allein in der Ausprägung der Subskala SOCIAL POSITIVE ( $p = 0,002$ ). In Situationen, in denen die Patienten unter sozialem Druck stehen oder positiv gestimmt sind, zeigten sich Männer stärker versucht, wieder zu trinken, als Frauen.

*Tabelle 10: Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt V5, asymptotische Signifikanz  $p$  des Unterschieds aus Mann-Whitney-U-Test (zweiseitig)*

<b>Subskalen</b>	<b>weiblich abstinente</b>	<b>männlich abstinente</b>	<b>Signifikanz <math>p</math></b>	<b>weiblich rückfällig</b>	<b>männlich rückfällig</b>	<b>Signifikanz <math>p</math></b>
Craving	4,9	6,76	0,204	6,7	8,33	0,191
Physical Concerns	2,86	4,26	0,117	4,2	5,15	0,436
Negative Affect	5,29	6,44	0,484	8,1	8,35	0,795
Social Positive	3,19	5,22	0,068	2,68	6,22	0,002*

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

## **b) Zuversicht**

Analog zu den oben beschriebenen Analysen wurde auf dieselbe Weise die „Zuversicht“ untersucht.

### **(1) Vergleich der Subskalen (Friedman-Test)**

Die höchsten Werte in der Zuversicht fanden sich in allen Gruppen in den Subskalen SOCIAL POSITIVE und PHYSICAL CONCERNS. In Situationen, die entweder durch soziale Begebenheiten oder positive Gefühle bzw. mit körperlichen Beschwerden oder Sorgen um andere „belastet“ sind, spürten alle Studienteilnehmer die (relativ) größte Zuversicht, abstinente zu bleiben. Die Werte der Subskalen NEGATIVE AFFECT und CRAVING waren durchgehend die niedrigsten. In Momenten negativer Gefühle und körperlicher Entzugssymptome verspürten die Patienten die geringste Zuversicht, dem Alkohol widerstehen zu können. Allerdings unterschieden sich die Subskalen nicht in allen Fällen signifikant. Bei den Frauen unterschieden sich beispielsweise zum Zeitpunkt R die Subskalen

der Abstinenter nicht signifikant voneinander, die der Nicht-Abstinenter hingegen schon. Zum Zeitpunkt V5 gab es bei abstinenter und nicht-abstinenter Frauen keinen signifikanten Unterschied zwischen den Subskalen. Bei den Männern wiederum waren die einzelnen Subskalen zu beiden Zeitpunkten signifikant unterschiedlich ausgeprägt. Man konnte also einen klaren Trend ausmachen, in welchen Situationen die Zuversicht, abstinenter zu bleiben, am niedrigsten war (NEGATIVE AFFECT und CRAVING); als statistisch signifikant erwiesen sich diese Unterschiede aber nicht in allen Gruppierungen.

Wieder wurden die Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen innerhalb der Gruppen „weiblich abstinenter“, „weiblich rückfällig“, „männlich abstinenter“ und „männlich rückfällig“ auf signifikante Unterschiede in ihrer Ausprägung getestet. Die Ergebnisse findet man in den folgenden Tabellen.

*Tabelle 11: Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt R; Chi-Quadrat und asymptotische Signifikanz p aus Friedman-Test zeigen an, ob die Unterschiede innerhalb der Gruppen signifikant sind*

<b>Subskalen</b>	<b>weiblich abstinenter</b>	<b>weiblich rückfällig</b>	<b>männlich abstinenter</b>	<b>männlich rückfällig</b>
Craving	12,3	12,33	11,09	11,77
Physical Concerns	13,7	14,0	12,59	13,0
Negative Affect	10,5	10,58	11,5	9,76
Social Positive	12,57	15,06	12,85	13,07
<b>Chi-Quadrat</b>	4,354	11,841	10,739	30,285
<b>Signifikanz p</b>	0,235	0,008*	0,013*	0,000**

*\*p<0,05; \*\*p<0,001*

*Tabelle 12: Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt V5; Chi-Quadrat und asymptotische Signifikanz p aus Friedman-Test zeigen an, ob die Unterschiede innerhalb der Gruppen signifikant sind*

<b>Subskalen</b>	<b>weiblich abstinent</b>	<b>weiblich rückfällig</b>	<b>männlich abstinent</b>	<b>männlich rückfällig</b>
Craving	13,45	10,5	11,65	11,9
Physical Concerns	14,05	11,45	13,76	13,1
Negative Affect	13,15	10,05	12,12	10,9
Social Positive	15,32	12,58	13,82	13,44
<b>Chi-Quadrat</b>	3,533	7,44	16,867	16,961
<b>Signifikanz p</b>	0,316	0,059	0,001*	0,001*

*\*p<0,05; \*\*p<0,001*

## **(2) Vergleich Abstinente/Nicht-Abstinente (Mann-Whitney-U-Test)**

Vergleich man zum Zeitpunkt R die Mittelwerte der Abstinenten und der Nicht-Abstinenten, ergaben sich für Frauen und Männer keine eindeutigen Tendenzen: insgesamt lagen die Mittelwerte der beiden Gruppen nahe beieinander. Man fand fast durchgehend geringfügig höhere Werte bei den später Rückfälligen. Statistisch signifikant war keiner dieser Unterschiede.

*Tabelle 13: Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt R, asymptotische Signifikanz p der Unterschiede aus Mann-Whitney-U-Test (zweiseitig)*

<b>Subskalen</b>	<b>weiblich abstinent</b>	<b>weiblich rückfällig</b>	<b>Signifikanz p</b>	<b>männlich abstinent</b>	<b>männlich rückfällig</b>	<b>Signifikanz p</b>
Craving	12,3	12,33	0,814	11,09	11,77	0,492
Physical Concerns	13,7	14	0,798	12,59	13	0,946
Negative Affect	10,5	10,58	0,987	11,5	9,76	0,211
Social Positive	12,57	15,06	0,638	12,85	13,07	0,614

*\*p<0,05; \*\*p<0,001*

Zum Zeitpunkt V5 konnte man bei der Betrachtung der Mittelwerte der beiden Gruppen (Abstinent/Nicht-Abstinent) Unterschiede ausmachen. Vor allem bei den Frauen zeigte sich

deutlich, dass später Rückfällige geringere Werte in der Zuversicht angaben als später Abstinente. Im Mann-Whitney-U-Test wurde jedoch keiner dieser beobachteten Gruppenunterschiede statistisch signifikant.

*Tabelle 14: Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt V5, asymptotische Signifikanz p der Unterschiede aus Mann-Whitney-U-Test (zweiseitig)*

<b>Subskalen</b>	<b>weiblich abstinente</b>	<b>weiblich rückfällig</b>	<b>Signifikanz p</b>	<b>männlich abstinente</b>	<b>männlich rückfällig</b>	<b>Signifikanz p</b>
Craving	13,45	10,5	0,154	11,65	11,9	0,811
Physical Concerns	14,05	11,45	0,138	13,76	13,1	0,663
Negative Affect	13,15	10,05	0,080	12,12	10,9	0,418
Social Positive	15,32	12,58	0,182	13,82	13,44	0,956

*\*p<0,05; \*\*p<0,001*

### **(3) Zeitlicher Verlauf: R vs. V5 (Wilcoxon-Test)**

Bei der Gegenüberstellung der Mittelwerte der später abstinenten Frauen und Männer konnte man in allen Subskalen eine zumindest geringfügige Zunahme der Abstinenzzuversicht vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt erkennen, auch wenn diese Veränderungen im Wilcoxon-Test als statistisch nicht signifikant ausgewiesen wurden. Diese Patienten erlebten über die Dauer des stationären Aufenthalts einen Zuwachs an Zuversicht.

In der Gruppe der später Rückfälligen ergab sich für Frauen und Männer ein inhomogenes Bild: die Mittelwerte der Männer stiegen leicht an, während die Mittelwerte der Frauen einheitlich absanken. Diejenigen Frauen, die später rückfällig wurden, gaben also kurz vor ihrer Entlassung eine geringere Zuversicht an, abstinente zu bleiben, als zu Beginn der stationären Entzugstherapie. Statistische Signifikanz erlangte keiner dieser beobachteten Unterschiede.

Tabelle 15: Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt R und V5, asymptotische Signifikanz  $p$  der Veränderung aus Wilcoxon-Test (zweiseitig)

Subskalen	R: weiblich rückfällig	V5: weiblich rückfällig	Signifi- kanz $p$	R: weiblich abstinent	V5: weiblich abstinent	Signifi- kanz $p$
Craving	12,33	10,5	0,9	12,3	13,45	0,38
Physical Concerns	14	11,45	0,297	13,7	14,05	0,38
Negative Affect	10,58	10,05	0,943	10,5	13,15	0,07
Social Positive	15,06	12,58	0,289	12,57	15,32	0,294

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

Tabelle 16: Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt R und V5, asymptotische Signifikanz  $p$  der Veränderung aus Wilcoxon-Test (zweiseitig)

Subskalen	R: männlich rückfällig	V5: männlich rückfällig	Signifi- kanz $p$	R: männlich abstinent	V5: männlich abstinent	Signifi- kanz $p$
Craving	11,77	11,9	0,948	11,09	11,65	0,8
Physical Concerns	13	13,1	0,496	12,59	13,76	0,739
Negative Affect	9,76	10,9	0,307	11,5	12,12	0,48
Social Positive	13,07	13,44	0,804	12,85	13,82	0,223

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

#### (4) Vergleich Frauen/Männer (Mann-Whitney-U-Test)

Mit Blick auf die Mittelwerte konnte man Geschlechtsunterschiede erkennen: Frauen neigten dazu, höhere Werte für die Zuversicht anzugeben als Männer. Allein die Gruppe der Rückfälligen zum Zeitpunkt V5 machte eine Ausnahme: hier wiesen die Männer in allen Subskalen höhere Mittelwerte auf als die Frauen.

Zu keinem Zeitpunkt waren jedoch diese beobachteten Geschlechtsunterschiede in der Ausprägung der Subskalen statistisch signifikant, weder für die abstinenten noch für die nicht-abstinenten Studienteilnehmer.

Tabelle 17: Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt R, asymptotische Signifikanz  $p$  des Unterschieds aus Mann-Whitney-U-Test (zweiseitig)

Subskalen	weiblich abstinente	männlich abstinente	Signifikanz $p$	weiblich rückfällig	männlich rückfällig	Signifikanz $p$
Craving	12,3	11,09	0,513	12,33	11,77	0,68
Physical Concerns	13,7	12,59	0,466	14	13	0,559
Negative Affect	10,5	11,5	0,541	10,58	9,76	0,69
Social Positive	12,57	12,85	0,549	15,06	13,07	0,215

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

Tabelle 18: Mittelwerte der Summenscores der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt V5, asymptotische Signifikanz  $p$  des Unterschieds aus Mann-Whitney-U-Test (zweiseitig)

Subskalen	weiblich abstinente	männlich abstinente	Signifikanz $p$	weiblich rückfällig	männlich rückfällig	Signifikanz $p$
Craving	13,45	11,65	0,214	10,5	11,9	0,474
Physical Concerns	14,05	13,76	0,331	11,45	13,1	0,503
Negative Affect	13,15	12,12	0,396	10,05	10,9	0,636
Social Positive	15,32	13,82	0,075	12,58	13,44	0,702

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

## 4. KAZ-35

Für die vier Subskalen des KAZ-35 (*Kurzfragebogen zur Abstinenzsicherheit*) wurden dieselben Analysen durchgeführt. Die Subskalen lauten hier: 1. Unangenehme Gefühle (NEG), 2. Angenehme Gefühle (POS), 3. Sozialer Druck (SOZ) und 4. Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit (TEST).

### (1) Vergleich der Subskalen (Friedman-Test)

In allen Gruppierungen - Frauen und Männer, Abstinente und Nicht-Abstinente - fand man zu beiden Zeitpunkten (R und V5, Beginn und Ende der Entzugstherapie) die höchsten Zuversichtswerte in Situationen, die der Gefahrengruppe des „Sozialen Drucks“ (SOZ) und der „Angenehmen Gefühle“ (POS) zuzuordnen sind. Die geringste Zuversicht gaben alle Patienten an, in Situationen mit „Unangenehmen Gefühlen“ (NEG) und dem „Austesten der eigenen Kontrolle“ (TEST) zu haben. Die Ausprägung der einzelnen Subskalen unterschied sich stets signifikant.

Die Mittelwerte der einzelnen Subskalen wurden innerhalb der Gruppen „weiblich abstinent“, „weiblich rückfällig“, „männlich abstinent“ und „männlich rückfällig“ auf signifikante Unterschiede in ihrer Ausprägung getestet. Die Ergebnisse findet man in den folgenden Tabellen.

*Tabelle 19: Mittelwerte der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt R; Chi-Quadrat und asymptotische Signifikanz p aus Friedman-Test zeigen an, ob die Unterschiede innerhalb der Gruppen signifikant sind*

<b>Subskalen</b>	<b>weiblich abstinent</b>	<b>männlich abstinent</b>	<b>weiblich rückfällig</b>	<b>männlich rückfällig</b>
Negative Gefühle	68,67	73,23	68,4	67,53
Positive Gefühle	85,71	83,43	86,33	82,62
Sozialer Druck	82,26	80,54	83,37	77,6
Test Kontrolle	58,71	57,79	61,5	65,05
<b>Chi-Quadrat</b>	11,951	28,061	29,435	38,914
<b>Signifikanz p</b>	0,008*	0,000**	0,000**	0,000**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

Tabelle 20: Mittelwerte der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt V5; Chi-Quadrat und asymptotische Signifikanz  $p$  aus Friedman-Test zeigen an, ob die Unterschiede innerhalb der Gruppen signifikant sind

Subskalen	weiblich abstinent	männlich abstinent	weiblich rückfällig	männlich rückfällig
Negative Gefühle	82,95	78,76	70,6	69,85
Positive Gefühle	90,63	82,93	87	75,61
Sozialer Druck	90,26	81,21	86,85	75,97
Test Kontrolle	73,1	63,04	73,55	66,93
<b>Chi-Quadrat</b>	24,707	29,75	35,212	9,519
<b>Signifikanz <math>p</math></b>	0,000**	0,000**	0,000**	0,023*

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

## (2) Vergleich Abstinente/Nicht-Abstinente (Mann-Whitney-U-Test)

Zum Zeitpunkt R konnte man weder bei Frauen noch bei Männern signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Abstinenzzuversicht zwischen der Gruppe der Abstinenten bzw. der Nicht-Abstinenten finden. Das ließ sich auch schon beim bloßen Blick auf die Mittelwerte erahnen, die bei den Abstinenten und Nicht-Abstinenten sehr nahe beieinander lagen.

Tabelle 21: Mittelwerte der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt R, asymptotische Signifikanz  $p$  der Unterschiede aus Mann-Whitney-U-Test (zweiseitig)

Subskalen	weiblich abstinent	weiblich rückfällig	Signifikanz $p$	männlich abstinent	männlich rückfällig	Signifikanz $p$
Negative Gefühle	68,67	68,4	0,804	73,23	67,53	0,239
Positive Gefühle	85,71	86,33	0,936	83,43	82,62	0,996
Sozialer Druck	82,26	83,37	0,803	80,54	77,6	0,452
Test Kontrolle	58,71	61,5	0,948	57,79	65,05	0,347

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$



Im Gegensatz dazu ließ die Betrachtung der Mittelwerte zum Zeitpunkt V5 mehr Rückschlüsse auf einen möglichen Unterschied zwischen den Abstinentern und Nicht-Abstinentern zu. Vor allem bei den Frauen konnte man gut erkennen, dass die Rückfälligen eine geringere Zuversicht angaben, abstinent zu bleiben. Die größte Differenz der Mittelwerte unter weiblichen Probanden zeigte sich in Situationen, die mit „Unangenehmen Gefühlen“ (NEG) behaftet waren (Abstinent: 82,95 SD = 18,58 vs. Nicht-Abstinent: 70,6 SD = 23,17). Der Mann-Whitney-U-Test evaluierte diese beobachteten Unterschiede allerdings nicht durchgehend als statistisch signifikant. Allein die Subskala NEG grenzte an das Signifikanzniveau ( $p = 0,054$ ).

Auch bei den Männern waren zu V5 die Mittelwerte der Nicht-Abstinentern geringer als die der Abstinentern. Diese Unterschiede waren jedoch schwächer ausgeprägt als bei den Frauen und stellten sich ebenfalls als statistisch nicht signifikant heraus.

*Tabelle 22: Mittelwerte der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt V5, asymptotische Signifikanz  $p$  der Unterschiede aus Mann-Whitney-U-Test (zweiseitig)*

<b>Subskalen</b>	<b>weiblich abstinent</b>	<b>weiblich rückfällig</b>	<b>Signifikanz <math>p</math></b>	<b>männlich abstinent</b>	<b>männlich rückfällig</b>	<b>Signifikanz <math>p</math></b>
Negative Gefühle	82,95	78,76	0,054	70,6	69,85	0,138
Positive Gefühle	90,63	82,93	0,156	87	75,61	0,151
Sozialer Druck	90,26	81,21	0,27	86,85	75,97	0,646
Test Kontrolle	73,1	63,04	0,794	73,55	66,93	0,537

*\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$*

### **(3) Zeitlicher Verlauf: R vs. V5 (Wilcoxon-Test)**

Diejenigen Frauen, die im Verlauf abstinent blieben, zeigten im Vergleich der Mittelwerte aller Subskalen eine Steigerung der Zuversicht vom Zeitpunkt R zum Zeitpunkt V5 (Beginn und Ende der stationären Entzugstherapie). Im Wilcoxon-Test wurde dieser Eindruck bestätigt: es fanden sich signifikante Zunahmen der Subskalen NEG ( $p = 0,004$ ), SOZ ( $p = 0,005$ ) und TEST ( $p = 0,046$ ). Auch bei den später rückfälligen Frauen stiegen die Mittelwerte der einzelnen Subskalen an. Diese Veränderungen waren allerdings geringer ausgeprägt als

bei den später Abstinenten, nur die Subskala SOZ zeigte eine signifikante Steigerung der Abstinenzzuversicht über die Zeit ( $p = 0,011$ ).

*Tabelle 23: Mittelwerte der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt R und V5, asymptotische Signifikanz p der Veränderung aus Wilcoxon-Test (zweiseitig)*

Subskalen	R: weiblich rückfällig	V5: weiblich rückfällig	Signifi- kantz p	R: weiblich abstinent	V5: weiblich abstinent	Signifi- kantz p
Negative Gefühle	68,4	70,6	0,316	68,67	82,95	0,004*
Positive Gefühle	86,33	87	0,805	85,71	90,63	0,109
Sozialer Druck	83,37	86,85	0,011*	82,26	90,26	0,005*
Test Kontrolle	61,5	73,55	0,156	58,71	73,1	0,046*

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

Der Vergleich der Mittelwerte derjenigen männlichen Studienteilnehmer, die später abstinent waren, zeigte die Tendenz einer Zunahme zwischen den beiden Zeitpunkten R und V5, wenn auch weniger deutlich. Statistisch signifikant unterschieden sich die Werte der einzelnen Subskalen zu den beiden Zeitpunkten jedoch nicht. Bei den später rückfälligen Männern fand man hingegen in einer Subskala eine signifikante Veränderung zwischen den Zeitpunkten R und V5: der Wilcoxon-Test zeigte eine signifikante *Abnahme* der Subskala POS ( $p = 0,031$ ). Die geringfügigen Steigerungen der übrigen drei Subskalen erwiesen sich als statistisch nicht signifikant.

*Tabelle 24: Mittelwerte der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt R und V5, asymptotische Signifikanz p der Veränderung aus Wilcoxon-Test (zweiseitig)*

Subskalen	R: männlich rückfällig	V5: männlich rückfällig	Signifi- kantz p	R: männlich abstinent	V5: männlich abstinent	Signifi- kantz p
Negative Gefühle	67,53	69,85	0,475	73,23	78,76	0,072
Positive Gefühle	82,62	75,61	0,031*	83,43	82,93	0,849
Sozialer Druck	77,6	75,97	0,660	80,54	81,21	0,638
Test Kontrolle	65,05	66,93	0,531	57,79	63,04	0,229

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

#### (4) Vergleich Frauen/Männer (Mann-Whitney-U-Test)

Bei der Analyse aller Probanden, ohne die Unterscheidung abstinent/nicht-abstinent zu berücksichtigen, fanden sich zum Zeitpunkt V5 signifikante Geschlechtsunterschiede in Ausprägung der Abstinenzzuversicht den Subskalen POS und SOZ ( $p = 0,043$  und  $p = 0,004$ ). Frauen gaben eine signifikant höhere Zuversicht an, in Situationen, die mit positiven Stimmungslagen und sozialem Druck assoziiert sind, abstinent zu bleiben.

Betrachtete man die Mittelwerte der Gruppe der Abstinenten, konnte man zum Zeitpunkt R in den Subskalen der Frauen diskret höhere Werte entdecken (außer in der Subskala NEG, bei der die Männer höhere Werte hatten). Als statistisch signifikant stellten sich diese Unterschiede nicht heraus. In der Gruppe der Nicht-Abstinenten war keiner der beobachteten Unterschiede (höhere Mittelwerte der Frauen) statistisch signifikant.

*Tabelle 25: Mittelwerte der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt R, asymptotische Signifikanz  $p$  des Unterschieds aus Mann-Whitney-U-Test (zweiseitig)*

<b>Subskalen</b>	<b>weiblich abstinent</b>	<b>männlich abstinent</b>	<b>Signifikanz <math>p</math></b>	<b>weiblich rückfällig</b>	<b>männlich rückfällig</b>	<b>Signifikanz <math>p</math></b>
Negative Gefühle	68,67	73,23	0,812	68,4	67,53	0,982
Positive Gefühle	85,71	83,43	0,528	86,33	82,62	0,586
Sozialer Druck	82,26	80,54	0,746	83,37	77,6	0,358
Test Kontrolle	58,71	57,79	0,869	61,5	65,05	0,83

*\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$*

Zum Zeitpunkt V5 wiesen später abstinente Frauen durchgehend höhere Mittelwerte als später abstinente Männer auf. Der Mann-Whitney-U-Test bestätigte die höhere Zuversicht unter Frauen in der Subskala SOZ ( $p = 0,023$ ). Auch in der Gruppe der Nicht-Abstinenten zeigten die Frauen höhere Mittelwerte. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren aber in keiner Subskala signifikant.

Tabelle 26: Mittelwerte der einzelnen Subskalen zum Zeitpunkt V5, asymptotische Signifikanz  $p$  des Unterschieds aus Mann-Whitney-U-Test (zweiseitig)

Subskalen	weiblich abstinent	männlich abstinent	Signifikanz $p$	weiblich rückfällig	männlich rückfällig	Signifikanz $p$
Negative Gefühle	82,95	78,76	0,353	70,6	69,85	0,969
Positive Gefühle	90,63	82,93	0,187	87	75,61	0,163
Sozialer Druck	90,26	81,21	0,023*	86,85	75,97	0,078
Test Kontrolle	73,1	63,04	0,269	73,55	66,93	0,706

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,001$

## 5. Logistische Regression

Zur Überprüfung der Hypothese, inwiefern die einzelnen Subskalen von AASE und KAZ-35 zur Vorhersage der späteren Abstinenz beitragen, wurden für beide Fragebögen getrennt binär logistische Regressionen durchgeführt. Als erklärende (unabhängige) Variablen dienten die Werte der Subskalen zum Zeitpunkt V5 (Ende der stationären Entzugstherapie) sowie das Geschlecht. Die abhängige (dichotome) Variable war der mögliche Rückfall (ja oder nein) in den 12 Monaten nach Entlassung.

### 5.1 AASE

#### a) Versuchung

Die Omnibus-Tests der Modellkoeffizienten geben einen ersten Anhalt zur Beurteilung der Modellgüte. Die Nullhypothese besagt, dass die unabhängigen Variablen keinen Einfluss auf die abhängige Variable ausüben. Im Fall der „Versuchung“ kann die Nullhypothese nicht abgelehnt werden, da das Modell statistisch nicht signifikant ist ( $\chi^2 = 5,066$ ,  $df = 5$ ,  $p = 0,408$ ).

Von Bedeutung ist außerdem die Klassifikationstabelle, in der man ablesen kann, wie viel Prozent der Probanden anhand der aufgestellten Regressionsgleichung korrekt ihrer Gruppe (Abstinent oder Nicht-Abstinent) zugeordnet wurden. In diesem Beispiel hat das erstellte Modell das Outcome in 60,4% der Fälle korrekt vorhergesagt. Wurden die Patienten nach Entlassung rückfällig, wurden sie zu 63,8% der richtigen Gruppe (Nicht-Abstinent) zugeteilt. Blieben die Patienten abstinent, wurden 56,6 % korrekt klassifiziert.

In der Tabelle Variablen in der Gleichung sieht man die Aufnahmereihenfolge derjenigen Vorhersagevariablen, die in das Modell aufgenommen wurden, mit den jeweiligen statistischen Gütekriterien.

*Tabelle 27: AASE: Versuchung: Variablen in der Gleichung*

<b>Subskalen</b>	<b>Regressions- koeffizient B</b>	<b>Standard- fehler</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>	<b>Exp(B)</b>
Craving V5	0,043	0,07	0,376	1	0,54	1,044
Physical Concerns V5	-0,072	0,106	0,46	1	0,498	0,931
Negative V5	0,09	0,065	1,919	1	0,166	1,094
Social Positive V5	-0,021	0,065	0,1	1	0,752	0,98
Geschlecht V5	0,263	0,429	0,376	1	0,54	1,301
Konstante V5	-0,614	0,419	2,145	1	0,143	0,541

*\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$*

Mit Blick auf die Signifikanzen erkennt man, dass zwischen keiner der einzelnen Subskalen und dem Outcome (rückfällig nach 12 Monaten: ja oder nein) ein signifikanter Zusammenhang besteht. Es eignet sich keine der unabhängigen Variablen zur Vorhersage eines möglichen Rückfalls.

Der „Regressionskoeffizient B“ informiert über die Richtung des Einflusses, den eine unabhängige Variable auf die abhängige Variable hat. Ein negatives Vorzeichen weist darauf hin, dass mit zunehmendem Wert der Vorhersagevariable die Wahrscheinlichkeit (dass der Rückfall eintritt) abnimmt, ein positiver Wert bedeutet eine Zunahme dieser Wahrscheinlichkeit.

Der „Exp(B)“ ist die Odds Ratio der Vorhersagevariablen. Dieser Wert entsteht durch Exponieren des „Regressionskoeffizient B“, der logarithmiert vorliegt. Der Faktor zeigt die Veränderung der Chance für das Eintreten der abhängigen Variable, wenn sich die unabhängige Variable um einen Skalenpunkt vergrößert. Ist er kleiner eins, sinkt die Chance, ist er größer eins, steigt die Chance.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich mit der Methode „Einschluss“ im Fall von „Versuchung“ mit den Werten der Subskalen und dem Geschlecht als Vorhersagevariablen kein statistisch belastbares Modell für die Vorhersage der Abstinenz nach 12 Monaten erstellen lässt.

## **b) Zuversicht**

Auch das Modell der „Zuversicht“ zeigt im Omnibus-Tests der Modellkoeffizienten keine statistisch signifikante Modellgüte ( $\chi^2 = 4,793$ ,  $df = 5$ ,  $p = 0,442$ ). Die Nullhypothese, dass die erklärenden Variablen keine statistisch signifikante Vorhersagekraft für die abhängige Variable haben, konnte nicht abgelehnt werden.

Die Klassifikationstabelle zeigt, dass insgesamt 56,7% aller Patienten anhand des berechneten Modells der richtigen Gruppe zugeteilt wurden. 60,8% aller später abstinenten Patienten wurden korrekt klassifiziert, bei den später Rückfälligen waren es etwas weniger mit 52,8%.

Wie man in Tabelle 28 „Variablen in der Gleichung“ ablesen kann, wurde auch bei der „Zuversicht“ keine der Vorhersagevariablen statistisch signifikant. Ebenso wie bei der „Versuchung“ kommt die Subskala „Negative“ dem Signifikanzniveau am nächsten ( $p = 0,101$ ), bleibt aber nicht signifikant. Allerdings wird sichtbar, dass „Negative“ eine negative Korrelation mit einem Rückfall 12 Monate nach Entlassung aufweist, wie man am negativen Regressionskoeffizienten B erkennen kann. Ein steigender Wert in der Subskala „Negative“ geht mit einem reduzierten Risiko, rückfällig zu werden, einher.

Tabelle 28: AASE: Zuversicht: Variablen in der Gleichung

Subskalen	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Craving V5	0,062	0,075	0,668	1	0,414	1,064
Physical Concerns V5	0,001	0,088	0,000	1	0,989	1,001
Negative V5	-0,118	0,072	2,694	1	0,101	0,889
Social Positive V5	0,003	0,065	0,002	1	0,962	1,003
Geschlecht V5	0,202	0,424	0,226	1	0,634	1,224
Konstante V5	0,492	0,606	0,658	1	0,417	1,635

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

Auch das erstellte Modell der „Zuversicht“ aus den Vorhersagevariablen der einzelnen Subskalen und des Geschlechts erreicht keine statistische Signifikanz.

## 5.2 KAZ-35: Abstinenzzuversicht

Bei den Ergebnissen der binär logistischen Regression für die Vorhersagekraft des Rückfalls aus den Subskalenwerten für die Abstinenzzuversicht des KAZ-35 findet man in den Omnibus-Tests der Modellkoeffizienten eine Bestätigung des erstellten Modells. Das Modell zeigte sich statistisch signifikant ( $\chi^2 = 15,147$ ,  $df = 5$ ,  $p = 0,010$ ). Die Nullhypothese, dass die unabhängigen Variablen keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable ausüben, kann mit ausreichender Sicherheit abgelehnt werden.

67,0% der Patienten wurden laut Klassifikationstabelle korrekt ihren Gruppen zugeordnet. 68,9% der Patienten, die später rückfällig wurden, und 64,8% der später Abstinenten wurden mit der erstellten Regressionsgleichung korrekt klassifiziert.

In Tabelle 29 „Variablen in der Gleichung“ sieht man, dass zwischen dem Outcome (Rückfall: ja oder nein) und der Ausprägung zweier Subskalen ein signifikanter Zusammenhang besteht.

Für die Subskala „Negative Gefühle“ besteht ein negativer Zusammenhang, erkennbar am negativen Vorzeichen des Regressionskoeffizienten B. Für die Subskala „Austesten der

eigenen Kontrollfähigkeit“ besteht ein positiver Zusammenhang. Konkret bedeutet das, dass mit einer Steigerung der Abstinenzzuversicht in der Subskala „Negative Gefühle“ um einen Prozentpunkt, die Wahrscheinlichkeit derer, die zu der Gruppe mit höheren Werten gehören, rückfällig zu werden, um 4,9% sinkt (= 1 - 0,951). Eine Steigerung um einen Prozentpunkt in der Subskala „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ geht in der Gruppe von Patienten mit höheren Werten mit einer 2,7%igen Erhöhung des Risikos, rückfällig zu werden, einher.

*Tabelle 29: KAZ-35: Abstinenzzuversicht: Variablen in der Gleichung*

<b>Subskalen</b>	<b>Regressions- koeffizient B</b>	<b>Standard- fehler</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>	<b>Exp(B)</b>
Negative Gefühle V5	-0,050	0,017	8,105	1	0,004*	0,951
Positive Gefühle V5	-0,013	0,015	0,737	1	0,391	0,987
Soz. Druck V5	0,017	0,020	0,721	1	0,396	1,017
Test Kontr. V5	0,026	0,010	6,429	1	0,011*	1,027
Geschlecht V5	0,371	0,431	0,739	1	0,390	1,449
Konstante V5	1,538	1,057	2,117	1	0,146	4,653

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

## 6. Häufigkeiten

Überprüft wurde der beobachtete Effekt der Subskala „Negative Gefühle“ durch einen Vergleich der Häufigkeiten, wie viel Prozent der Patienten rückfällig wurden, abhängig von der Ausprägung der Subskala. Die Gruppen wurden nach den Mittelwerten in der Subskala „Negative Gefühle“ unterschieden. Im ersten Fall wurde die Häufigkeit des Rückfalls bei denjenigen Patienten getestet, die Mittelwerte größer/gleich 60 aufwiesen, im zweiten Fall mit Mittelwerten kleiner/gleich 40. Der Maximalwert der Subskala lag bei 100.



*Tabelle 30: Rückfall bei Mittelwert  $\geq 60$  im KAZ-35*

<b>Gültig</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent Rückfall</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
Nein	47	53,4	53,4	53,4
Ja	41	46,6	46,6	100,0
Gesamt	88	100,0	100,0	

*Tabelle 31: Rückfall bei Mittelwert  $\leq 40$  im KAZ-35*

<b>Gültig</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent Rückfall</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
Nein	2	16,7	16,7	16,7
Ja	10	83,3	83,3	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Man sieht, dass diejenigen Patienten, die einen Mittelwert für die Zuversicht in Situationen mit „Negativen Gefühlen“ kleiner/gleich 40 aufwiesen, fast doppelt so häufig rückfällig wurden als diejenigen Patienten, die Mittelwerte der Abstinenzzuversicht größer/gleich 60 angaben.

## 7. Verdacht der Multikollinearität

Da man in der Korrelationsmatrix der Vorhersagevariablen teilweise recht hohe Korrelationskoeffizienten für die erklärenden Variablen fand (siehe Tabelle), wurde auch auf das Vorhandensein von Multikollinearität geprüft.

Tabelle 32: Korrelationen: AASE: Versuchung

			<b>Craving V5</b>	<b>Physical Concerns V5</b>	<b>Negative Affect V5</b>	<b>Social Positive V5</b>	<b>Ge- schlecht</b>
<b>S p e a r m a n - R h o</b>	<b>Craving V5</b>	Korrela- tions- koeffi- zient	1,000	0,759**	0,739**	0,653**	0,179
		Sig. (2-seitig)	.	0,000	0,000	0,000	0,053
		N	117	116	115	113	117
	<b>Physical Concerns V5</b>	Korrela- tions- koeffi- zient	0,759**	1,000	0,760**	0,629**	0,158
		Sig. (2-seitig)	0,000	.	0,000	0,000	0,091
		N	116	116	114	112	116
	<b>Negative Affect V5</b>	Korrela- tions- koeffi- zient	0,739**	0,760**	1,000	0,493**	0,077
		Sig. (2-seitig)	0,000	0,000	.	0,000	0,414
		N	115	114	115	112	115
	<b>Social Positive V5</b>	Korrela- tions- koeffi- zient	0,653**	0,629**	0,493**	1,000	0,341**
		Sig. (2-seitig)	0,000	0,000	0,000	.	0,000
		N	113	112	112	113	113
	<b>Ge- schlecht</b>	Korrela- tions- koeffi- zient	0,179	0,158	0,077	0,341**	1,000
		Sig. (2-seitig)	0,053	0,091	0,414	0,000	.
		N	117	116	115	113	120

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 33: Korrelationen: AASE: Zuversicht

			<b>Craving V5</b>	<b>Physical Concerns V5</b>	<b>Negative Affect V5</b>	<b>Social Positive V5</b>	<b>Ge- schlecht</b>
<b>S p e a r m a n - R h o</b>	<b>Craving V5</b>	Korrela- tions- koeffi- zient	1,000	0,838**	0,821**	0,757**	-0,046
		Sig. (2-seitig)	.	0,000	0,000	0,000	0,629
		N	112	111	108	109	112
	<b>Physical Concerns V5</b>	Korrela- tions- koeffi- zient	0,838**	1,000	0,858**	0,789**	-0,015
		Sig. (2-seitig)	0,000	.	0,000	0,000	0,878
		N	111	114	110	111	114
	<b>Negative Affect V5</b>	Korrela- tions- koeffi- zient	0,821**	0,858**	1,000	0,720**	-0,027
		Sig. (2-seitig)	0,000	0,000	.	0,000	0,774
		N	108	110	112	108	112
	<b>Social Positive V5</b>	Korrela- tions- koeffi- zient	0,757**	0,789**	0,720**	1,000	-0,148
		Sig. (2-seitig)	0,000	0,000	0,000	.	0,120
		N	109	111	108	112	112
	<b>Ge- schlecht</b>	Korrela- tions- koeffi- zient	-0,046	-0,015	-0,027	-0,148	1,000
		Sig. (2-seitig)	0,629	0,878	0,774	0,120	.
		N	112	114	112	112	120

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

\* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 34: Korrelationen: KAZ-35 Zuversicht

			V5 Neg. Gefühle	V5 Pos. Gefühle	V5 Soz. Druck	V5 Test Kontrolle	Ge-schlecht
<b>Spearman-Rho</b>	<b>Negative Gefühle V5</b>	Korrelationskoeffizient	1,000	0,698**	0,757**	0,685**	-0,065
		Sig. (2-seitig)	.	0,000	0,000	0,000	0,490
		N	115	115	115	115	115
	<b>Positive Gefühle V5</b>	Korrelationskoeffizient	0,698**	1,000	0,729**	0,558**	-0,189*
		Sig. (2-seitig)	0,000	.	0,000	0,000	0,043
		N	115	115	115	115	115
	<b>Soz. Druck V5</b>	Korrelationskoeffizient	0,757**	0,729**	1,000	0,675**	-0,272**
		Sig. (2-seitig)	0,000	0,000	.	0,000	0,003
		N	115	115	115	115	115
	<b>Test Kontrolle V5</b>	Korrelationskoeffizient	0,685**	0,558**	0,675**	1,000	-0,100
		Sig. (2-seitig)	0,000	0,000	0,000	.	0,289
		N	115	115	115	115	115
	<b>Ge-schlecht</b>	Korrelationskoeffizient	-0,065	-,0189*	-0,272**	-0,100	1,000
		Sig. (2-seitig)	0,490	0,043	0,003	0,289	.
		N	115	115	115	115	120

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

\* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Zur Überprüfung, ob die Korrelationen unter den einzelnen Vorhersagevariablen Auswirkungen auf die Regressionsanalyse haben, wurde je eine unabhängige Variable aus dem Regressionsmodell ausgeschlossen und die logistische Regression wiederholt. Durch den Ausschluss einzelner unabhängiger Variablen änderten sich die Ergebnisse der logistischen Regression jedoch nur minimal. So konnte man den Verdacht der Multikollinearität, die die Ergebnisse der Regressionsanalyse hätte verfälschen können, ausräumen.

*Tabelle 35: AASE Versuchung: Klassifikationstabelle und Omnibus-Tests der Modellkoeffizienten*

<b>Aufnahme welcher Vorhersagevariablen</b>	<b>Prozent korrekt zugeordneter Fälle</b>	<b>Chi-Quadrat</b>	<b>df</b>	<b>Signifikanz p</b>
alle	60,4%	5,066	5	0,408
Ohne Geschlecht	62,2%	4,689	4	0,321
Ohne Craving	61,3%	4,688	4	0,321
Ohne Phy. Concerns	60,7%	4,998	4	0,287
Ohne Neg. Affect	58,9%	2,999	4	0,558
Ohne SocialPositive	62,3%	6,204	4	0,184

alle=Geschlecht, Craving, Physical Concerns, Negative Affect, Social/Positive

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

*Tabelle 36: AASE Zuversicht: Klassifikationstabelle und Omnibus-Tests der Modellkoeffizienten*

<b>Aufnahme welcher Vorhersagevariablen</b>	<b>Prozent korrekt zugeordneter Fälle</b>	<b>Chi-Quadrat</b>	<b>df</b>	<b>Signifikanz p</b>
alle	56,7%	4,793	5	0,442
Ohne Geschlecht	58,7%	4,567	4	0,335
Ohne Craving	55,1%	3,346	4	0,502
Ohne Phys. Concerns	56,2%	5,124	4	0,275
Ohne Neg. Affect	52,8%	2,135	4	0,711
Ohne Social Positive	62,3%	4,563	4	0,335

alle=Geschlecht, Craving, Physical Concerns, Negative Affect, Social/Positive

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

Im Fall der AASE kann man konstatieren, dass das Modell an Güte verliert, wenn man die Variable „Negative“ ausschließt.

*Tabelle 37: KAZ-35: Klassifikationstabelle und Omnibus-Tests der Modellkoeffizienten*

<b>Aufnahme welcher Vorhersagevariablen</b>	<b>Prozent korrekt zugeordneter Fälle</b>	<b>Chi-Quadrat</b>	<b>df</b>	<b>Signifikanz p</b>
alle	67,0%	15,147	5	0,010*
Ohne Geschlecht	64,3%	14,405	4	0,006*
Ohne Neg. Gefühle	59,1%	5,299	4	0,258
Ohne Pos. Gefühle	64,3%	14,402	4	0,006*
Ohne Soz. Druck	65,2%	14,394	4	0,006*
Ohne Austesten	58,3%	7,597	4	0,107

alle = Geschlecht, Neg. Gefühle, Pos. Gefühle, Soz. Druck, Austesten der eigenen Kontrolle

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

## 8. Korrelation zwischen AASE und KAZ-35

Tabelle 38: Korrelationsmatrix AASE (Zuversicht) und KAZ-35 zu V5

			<b>AASE: Physical concerns</b>	<b>AASE: Negative Affect</b>	<b>AASE: Social Positive</b>
<b>S p e a r m a n - R h o</b>	<b>KAZ-35: Negative Gefühle</b>	Korrela- tions- koeffi- zient	0,375**	0,423**	0,268**
		Sig. (2-seitig)	0,000	0,000	0,005
		N	112	110	110
	<b>KAZ-35: Positive Gefühle</b>	Korrela- tions- koeffi- zient	0,298**	0,235*	0,326**
		Sig. (2-seitig)	0,001	0,014	0,001
		N	112	110	110
	<b>KAZ-35: Sozialer Druck</b>	Korrela- tions- koeffi- zient	0,308**	0,285**	0,487**
		Sig. (2-seitig)	0,001	0,003	0,000
		N	112	110	110

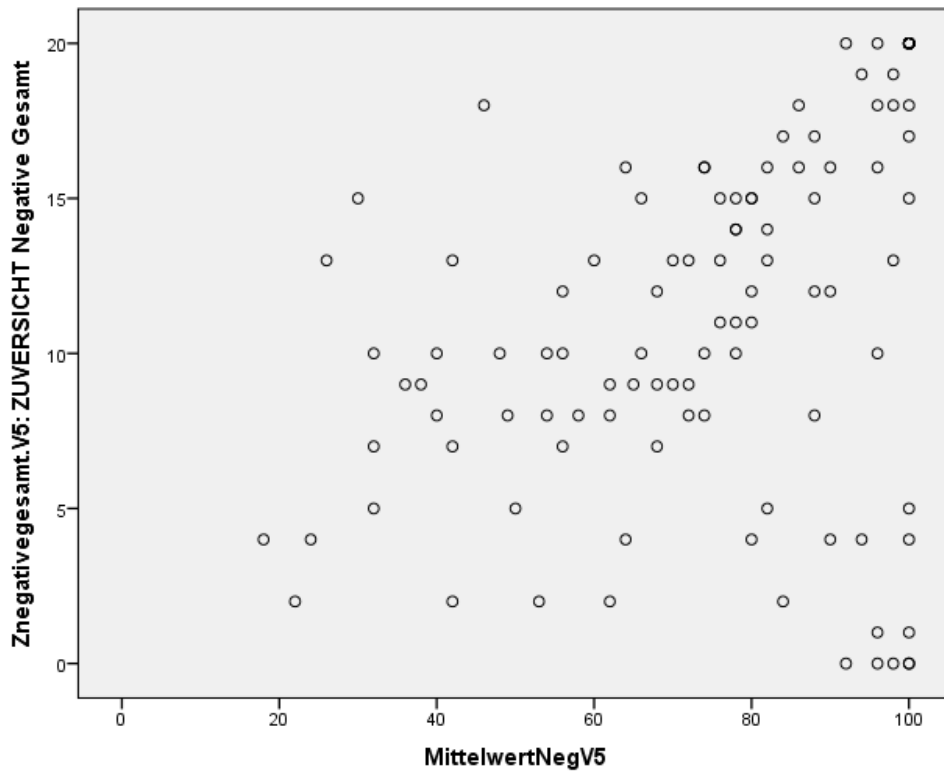
\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

\* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

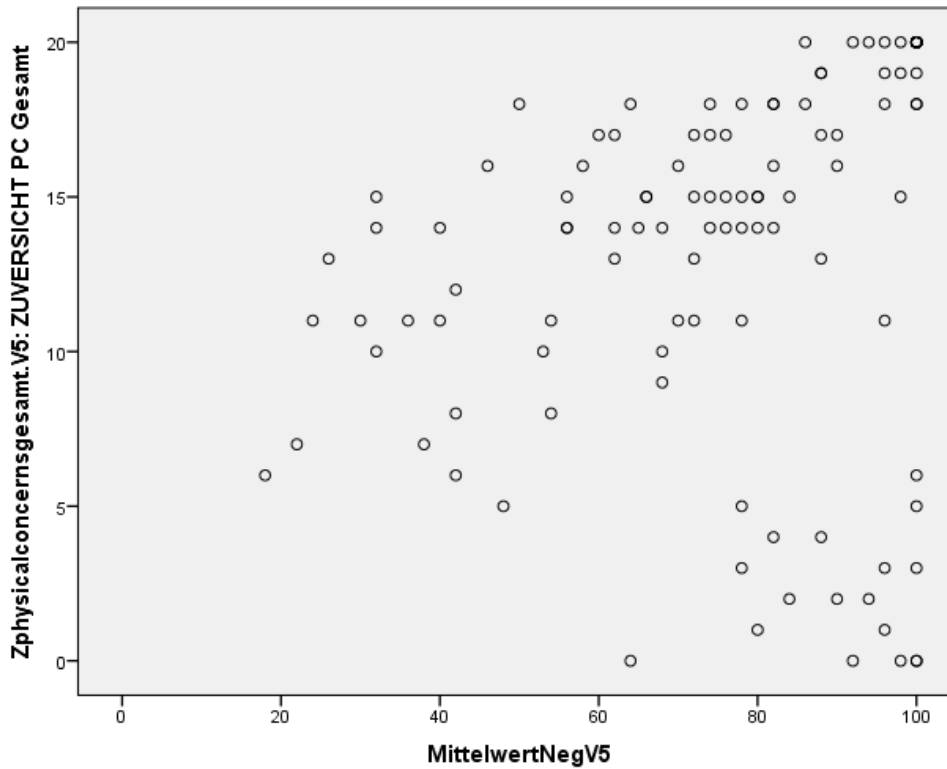
Zwischen den sich entsprechenden oder verwandten Subskalen der beiden Fragebögen AASE und KAZ-35 konnte man positive Korrelationen ausmachen – die Ausprägung hielt sich aber in Grenzen.

Bestätigung fand dieser Trend in Streudiagrammen.

Grafik 3: Zusammenhang zwischen der AASE-Subskala „Negative Affect“ (Y-Achse) und der KAZ-35-Subskala „Negative Gefühle“ (X-Achse)

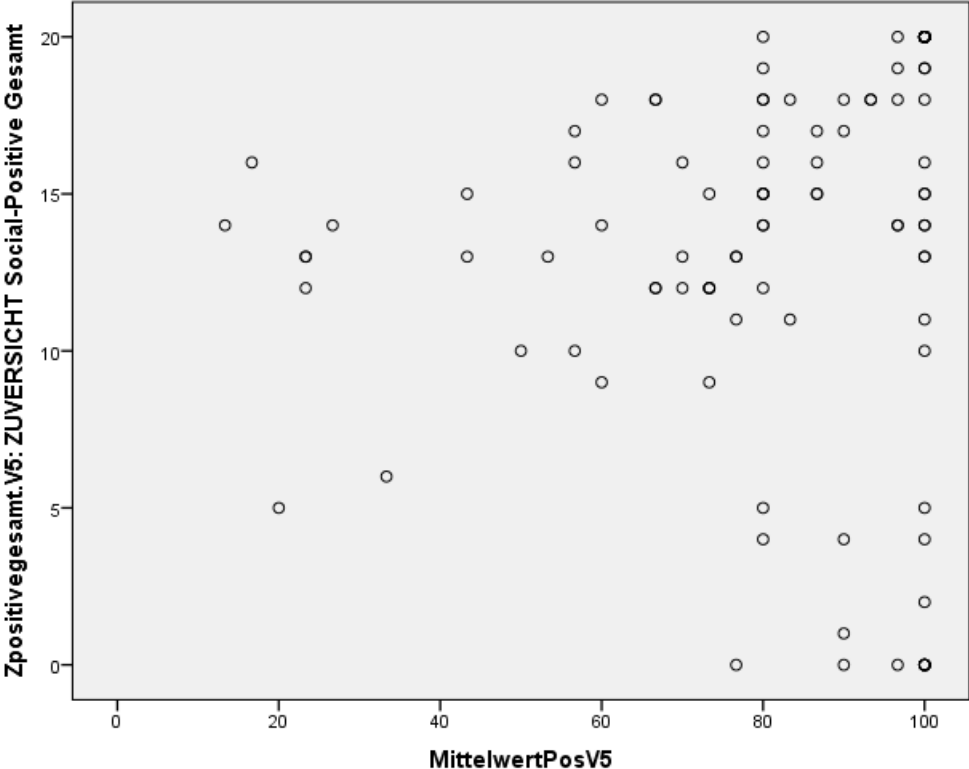


Grafik 4: Zusammenhang zwischen der AASE-Subskala „Physical Concerns“ (Y-Achse) und der KAZ-35-Subskala „Positive Gefühle“ (X-Achse)





Grafik 5: Zusammenhang zwischen der AASE-Subskala „Social Positive“ (Y-Achse) und der KAZ-35-Subskala „Negative Gefühle“ (X-Achse)



## IV. Diskussion

---

Das Ziel der vorliegenden Studie war, den prädiktiven Wert der Abstinenzzuversicht bzw. der Versuchung in verschiedenen Kategorien von Gefahrensituationen für die Abstinenz 12 Monate nach Entlassung aus einer stationären Entzugstherapie zu untersuchen. Es wurde überprüft, ob sich die Ausprägungen der einzelnen Kategorien untereinander signifikant unterscheiden. Außerdem wurde der Frage nachgegangen, ob sich die Abstinenzzuversicht bzw. die Versuchung vom Beginn (Zeitpunkt R) bis zum Ende der Entzugstherapie (Zeitpunkt V5) verändert, und ob sich am zweiten Erhebungszeitpunkt, kurz vor Entlassung, zwischen Frauen und Männern bzw. zwischen später Abstinenten und später Rückfälligen Gruppenunterschiede ergeben.

Der Vergleich mit anderen Studien, in denen sich die Patienten ebenfalls freiwillig zur Therapie und zur Studienteilnahme entschieden, ergibt für die demographischen Charakteristika ein recht homogenes Bild. In der vorliegenden Stichprobe lag der Anteil der männlichen Probanden bei 67%. Ähnliche Zahlen findet man bei Zingg et al. (2008) (68,6%), Goldbeck et al. (1997) (62%) und Bischof et al. (2005) (71,7%). Auch im Familienstand entsprach das vorliegende Patientenkollektiv in etwa den Ergebnissen der anderen Studien: 34,2% der Studienteilnehmer gaben an, verheiratet zu sein. Bei Demmel et al. (2001) waren 23% verheiratet, bei Goldbeck et al. (1997) 24% und bei Ilgen et al. (2005) 41% der Probanden. In der Angabe über den Berufsstatus vor Therapiebeginn unterschied sich das Kollektiv der vorliegenden Arbeit jedoch von vergleichbaren Studien. Nur 10,8% der Studienteilnehmer waren in dieser Untersuchung arbeitslos. In anderen Arbeiten findet man weit höhere Zahlen: Bei Goldbeck et al. (1997) waren 75% der Patienten arbeitslos, bei Ilgen et al. (2005) 76% und bei Demmel et al. (2001) 53%. Die generelle Arbeitslosigkeit in Deutschland lag im Jahr 2010 bei 7,7%.

In der Auswertung des Fragebogens *Alcohol-Abstinence Self-Efficacy Scale (AASE)* wurde in einem ersten Teil die „Versuchung“ untersucht, in unterschiedlichen Situationen erneut

Alkohol zu trinken. Durchgehend bestand für alle Patienten, egal welchen Geschlechts und ob sie 12 Monate nach Entlassung aus der stationären Entzugstherapie rückfällig geworden oder abstinent geblieben waren, die größte Versuchung in den Subskalen „Negative Affect“ und „Craving“. In den zwei weiteren Subskalen, „Social Positive“ und „Physical Concerns“, verspürte das gesamte Kollektiv die geringste Versuchung. Die Unterschiede in den Ausprägungen der einzelnen Subskalen waren signifikant.

Auch in der Studie von Bischof et al. (2005), in der ebenfalls die AASE verwendet wurde, fand sich unter den Probanden die größte Versuchung zum erneuten Trinken in Situationen, die mit „Negative Affect“ und „Craving“ assoziiert waren, und die niedrigste Versuchung in „Social Positive“ und „Physical Concerns“. Die Geschlechtsverteilung der Studienteilnehmer war bei einer Gesamtgröße der Stichprobe von N = 230 mit einem Männeranteil von 71,7% ähnlich wie in der vorliegenden Arbeit (66,9% Männer, N = 121). Allerdings hatten die Patienten der Studie von Bischof et al. bereits eine Entzugstherapie durchlaufen und befanden sich in einer dreiwöchigen stationären „Abstinenz-orientierten Behandlung“. Die Untersuchungen fanden nach der ersten Behandlungswoche statt. Somit ist der Zeitpunkt durchaus mit der vorliegenden Untersuchung vergleichbar.

Der zweite Teil der AASE umfasste die Betrachtung der „Zuversicht“ der Probanden, in den oben genannten Situationen abstinent zu bleiben. Passend zu den Resultaten aus der „Versuchung“ gaben alle Patienten die geringste Abstinenzzuversicht in Situationen an, in denen sie mit „Negative Affect“ und „Craving“ konfrontiert waren. Am zuversichtlichsten waren die Studienteilnehmer in Situationen mit „Social Positive“ und „Physical Concerns“ gestimmt. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Subskalen waren bei Männern stets signifikant, bei Frauen nicht. Auch diese Ergebnisse stimmen mit den Ergebnissen der Studie von Bischof et al. (2005) überein.

Ein weiteres Instrument zur Beurteilung der situationsgebundenen Abstinenzzuversicht stellte der *Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35)* dar. Teilweise entsprechen seine Subskalen denen der AASE, teilweise sind sie anders definiert. In der vorliegenden Analyse fanden sich Korrelationen zwischen den sich entsprechenden Subskalen, wie zum Beispiel „Negative Affect“ (AASE) und „Negative Gefühle“ (KAZ-35) und „Social Positive“ (AASE)

und „Sozialer Druck“ (KAZ-35). Diese Korrelationen waren moderat ausgeprägt, befanden sich aber auf einem Signifikanzniveau von  $p = 0,000$ .

Im KAZ-35 äußerten die Patienten die größte Zuversicht, abstinent zu bleiben, in Situationen, die mit „Sozialem Druck“ und „Positiven Gefühlen“ einhergingen. Am wenigsten Zuversicht in ihren Abstinenzernfolg zeigten sie in Situationen mit „Negativen Gefühlen“ und dem „Austesten ihrer eigenen Kontrollfähigkeit“. Die Unterschiede der einzelnen Subskalen waren signifikant. Somit finden sich in den Untersuchungen der beiden Fragebögen KAZ-35 und AASE ähnliche Tendenzen, was die beobachteten Korrelationen bestätigt.

Eine vergleichbare Untersuchung mit dem KAZ-35 führten Schneider et al. (2002) durch. In ihren Resultaten findet man ebenfalls hohe Werte der Zuversicht in den Subskalen „Sozialer Druck“ und „Positive Gefühle“ und niedrige Werte in „Negativen Gefühlen“ sowie dem „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“. Die Studie von Schneider et al. war jedoch ausschließlich auf Therapiewiederholer ausgelegt und umfasste 62% männliche Probanden ( $N = 76$ ), die sich in einer „Auffangbehandlung“ nach einer oder mehreren erfolglosen Entwöhnungstherapien befanden. Dies änderte aber nichts an der strukturellen Ähnlichkeit der Resultate.

Konfrontationen mit negativen Stimmungen, aber auch mit Entzugssymptomen bzw. dem Verlangen nach Alkohol scheinen die größte Gefährdung für Alkoholabhängige darzustellen, wie man aus den subjektiven Angaben über die hohe Versuchung bzw. die niedrige Abstinenzzuversicht ablesen kann. Sie scheinen die stärksten Trigger für einen Rückfall darzustellen, zumindest soweit es die kognitiv erfassbaren Auslöser betrifft. Dieser Eindruck findet in der Literatur vielfach Bestätigung. Negative Stimmungslagen werden immer wieder als ein ausschlaggebender Faktor für einen Rückfall benannt, weil daraus der größte subjektive „Zwang“ entsteht, wieder Alkohol zu trinken (Zywiak et al., 1996; Litt et al., 2000; Litman et al., 1983). Niaura et al. (1988) kamen zu dem Schluss, dass der Mehrzahl der Rückfälle Erlebnisse mit negativen Gefühlen vorausgingen. Einschränkend weisen die Autoren darauf hin, dass Angst, Dysphorie und Entzugssymptome mit Craving zu den charakteristischen Eigenheiten des Alkoholentzugssyndroms gehören und somit Teil der Entzugsreaktion sind.

# 1. Abstinenz/Nicht-Abstinenz

Interessant ist nun die Frage, ob sich die Gruppe der später Abstinenten von der Gruppe der später Rückfälligen in der Ausprägung der Versuchung bzw. Zuversicht unterscheidet. In den vorliegenden Ergebnissen konnte man die Tendenz erkennen, dass die später Abstinenten eine geringere Versuchung angaben, rückfällig zu werden, und – dazu kongruent – eine größere Zuversicht, abstinent zu bleiben. Statistisch signifikant waren diese Gruppenunterschiede zwischen später Abstinenten und später Rückfälligen allerdings nicht. Auch Schneider et al. (2002) konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen finden.

Im Gegensatz dazu lassen sich in einigen anderen Studien durchaus signifikante Unterschiede zwischen später abstinenten und später rückfälligen Probanden finden, wodurch die vorliegenden Trends bestätigt werden. Bei Zingg et al. (2008), die in ihrer Studie ebenfalls die AASE einsetzen, wiesen später abstinenten Patienten in beiden Teilen der AASE in der „Versuchung“ niedrigere und in der „Zuversicht“ signifikant höhere Werte auf. Auch in dieser Studie war die Geschlechtsverteilung ähnlich (68,6% Männer, N = 169), die alkoholabhängigen Probanden (ICD-10) nahmen aber an unterschiedlichen Entwöhnungstherapien teil, befanden sich also in einem anderen Stadium der Therapie. Man kann sich vorstellen, dass sich im Laufe der Entwöhnungstherapie klarer herauskristallisiert, welche Patienten später rückfällig werden und welche abstinent bleiben, als in der verhältnismäßig kurzen Entzugstherapie im Therapiesetting der vorliegenden Arbeit. Außerdem fand in Zinggs Arbeit das Katamnesegespräch zur Klärung der Abstinenz 24 Monate nach Entlassung statt, während das vorliegende Patientenkollektiv schon nach 12 Monaten befragt wurde. Bei der Analyse des Fragebogens *Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (AASE)* wurden in der vorliegenden Arbeit die Summenscores der 5-Punkt-Likert-Skala verwendet. Bei Zingg et al. (2008) wurde mit Prozentpunkten gearbeitet. Auch das kann die Unterschiede in der Ausprägung der Ergebnisse erklären. Auch bei Litman et al. (1983) waren später rückfällige Probanden stärker versucht als später abstinenten Probanden in Situationen, die mit unangenehmen Stimmungslagen zusammenhängen, wieder Alkohol zu konsumieren. In ihrer Arbeit fand das Follow-Up-Gespräch ebenfalls 12 Monate nach Entlassung statt, das Kollektiv umfasste 198 Probanden. Allerdings wurde in dieser Studie als Messinstrument eine Variation des Fragebogens *Relapse Precipitants Inventory (RPI)* verwendet (Litman et al.,

1983), der die Situationen abfragt, in denen die größte Gefahr zum Rückfall besteht. Somit kann man zwar ähnliche Tendenzen erkennen, nicht aber einen vollständigen Vergleich ziehen.

Darüber hinaus findet man in der Literatur noch weitere Beispiele für signifikante Gruppenunterschiede in der der Abstinenzzuversicht entsprechenden Selbstwirksamkeit zwischen später Abstinenten und später Rückfälligen. So werden auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, die höheren Werte der alkoholbezogenen Selbstwirksamkeit am Ende der Behandlung unter den später abstinenten Probanden, in der Studie von Goldbeck et al. (1997) bestätigt. Hier wurden allerdings andere Methoden zur Erfassung der Selbstwirksamkeit eingesetzt, wie z.B. der von der Arbeitsgruppe entwickelte *Self-Efficacy Questionnaire (SEQ)* sowie der *Situational Confidence Questionnaire (SCQ)* (Annis, 1982). 62% der Patienten war männlich (N = 69) und nahmen an einem fünf- bis siebentägigen stationären Entzugsprogramm teil. Die Alkoholabhängigkeit wurde nach der damaligen DSM-III diagnostiziert. Die höheren Werte der Selbstwirksamkeit unter später abstinenten Patienten finden noch in weiteren Studien Bestätigung (Allsop et al., 2000; Demmel et al., 2001).

Vor diesem Hintergrund erscheint es logisch, dass ohne eine intrinsische Überzeugung hinsichtlich des Gelingens der Abstinenz der Erfolg zumindest weniger wahrscheinlich wird. Die Hinweise aus der Literatur, die für später Abstinente eine höhere Zuversicht bzw. eine niedrigere Versuchung aufzeigen, könnten Indiz dafür sein, dass der Behandlungserfolg in Form von Abstinenz mit dem Selbstvertrauen in die eigenen Bewältigungskapazitäten zusammenhängt. Dies würde das von Marlatt und Gordon (1985) entwickelte Rückfallmodell weiter stützen, das der Selbstwirksamkeit im Rückfallgeschehen eine zentrale Rolle zuweist. Für sie ist der Glauben an die eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung von Herausforderungen (wie z.B. in abstinentengefährdenden Situationen) essenziell für die später erfolgreiche Abstinenz.

## 2. Frauen/Männer

Eine weitere wichtige Fragestellung war, ob sich Frauen und Männer in der Ausprägung der Versuchung bzw. der Zuversicht unterschieden. In der vorliegenden Arbeit zeigten sich bei der Untersuchung der „Versuchung“ mittels der AASE durchgehend höhere Werte bei Männern als bei Frauen. Männer beschrieben sich in allen Situationengruppen stärker versucht, erneut Alkohol zu konsumieren. Statistisch signifikant waren die höheren Werte der Männer allerdings nur in der Subskala „Social Positive“ zum Zeitpunkt V5, kurz vor Ende des Entzugs. In der alkoholbezogenen Selbstwirksamkeit (der Abstinenzzuversicht) gaben Frauen stets eine größere Zuversicht an, abstinent zu bleiben. Nur in der Gruppe der später Rückfälligen waren die Männer zum zweiten Untersuchungszeitpunkt (V5) zuversichtlicher, nicht rückfällig zu werden. Dies könnte Ausdruck einer Selbstüberschätzung in diesem speziellen Kollektiv sein. In den Ergebnissen des KAZ-35 konnte man eine solche Tendenz nicht erkennen – hier waren die Frauen durchgehend zuversichtlicher als die Männer.

Bischof et al. (2005) fanden in der Analyse der AASE sowohl in der „Versuchung“ als auch in der „Zuversicht“ zwischen Frauen und Männern Unterschiede in deren subjektiven Angaben. Ihren Ergebnissen zufolge verspürten Männer in Situationen, die den Subskalen „Social Positive“ und „Craving“ zuzuordnen sind, eine größere Versuchung, Alkohol zu trinken, als Frauen. Passend dazu gaben Frauen eine höhere Zuversicht an, in positiven Gefühlslagen dem Alkohol zu widerstehen. Für Situationen mit negativen Gefühlen und körperlichen oder anderen Sorgen ergaben sich in dieser Studie keine Geschlechtsunterschiede. Bischof et al. (2005) postulierten, dass die Geschlechtsunterschiede in der „Versuchung“ bedeutender seien als in der „Zuversicht“. Sie evaluierten zusätzlich die Schwere der Alkoholabhängigkeit mit dem Fragebogen *Severity of Alcohol Dependence Scale (SESA)*, der das Ausmaß an Entzugssymptomen und Craving, dem konsekutiven Trinken zur „Linderung“ der Entzugssymptome und der Toleranzentwicklung abfragt (Bischof et al., 2005). Sie führten die Geschlechtsunterschiede allerdings nicht nur auf die Tatsache zurück, dass Männer meist schwerer alkoholabhängig sind, sondern betonten auch die Notwendigkeit weiterer differenzierter Untersuchungen.

In der Arbeit von Zywiak et al. (1996), die die Gründe für einen Rückfall untersuchten, waren Frauen in Situationen negativer Gefühle stärker gefährdet, während für Männer eine größere Gefährdung von positiven Gefühlen und sozialem Druck ausging. Litman et al. (1983) bestätigten den Trend, dass Frauen eher aus internalen Zwängen wie negativen Gefühlslagen heraus in Versuchung gerieten, Männer hingegen tendenziell externe Anlässe (wie soziale Veranstaltungen mit anderen, die trinken) und Euphorie als gefährdend wahrnahmen. Beide Studien verwendeten jedoch andere Fragebögen.

Für Annis et al. (1998) gibt es in der Rückfallgefährdung für Frauen und Männer mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede. Für beide Geschlechter stellten Situationen mit negativen Gefühlen die größte Gefährdung dar. Frauen schienen darunter noch mehr zu leiden als Männer, wohingegen diese sozialen Druck als stärker belastend empfanden als Frauen.

Die Ergebnisse aus der Literatur sind nicht ganz einheitlich, weisen jedoch größtenteils darauf hin, dass für Frauen und Männer unterschiedliche Situationen besonders gefährdend für einen Rückfall sein könnten. Dies konnte in der vorliegenden Arbeit nicht repliziert werden. Ein weiterer relevanter Faktor für die empfundene Versuchung bzw. Zuversicht könnte das Ausmaß der Alkoholabhängigkeit sein, das bei Frauen und Männern unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann und das in der dieser Arbeit nicht berücksichtigt wurde.

Da Menschen, ganz abgesehen von genderspezifischen Unterschieden, in ihren emotionalen und psychosozialen Strukturen sehr verschieden sind, liegt die Vermutung nahe, dass – neben generellen Gemeinsamkeiten – die Versuchung, wieder zu trinken, bzw. die Zuversicht, nicht zu trinken, ebenfalls sehr unterschiedlich verteilt ist. Die Therapie Alkoholabhängiger sollte, wenn möglich, noch stärker versuchen, die individuelle „Achillesferse“ der Betroffenen zu identifizieren und dann gezielt in den Fokus zu nehmen, um Bewältigungsstrategien bewusst und spezifisch zu fördern.

Was die Vermutung der „Selbstüberschätzung“ unter später rückfälligen Männern betrifft bzw. das unrealistische Selbstbild dieser Patientengruppe, die in der vorliegenden Arbeit eine signifikant größere Zuversicht angaben, abstinent zu bleiben, so findet sich auch bei Schneider et al. (2002) dazu ein Kommentar. Sie beobachteten ebenfalls möglicherweise



„ausgeprägtere Selbstüberschätzungstendenzen“ der später Rückfälligen (Schneider et al., 2002). Auch dieser Aspekt sollte in der Behandlung Beachtung finden.

### **3. Zeitliche Entwicklung**

Bei der Evaluation der Entzugstherapie ist die zeitliche Entwicklung der angegebenen Zuversicht bzw. Versuchung vom Beginn zum Ende des stationären Aufenthalts (Zeitpunkt R und V5) ein wichtiger Indikator. In der Analyse der AASE fand man bei Frauen und Männern eine Abnahme der Versuchung, wieder Alkohol zu konsumieren. Bei Frauen war diese Verringerung in der Subskala „Craving“ signifikant, bei Männern in der Subskala „Negative Affect“, bei den später abstinenten Männern zusätzlich in der Subskala „Social Positive“. Eine Steigerung der Zuversicht zwischen den beiden Zeitpunkten gaben alle Studienteilnehmer an, die sich 12 Monate später als abstinent erwiesen. Bei den später rückfälligen Probanden unterschieden sich Frauen von Männern: Frauen spürten am zweiten Untersuchungszeitpunkt, kurz vor Entlassung, eine geringere Zuversicht, abstinent zu bleiben, als zu Beginn, während bei Männern die Zuversicht anstieg.

Auch aus den Ergebnissen des KAZ-35 ergab sich kein vollkommen homogenes Bild. Die in diesem Fragebogen geäußerte Abstinenzzuversicht nahm bei beiden Geschlechtern zwar vom ersten zum zweiten Untersuchungszeitpunkt zu, wobei unter Frauen eine stärkere Zunahme stattfand. Bei Männern war die Steigerung der Zuversicht geringer ausgeprägt, wobei unter den später rückfälligen Männern die Zuversicht in Situationen mit „Sozialem Druck“ signifikant sank.

Die schon zuvor erwähnte Arbeit von Zingg et al. (2008) kam zu ähnlichen Resultaten: sie beobachteten in der AASE eine signifikante Steigerung der Zuversicht und eine signifikante Abnahme der Versuchung. In dieser Studie wurden jedoch nicht die einzelnen Subskalen analysiert, sondern der Fragebogen mit „Versuchung“ und „Zuversicht“ als Ganzes betrachtet. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Probanden dieser Studie an

unterschiedlichen Entwöhnungstherapien teilnahmen, die mindestens acht Wochen dauerten, und dass somit ein anderer Entwicklungszeitraum gegeben war.

Auch bei Schneider et al. (2002), die den KAZ-35 verwendeten, stieg die Abstinenzzuversicht vom Beginn zum Ende der Behandlung an. Allerdings waren auch in dieser Studie die therapeutischen Rahmenbedingungen andere als in der vorliegenden Arbeit: das Kollektiv der Therapiewiederholer nahm an einer Behandlung teil, die sechs bis zehn Wochen dauerte. Gleichwohl wurden die in der vorliegenden Arbeit beobachteten Tendenzen bestätigt.

Allsop et al. (1997) fanden in der Untersuchung der alkoholbezogenen Selbstwirksamkeit ebenfalls einen Anstieg vom Beginn zum Ende der Entzugsbehandlung, die etwa zwei Wochen dauerte. Diese Steigerung war jedoch nicht statistisch signifikant. Außerdem unterschied sich die Stichprobe dadurch von der vorliegenden, dass nur Männer aufgenommen worden waren ( $N = 60$ ) und dass andere Untersuchungsmethoden angewandt wurden.

Die Ergebnisse zum Zeitverlauf in der vorliegenden Arbeit finden in der Literatur Bestätigung. Als neuen Aspekt kann man die Beobachtung dieser Studie werten, dass später rückfällige Frauen vom Beginn zum Ende der Entzugsbehandlung eine Abnahme ihrer Abstinenzzuversicht erleben. Auch später rückfällige Männer gaben zum zweiten Erhebungszeitpunkt eine geringere Zuversicht an, in Situationen, die mit sozialem Druck assoziiert waren, abstinenz zu bleiben. Dieser Befund könnte einerseits so verstanden werden, dass sich in dieser Personengruppe teilweise eine realistischere Selbsteinschätzung entwickelt, was die eigene Fähigkeit zur Abstinenz angeht. Andererseits könnte man diese Beobachtung auch so deuten, dass es diesem Patientengut speziell an Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit und an Kontrollüberzeugung mangelt. Vielleicht wäre dies ein guter Ansatzpunkt, um in der Therapie der Alkoholabhängigkeit konstruktiv an dem offensichtlichen Mangel an Selbstwirksamkeit zu arbeiten.

## 4. Vorhersagekraft der Versuchung/Zuversicht für das Outcome

Das eigentliche Ziel dieser Arbeit war, aus den Angaben der subjektiven Versuchung bzw. der Abstinenzzuversicht den möglichen prädiktiven Wert für den Behandlungserfolg (Abstinenz oder Rückfall 12 Monate nach Entlassung) herauszuarbeiten.

Aus der Analyse der *AASE* ließ sich kein statistisch stichhaltiges Modell erstellen, mit dem sich anhand der einzelnen Subskalen (der unterschiedlichen Gefahrensituationen) das Outcome vorhersagen ließ. Weder aus den angegebenen Werten der Versuchung noch aus den Werten der Zuversicht konnte man eine Vorhersage treffen, ob ein Patient rückfällig werden würde oder nicht.

In der schon mehrfach erwähnten Studie von Zingg et al. (2008), die den Fragebogen *AASE* als Ganzes untersuchten, fanden sich abhängig von den verschiedenen Therapieformen unterschiedliche Ergebnisse. Für Patienten, die an einer stationären Langzeittherapie (Dauer: 12 – 16 Wochen) teilnahmen, hatten weder die Versuchung noch die Zuversicht einen prädiktiven Wert für die Abstinenz nach 12 oder 24 Monaten nach Entlassung. Im Gegensatz dazu hatte die Höhe der Zuversicht 6 Monate nach der Behandlung für Teilnehmer einer stationären Kurzzeittherapie (Dauer: 8 Wochen) einen relativ starken Vorhersagewert für die Abstinenz nach 12 und 24 Monaten. Je zuversichtlicher die Studienteilnehmer waren, in bestimmten Gefahrensituationen abstinent zu bleiben, desto wahrscheinlicher war die tatsächliche Abstinenz nach Entlassung. Die angegebene Versuchung der Probanden hatte auch bei Zingg et al. (2008) keinen Einfluss auf den späteren Behandlungserfolg.

Analog zu diesen positiven Ergebnissen zum prädiktiven Wert der Abstinenzzuversicht konnten auch in meiner Arbeit aus der Analyse des *KAZ-35* Vorhersagen für die Abstinenz 12 Monate nach Entlassung getroffen werden. Es wurde ein Regressionsmodell erstellt, in das die Subskalen „Negative Gefühle“ und „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ integriert waren. Je höher die Zuversicht in Situationen mit „Negativen Gefühlen“ ausgeprägt war, desto niedriger war das Risiko eines Rückfalls. Für das „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ lag ein reziproker Zusammenhang vor: war die Zuversicht, in ebendiesen Situationen abstinent zu bleiben, höher ausgeprägt, so lag auch ein höheres Rückfallrisiko

vor. Dies könnte man als weiteres Anzeichen für eine „Selbstüberschätzung“ der Patienten hinsichtlich ihrer Abstinenzfähigkeit in dem Sinn deuten, dass Patienten sich in der Lage fühlen, an ihre „Widerstandsgrenzen“ zu gehen – und dann aber doch der Versuchung nicht standhalten können und rückfällig werden.

Fest steht jedoch, dass anhand der Analyse der Abstinenzzuversicht mit dem *KAZ-35*, insbesondere unter Betrachtung der Kategorie „Negative Gefühle“, sich die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls beurteilen lässt. Dieses Resultat passt zur besonderen Rolle der Subskala „Negative Gefühle“, die in allen anderen Untersuchungen bestätigt wurde. Dies lässt darauf schließen, dass man der Gefahrengruppe von Situationen, die mit negativen Stimmungslagen assoziiert sind, in der Therapie und Schulung der Alkoholabhängigen besondere Aufmerksamkeit zukommen lassen sollte. Bewältigungsstrategien für diese Situationen sollten intensiv entwickelt werden, damit eine individuelle Förderung innerer Ressourcen erreicht und somit die Selbstwirksamkeit gestärkt wird. Daher sollten diejenigen Patienten, die in diesen Bereichen auffällige Werte zeigen, besondere Beachtung erfahren, um einem Rückfallgeschehen vorzubeugen.

Auch in anderen Studien findet man Belege für die Vorhersagekraft der alkoholbezogenen Selbstwirksamkeit auf die spätere Abstinenz. Bei Goldbeck et al. (1997) hat die Selbstwirksamkeit (bezogen auf die eigene Fähigkeit, abstinent zu bleiben) am Ende der Entzugsbehandlung einen prädiktiven Wert für die Abstinenz drei Monate nach Entlassung und wird als wichtige Komponente des späteren Behandlungserfolgs benannt. In gleicher Weise stellt die volle Abstinenzzuversicht (100% zuversichtlich, abstinent zu bleiben) zum Zeitpunkt der Entlassung bei Ilgen et al. (2005) den stärksten Prädiktor für die Abstinenz nach einem Jahr dar. Auch Allsop et al. (2000) erklären in ihrer Studie die empfundene Selbstwirksamkeit am Ende der Behandlung zum vorrangigen Vorhersagefaktor für den Behandlungserfolg nach einem Jahr. Bei diesen Studien wurden allerdings andere Methoden zur Evaluierung der Selbstwirksamkeit eingesetzt als in der vorliegenden Arbeit.

Bei Schneider et al. (2002), die ebenfalls den *KAZ-35* einsetzten, fand sich keine Bestätigung des prädiktiven Werts der Abstinenzzuversicht. Sie konnten keinerlei prognostische Bedeutung der alkoholbezogenen Selbstwirksamkeit am Ende der Entwöhnungstherapie für die Abstinenz drei und 12 Monate später ausmachen. Wie schon zuvor erwähnt, handelte es

sich bei diesem Kollektiv jedoch ausschließlich um Therapiewiederholer, sodass davon auszugehen ist, dass es sich bei diesem Patientengut um eine Gruppe mit einer tendenziell ungünstigeren Prognose handelt.

Die Sonderrolle, die die Subskala „Negative Gefühle“ in den Untersuchungen der vorliegenden Arbeit einnimmt, wird auch im letzten Schritt, der Überprüfung des Vorhersagewerts für den späteren Behandlungserfolg, bestätigt. Situationen, die mit negativen Emotionen behaftet sind, scheinen die größte Gefährdung für die Abstinenz der Patienten darzustellen. Anhand der subjektiven Zuversicht, in diesen Situationen abstinent bleiben zu können, können Voraussagen getroffen werden, ob der Patient rückfällig werden wird oder nicht.

Die Abstinenzzuversicht wird in der Literatur als alkoholbezogene Selbstwirksamkeit bezeichnet. Der Begriff der Selbstwirksamkeit wurde von Albert Bandura (1977) geprägt und beschreibt die Erwartung, aufgrund eigener Fähigkeiten und Ressourcen erwünschte Handlungen (z.B. Verhaltensveränderungen wie Abstinenz) erfolgreich durchführen zu können. Marlatt und Gordon (1985) integrierten das Konzept der Selbstwirksamkeit in ihr Modell des Rückfalls.

Negative Gefühlslagen erweisen sich für (frühere) Alkoholabhängige nach der Entzugstherapie als die stärksten Stressoren. Eine einheitliche Definition von Stressoren ist in der Stressforschung nicht leicht zu finden – vereinfacht ausgedrückt sind es alle Stimuli oder Reize, die Stress erzeugen. Man kann erst an der Wirkung eines Reizes erkennen, ob er ein Stressor ist. Für Aaron Antonovsky (1979) ist Stress eine „von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört“. In unserem Fall wird das in der Therapie erarbeitete Gleichgewicht der Abstinenz durch Stressoren gefährdet. In Antonovskys Theorie der *Salutogenese* ist die Überzeugung von der „Bewältigbarkeit“ von Problemen (neben deren Verstehbarkeit und deren Sinnhaftigkeit) essenziell für deren Lösung. Alkoholabhängige müssen sich selbst in der Lage fühlen, auch in herausfordernden Situationen abstinent bleiben zu können. Die Überzeugung von der „Bewältigbarkeit“ kann als Ausdruck von Selbstwirksamkeit verstanden werden und bestätigt die Relevanz des Rückfallmodells von Marlatt und Gordon (1985). Die Bedeutung der Selbstwirksamkeit sowie von Bewältigungsstrategien in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit spiegelt sich

in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit wider und wird auch in den Standardwerken der eben genannten renommierten Autoren als wesentlich identifiziert. Diese Aspekte sollten in der Therapie Alkoholabhängiger besondere Beachtung finden.

## **5. Schlussfolgerungen**

Da negative Gefühlslagen für alkoholabhängige Patienten eine spezielle Gefährdung darstellen, sollten sie in der Therapie als potentielle Risikosituationen ausdrücklich thematisiert werden. In der Regel nehmen weniger als zehn Prozent der Patienten eine der Entzugstherapie nachfolgende ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung wahr, weshalb dies schon in der Entzugsphase eine Rolle spielen sollte. Durch das Erfragen der Abstinenzzuversicht, insbesondere bezüglich der „Negativen Affekte“, könnte man ohne großen Aufwand zumindest einen Teil derjenigen Patienten identifizieren, die ein höheres Rückfallrisiko aufweisen, und ihnen besondere Beachtung zukommen lassen. Die Erarbeitung kompetenter Bewältigungsstrategien für Herausforderungen, die im Alltag entstehen, und die Förderung psychosozialer Ressourcen würde die individuelle Selbstwirksamkeit stärken, was zu einer Verminderung des Rückfallrisikos führen könnte. Das besondere Augenmerk könnte dabei auf Situationen liegen, die mit negativen Gefühlen einhergehen.

Die subjektive Abstinenzzuversicht könnte als wichtiger Indikator für die spätere Rückfallgefährdung fungieren, an dem man gezielt therapeutisch ansetzen könnte. Ausgeprägt hohe bzw. niedrige Werte könnten als Hinweis für die Notwendigkeit einer therapeutischen Konfrontation dienen, sich mit der möglichen Risikounterschätzung bzw. dem eigenen Mangel an Bewältigungsstrategien oder Selbstvertrauen auseinanderzusetzen. Wie sich in der vorliegenden Arbeit gezeigt hat, fehlt es besonders den später rückfälligen Patienten an Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit. Deshalb wäre es angezeigt, in der Therapie Alkoholabhängiger frühzeitig dieses Defizit zu erkennen und an seiner Stärkung zu arbeiten. Zusätzlich ist es sicher sinnvoll, das Verständnis der Erkrankung zu fördern, um weitere Schritte in die Richtung der „Gesundheitsentstehung“ (Salutogenese) im Sinne von Antonovsky zu gehen. Dies fand im Rahmen der übergeordneten Studie „Manualisierte,

bedarfsorientierte Psychoedukation in der Akutbehandlung Alkoholabhängiger zur Verbesserung der Inanspruchnahme weiterer Hilfen“ in Form von psychoedukativen Interventionen während der Entzugstherapie statt.

## **6. Limitationen**

Da in der vorliegenden Arbeit der mögliche Eintritt des Rückfalls von zentralem Interesse ist, muss erwähnt werden, dass die Aussage darüber ausschließlich auf den Angaben des Patienten beruht. Man kann die Richtigkeit nicht validieren, Verzerrungen der Ergebnisse könnten durch das Phänomen der sozialen Erwünschtheit entstehen, da sich Studienteilnehmer für einen Rückfall schämen könnten. Bei der Katamnese 12 Monate nach Entlassung aus der Entzugstherapie wurde nicht zwischen Patienten unterschieden, die nach dem Entzug eine weiterführende Entwöhnungstherapie antraten, an Selbsthilfegruppen teilnahmen oder keine weiteren therapeutischen Angebote wahrnahmen. Dies führt zu einem inhomogenen Patientengut, was deren Behandlungsausmaß betrifft. Andererseits entspricht dies der natürlichen Mischung an Behandlungswegen und -verläufen. Außerdem wurde in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt, ob die Probanden sich das erste Mal wegen ihrer Alkoholabhängigkeit in Behandlung begaben oder ob in der Vergangenheit schon Entzugs- und/oder Entwöhnungstherapien bzw. Rückfälle stattgefunden hatten. Auch die Schwere der Alkoholabhängigkeit wurde nicht in die Auswertung einbezogen. Grundsätzlich handelte es sich aber um Alkoholabhängige mit einem stationär behandlungsbedürftigem Alkoholentzugssyndrom, was bereits eine gewisse Schwere der Abhängigkeit nahelegt. Einige Studienteilnehmer gaben schon zu Beginn der Entzugstherapie sehr hohe Werte in der Abstinenzsicherheit bzw. sehr niedrige Werte in der Versuchung, wieder zu trinken, an. In Anlehnung an Petry (1993) und Schneider et al. (2002) könnte man eine „suchtspezifische Bagatellisierungstendenz“ vermuten, die die wahrgenommene Rückfallgefährdung verzerrt. Auch hier könnte soziale Erwünschtheit eine Rolle spielen bzw. der verständliche Wunsch des Patienten auf Erfolg und eine Art „Zwangsoptimismus“ (Schneider et al., 2002).

Die Relevanz dieser „Störfaktoren“ kann im Rahmen dieser Arbeit nicht endgültig beurteilt werden. Gleichwohl sollte die Frage kritisch überprüft werden, inwieweit die Fragebögen *AASE* und *KAZ-35* die Versuchung bzw. die Abstinenzzuversicht valide erfassen oder ob sie lediglich die kognitiven Rationalisierungen der Betroffenen abbilden. Die nicht ganz einheitliche Studienlage hängt möglicherweise mit den unterschiedlichen Patientenkollektiven zusammen und damit, dass sich die Studienteilnehmer in unterschiedlichen Stadien der Therapie befanden. Dennoch kann man generell davon ausgehen, dass die erarbeiteten Hinweise sinnvoll dafür genutzt werden können, um wichtige Aspekte zu identifizieren und um Schwerpunkte in der Therapie der Alkoholabhängigkeit, insbesondere auch schon in der Entzugsphase, zu setzen.

## **7. Ausblick**

Da die vorliegende Arbeit explorativer Natur war und womöglich die Fallzahl nicht ausreichte, um in manchen Bereichen signifikante Unterschiede nachzuweisen, wird es sich lohnen, die Analysen an einer größeren Stichprobe erneut durchzuführen. So kann man prüfen, ob sich die Ergebnisse in weiteren Studien replizieren lassen und weiter erforschen, was für prädiktive Faktoren es für einen Rückfall gibt. Beim Vergleich mit einer Kontrollgruppe, die „nur“ die Standardbehandlung während des Entzugs erhielt, wird man überprüfen können, ob das spezielle Therapieprogramm mit dem Fokus auf Psychoedukation und motivationale Gesprächsführung Auswirkungen zeigt. So wird sich herausstellen, ob die subjektive Versuchung bzw. die Abstinenzzuversicht eine andere Entwicklung durchläuft und – von größter Bedeutung – ob sich die Rückfallquote verändert. Auf diese Weise könnte man weitere Erkenntnisse hinsichtlich des Rückfallgeschehens und dessen Zusammenhängen mit der Selbstwirksamkeit erlangen. Möglicherweise könnte man mit weiteren Studien einen Cut-Off-Wert des Grades an subjektiv empfundener Selbstwirksamkeit erarbeiten, anhand dessen man Patienten identifizieren könnte, die ein besonders hohes Rückfallrisiko aufweisen. Diese Patienten könnten dann in der Therapie eine spezielle Förderung ihrer individuellen Schwächen erfahren und somit – im Idealfall – weniger oft rückfällig werden. Ziel wäre es,



alkoholabhängigen Patienten die besten Startmöglichkeiten in ein Leben ohne Alkohol zu ermöglichen.

## V. Zusammenfassung

---

Die vorliegende Studie geht der Frage auf den Grund, welche Rolle die alkoholbezogene Selbstwirksamkeit bzw. Abstinenzzuversicht im Rückfallgeschehen spielt. Im Gegensatz zu anderen Studien wurde in dieser Arbeit nicht nur die generelle Selbstwirksamkeit untersucht, sondern es wurden unterschiedliche Kategorien von Situationen beleuchtet, in denen Patienten rückfällig werden können. So war eine bessere Differenzierung der Kategorien von Situationen möglich, die eine besondere Gefährdung für die Abstinenz von Alkoholabhängigen nach einem Entzug darstellen.

Dazu wurden 120 alkoholabhängige Patienten (DSM-IV, ICD-10) während ihrer bis zu zweiwöchigen stationären Entzugsbehandlung sowie drei, sechs und zwölf Monate danach mittels standardisierter Fragebögen (*AASE: Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale* und *KAZ-35: Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht*) befragt. Inhalt der Befragungen waren Angaben zur subjektiven Versuchung, erneut Alkohol zu trinken, bzw. zur Zuversicht, abstinent bleiben zu können. Durch die Wahl der Untersuchungszeitpunkte zu Beginn und zum Ende der Entzugstherapie wurde ein Einblick in eine weitgefaste Gruppe von Alkoholabhängigen vermittelt – im Vergleich zu anderen Studien, die sich vor allem mit Patienten in länger dauernden Entwöhnungstherapien befassten. Letztere stellen eine hochselektierte Teilgruppe von Patienten dar, da nur maximal zehn Prozent der Alkoholabhängigen ein solches Therapieangebot wahrnehmen, während das vorliegende Patientenkollektiv all diejenigen Alkoholabhängigen repräsentiert, die sich in eine Entzugsbehandlung begeben.

In dieser Stichprobe wurden mögliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern sowie zwischen den Gruppen der später abstinenten und rückfälligen Patienten erfasst. Nach zwölf Monaten wurde erfragt, ob die Patienten rückfällig geworden waren.

Ergebnisse waren:

- Situationen, die mit negativen Gefühlslagen einhergehen, stellten die größte Gefahr für einen Rückfall dar: Patienten aller Gruppierungen gaben in dieser Kategorie die höchste Versuchung an, wieder rückfällig zu werden, bzw. die geringste Zuversicht, abstinent zu bleiben.
- Im Geschlechtervergleich zeigte sich, dass Frauen tendenziell zuversichtlicher als Männer sind, abstinent zu bleiben, während Männer eine tendenziell höhere Versuchung als Frauen angaben, wieder Alkohol zu trinken. Diese Unterschiede wiesen ein unterschiedliches Signifikanzniveau auf.
- Später abstinente Patienten waren hinsichtlich ihrer Abstinenz zum Zeitpunkt der Entlassung zuversichtlicher als später Rückfällige und fühlten sich weniger versucht, Alkohol zu konsumieren.
- Die Angabe der Abstinenzzuversicht bezüglich Situationen, die mit negativen Gefühlen assoziiert sind, eignet sich für die Vorhersage der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls: je höher die subjektiv wahrgenommene Zuversicht ist, in diesen Situationen abstinent zu bleiben, desto geringer ist das Risiko eines Rückfalls.

Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass es von großer klinischer Relevanz ist, Defizite in der Selbstwirksamkeit von Patienten frühzeitig zu erkennen und sie therapeutisch gezielt zu bearbeiten. Auch wenn man anhand der Abstinenzzuversicht nicht mit Sicherheit voraussagen kann, ob ein Patient rückfällig wird oder nicht, so kann man doch Hinweise darauf erhalten, inwieweit der Patient seine „Schwächen“ kognitiv erfasst hat. Dies ist ein guter Anknüpfungspunkt, um in der Therapie Alkoholabhängiger Bewältigungsstrategien für gefährdende Situationen zu erarbeiten, damit innere Ressourcen gefördert und somit die Selbstwirksamkeit gestärkt wird und ein Rückfall an Wahrscheinlichkeit verliert.

## VI. Literaturverzeichnis

---

Allsop, S.; Saunders, B.; Phillips, M.; Carr, A. (1997): A trial of relapse prevention with severely dependent male problem drinkers. In: *Addiction* 92 (1), S. 61–74.

Allsop, S.; Saunders, B.; Phillips, M. (2000): The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. In: *Addiction* 95 (1), S. 95–106.

American Psychiatric Association (2000): DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup> Edition, Washington, D.C.

Annis, H. M. (1982): *The Situational Confidence Questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.

Annis, H. M.; Sklar, S. M.; Moser, A. E. (1998): Gender in relation to relapse crisis situations, coping, and outcome among treated alcoholics. In: *Addictive Behaviors* 23 (1), S. 127–131.

Antonovsky, A. (1979): *Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well Being*. San Francisco: Jossey-Bass.

Babor, T. (2010): *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*, 2<sup>nd</sup> Edition. Oxford: OUP Oxford, S. 12-15.

Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. In: *Psychological Review* 84 (2), S. 191–215.

Baudelaire, C. (1869): *Le Spleen de Paris, XXXIII Enivrez-Vous*, in: *Œuvres complètes*, Paris 1975, S. 337.

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: Watzl, H.; Cohen, R. (Hrsg): *Rückfall und Rückfallprophylaxe*. Berlin, S. 167-175.

Bischof, G.; Rumpf, H.-J; Hapke, U.; Meyer, C.; John, U. (2003): Types of natural recovery from alcohol dependence: a cluster analytic approach. In: *Addiction* 98 (12), S. 1737–1746.

Bischof, G.; Rumpf, H.-J; Meyer, C.; Hapke, U.; John, U. (2005): Gender differences in temptation to drink, self-efficacy to abstain and coping behavior in treated alcohol-dependent individuals: Controlling for severity of dependence. In: *Addiction Research & Theory* 13 (2), S. 129–136.

Demmel, R.; Rist, F.; Olbrich, R. (2001): Selbstwirksamkeitserwartungen alkoholabhängiger Patienten im ersten Jahr nach stationärer Behandlung. In: *Rehabilitation Suchtkranker - mehr als Psychotherapie!* Geesthacht: Neuland, S. 221–227.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: <http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html> (besucht am 19.11.2014)

DiClemente, C.C; Carbonari, J.P; Montgomery, R.P.G &. Hughes S.O (1994): The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. In: *Journal of Studies on Alcohol* (55), S. 141–148.

DiClemente, C.C; Fairhurst, S.K; Piotrowski, N.A (1995): Self-Efficacy and Addictive Behaviors. In: Maddux, J. E. (Hrsg.): *Self-Efficacy, Adaption and Adjustment. Theory, Research and Application*. New York: Plenum, S. 109–141.

DiClemente, C.C; Carbonari J.P; Zweben A.; Morrell T. &. Lee R. (2001): Motivation hypothesis and causal chain analysis. In: *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (Volume 8), S. 206–222.

Emrick, C.D; Tonigan, J.S; Montgomery, H. et al. (1993): Alcoholics Anonymous: What is currently known? In: McCrady, Miller (Hrsg.) – *Research on Alcoholics Anonymous*, S. 41–76.

Feuerlein, W., Küfner, H., Soyka, M. (2008): *Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie*. 6. Aufl. Stuttgart: Thieme, S. 16-22.

Goldbeck, R.; Myatt, P.; Aitchison, T. (1997): End-of-treatment self-efficacy: a predictor of abstinence. In: *Addiction* 92 (3), S. 313–324.

Ilgel, M.; McKellar, J.; Tiet, Q. (2005): Abstinence Self-Efficacy and Abstinence 1 Year After Substance Abuse Disorder Treatment. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73 (6), S. 1175-1180.

Kiefer, F.; Mann, K. (2011): Therapie der Alkoholabhängigkeit. In: Manfred V. Singer (Hrsg.): *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Stuttgart [u.a.]: Thieme, S. 561–565.

Körkel, J.; Schindler, C. (1996): Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35) – Ein Instrument zur Erfassung der abstinenzenorientierten Kompetenzzuversicht Alkoholabhängiger. In: *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* 42, S. 156-166.

Körkel, J.; Schindler, C. (2003): *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen*. Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio: Springer.

Larimer, M. E.; Palmer, R. S.; Marlatt, G. A. (1999): Relapse Prevention: An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. In: *Alcohol Research & Health* 23 (2), S. 151-160.

Lee, N. K.; Oei, T. P.S; Greeley, J. D. (1999): The Interaction of Alcohol Expectancies and Drinking Refusal Self-Efficacy in High and Low Risk Drinkers. In: *Addiction Research & Theory* 7 (2), S. 91–102.

Lindenmeyer, J. (2005): *Alkoholabhängigkeit*, Band 6, 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie, S. 2-13.

- Litman, G. K.; Stapleton, J.; Oppenheim, A. N.; Peleg, M.; Jackson, P. (1983): Situations Related to Alcoholism Relapse. In: *Addiction* 78 (4), S. 381–389.
- Litt, M. D.; Cooney, N. L.; Morse, P. (2000): Reactivity to alcohol-related stimuli in the laboratory and in the field: predictors of craving in treated alcoholics. In: *Addiction* 95 (6), S. 889–900.
- Mann, K. F., Diehl, A., Hein, J., Heinz, A. (2010): Alkoholabhängigkeit, In: Therapie psychischer Erkrankungen State of the Art. In: Vorderholzer, U. und Hohagen, F. (Hrsg.), 5. Auflage, Elsevier GmbH Urban & Fischer Verlag, München., S. 24-28
- Marlatt, G. A. (1985): Relapse Prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In: Marlatt, G. A.; Gordon, J. R.: Relapse Prevention: Maintenance Strategies In The Treatment of Addictive Behaviors. New York: Guilford, S. 3-70.
- Marlatt, G. A.; Witkiewitz, K. (2005): Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. In: Marlatt, G. A. und Donovan, D. M. (Hrsg.): Relapse Prevention: Maintenance Strategies In The Treatment Of Addictive Behaviors, 2<sup>nd</sup> Edition. New York: Guilford, S. 1-42.
- Miller, P.J; Ross, S.M; Emmerson, R.Y; Todt, E.H (1989): Self-Efficacy in Alcoholics: Clinical Validation of the Situational Confidence Questionnaire. In: *Addictive Behaviors* (14), S. 217–224.
- Murray, C. J. L.; Lopez, Alan D. (1997): Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. In: *The Lancet* 349 (9061), S. 1436-1442.
- Niaura, R. S.; Rohsenow, D. J.; Binkoff, J. A.; Monti, P. M.; Pedraza, M.; Abrams, D. B. (1988): Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. In: *Journal of Abnormal Psychology* 97 (2), S. 133–152.
- Olbrich, R. (2001): Die qualifizierte Entzugsbehandlung in der stationären Alkoholismustherapie. In: Olbrich, R. (Hrsg.): Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und zu anderen Suchtformen. Regensburg: Roderer Verlag, S. 25-108.
- Pabst, A.; Kraus, L. (2008): Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* 54 (7), S. 36–46.
- Petry, J. (1993): Behandlungsmotivation. Grundlagen und Anwendungen in der Suchttherapie. Weinheim: Psychologie Verlags-Union.
- Rehm, J.; Mathers, C.; Popova, S.; Thavorncharoensap, M.; Teerawattananon, Y.; Patra, J. (2009): Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. In: *The Lancet* 373, S. 2223–2233.
- Rist, F.; Watzl, H. (1983): Self assessment of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. In: *Addictive Behaviors* 8 (2), S. 121–127.
- Saunders, B.; Baily, S.; Phillips, M.; Allsop, S. (1993): Women with alcohol problems: do they relapse for reasons different to their male counterparts? In: *Addiction* 88 (10), S. 1413–1422.

Schneider, S.; Brenner, R.; Funke, W.; Garbe, D. (2002): Abstinenzzuversicht und ihre Bedeutung für Therapieplanung und Prognose bei alkoholabhängigen Therapiewiederholern. In: *Suchttherapie* 3 (1), S. 29–34.

Süß, H.-M. (1995): Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. In: *Psychologische Rundschau* (46), S. 248–266.

Veltrup, C. (1995): Eine empirische Analyse des Rückfallgeschehens bei entzugsbehandelten Alkoholabhängigen. In: Körkel, J.; Lauer, G.; Scheller, R. (Hrsg.): *Sucht und Rückfall*. Stuttgart, S. 25-35.

Vielva, I.; Iraurgi, I. (2001): Cognitive and behavioural factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. In: *Addiction* 96 (2), S. 297–303.

Weber, F.; Grundl, A.; Wiegandt, S.; Ridinger, M.; Wodarz, N. (2010): Manualisierte, bedarfsorientierte Psychoedukation in der Akutbehandlung Alkoholabhängiger zur Verbesserung der Inanspruchnahme weiterer Hilfen. In: *Psychiatrische Forschung* (Supplement 1), S. 73-75.

World Health Organization WHO (2005): Alkoholbericht für die Europäische Region der WHO - Hintergrund zum Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/88000/RC55\\_gbd01.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/88000/RC55_gbd01.pdf) (besucht am 19.11.2014)

World Health Organization WHO (2013): The International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems ICD-10: <http://www.icd-code.de/icd/code/ICD-10-GM-2014.html> (besucht am 19.11.2014)

World Health Organization WHO (2014): Global status report on alcohol and health. Genf. [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msb\\_gsr\\_2014\\_1.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1) (besucht am 19.11.2014)

Zingg, C.; Schmidt, P.; Kufner, H.; Kolb, W.; Zemlin, U.; Soyka, M. (2008): The Relationship Between Self-Efficacy and Abstinence from Alcohol after Outpatient and Inpatient Treatment – A Two Year Follow-Up. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 59 (8), S. 307-313.

Zywiak, W. H.; Connors, G. J.; Maisto, S. A.; Westerberg, V. S. (1996): Relapse research and the Reasons for Drinking Questionnaire: a factor analysis of Marlatt's relapse taxonomy. In: *Addiction* 91, S. 121-130.

## VII. DANKSAGUNG

---

An erster Stelle danke ich Herrn Prof. Dr. Wodarz als meinem Doktorvater für die überaus hilfreiche Beratung bei der Festlegung meines Promotionsthemas. Besonders dankbar bin ich für seine weiterführenden Hinweise und motivationellen Aufmunterungen sowie die Beantwortung vieler Fragen während des gesamten Arbeitsprozesses.

Frau Margarete Siwecki, Herrn Ferdinand Weber und Herrn Alexander Grundl, den Psychologen wie auch dem ganzen Team der Station 19B und den Studienassistentinnen Heike Hallof-Büstrich und Gaby Sommer möchte ich für ihre Mitwirkung an der Datenerhebung danken.

Frau Anne-Kathrin Merz vom Zentrum Lehre der Universität Regensburg und Frau Janina Steinert haben mir bei meinen statistischen Analysen immer wieder wichtige Denkanstöße gegeben – dafür ein herzliches Dankeschön.

Zuletzt möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken, die mich während meines Studiums stets in jeder Hinsicht unterstützt haben. Vielen Dank.