

# **Der Boden des Alkoholverzichts**

Eine empirische Untersuchung über den Einfluss von Ressourcen auf die Abstinenz-Sicherheit von Alkoholikern

**Inaugural-Dissertation**  
**in der Fakultät Pädagogik, Philosophie, Psychologie**  
**der Otto-Friedrich-Universität Bamberg**

vorgelegt von  
Dipl.-Psych. Jörg Pscherer  
aus  
Bayreuth

Bamberg, den 26. März 2003

Tag der mündlichen Prüfung: 11.11.2003

Dekan: Universitätsprofessor Dr. Max P. Baumann

Erstgutachter: Universitätsprofessor Dr. Hans Reinecker

Zweitgutachter: Universitätsprofessor Dr. Stefan Lautenbacher

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG UND DANKSAGUNG .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>DIE BASIS: RESSOURCEN .....</b>	<b>5</b>
2.1	RESSOURCEN UND PSYCHOTHERAPIE.....	5
2.2	DER BEGRIFF „RESSOURCE“ .....	17
2.3	SEELISCHE GESUNDHEIT ALS GLOBALRESSOURCE.....	23
2.4	SELBSTWIRKSAMKEIT ALS VERHALTENSKRITERIUM.....	33
<b>3</b>	<b>DAS ZIEL: ALKOHOLVERZICHT.....</b>	<b>39</b>
3.1	DIE MÜHE DES ALKOHOLVERZICHTS .....	39
3.2	DIE KRAFT DES ALKOHOLVERZICHTS .....	50
3.3	ABSTINENZ-ZUVERSICHT UND ABSTINENZ-WERT .....	60
3.4	ABSTINENZ-SICHERHEIT ALS VERHALTENSKRITERIUM .....	65
<b>4</b>	<b>FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN .....</b>	<b>73</b>
4.1	FRAGESTELLUNG .....	73
4.2	HYPOTHESEN .....	78
<b>5</b>	<b>METHODIK DER UNTERSUCHUNG .....</b>	<b>85</b>
5.1	UNTERSUCHUNGSDESIGN.....	85
5.2	MESSINSTRUMENTE .....	85
5.3	UNTERSUCHUNGSPLAN .....	96
5.4	AUSWERTUNGS- UND INTERPRETATIONSPHASE.....	98
5.5	ÜBERLEGUNGEN ZUR STICHPROBENAUSWAHL .....	99
5.6	UNTERSUCHUNG IM ÜBERBLICK .....	103
<b>6</b>	<b>DESKRIPTIVE UND ANALYTISCHE ERGEBNISSE .....</b>	<b>107</b>
6.1	ÜBERPRÜFUNG AUF NORMALVERTEILUNG .....	108
6.2	DEMOGRAPHISCHE UND KRANKHEITSDATEN (AL, SESA).....	110
6.2.1	<i>Demographische Daten</i> .....	110
6.2.2	<i>Krankheitsdaten</i> .....	114
6.3	RESSOURCENDATEN (AL, RESI).....	119
6.3.1	<i>Äußere Ressourcen</i> .....	119
6.3.2	<i>Psychische Ressourcen</i> .....	120
6.4	DATEN DER ABSTINENZ-SICHERHEIT (ASI).....	129

---

<b>7</b>	<b>HYPOTHESENPRÜFUNG.....</b>	<b>135</b>
7.1	HYPOTHESENBLOCK 1: RESSOURCENNIVEAUS.....	135
7.2	HYPOTHESENBLOCK 2: ABSTINENZ-SICHERHEIT .....	145
7.3	HYPOTHESENBLOCK 3: ÄUßERE RESSOURCEN .....	149
7.4	HYPOTHESENBLOCK 4: ABHÄNGIGKEITSSCHWERE .....	154
7.5	HYPOTHESENBLOCK 5: KOMPLEXE ZUSAMMENHÄNGE.....	156
<b>8</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>177</b>
8.1	DISKUSSION DES DESKRIPTIVTEILS .....	177
8.2	DISKUSSION DES HYPOTHESENTEILS .....	182
<b>9</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK.....</b>	<b>189</b>
<b>10</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>195</b>
A.	ANAMNESELEITFADEN (AL) .....	195
B.	ZIELSKALA (ZS).....	197
C.	SKALA ZUR ERFASSUNG DER SCHWERE DER ALKOHOLABHÄNGIGKEIT (SESA) .....	198
D.	RESSOURCEN-INVENTAR (RESI).....	199
E.	ABSTINENZ-SICHERHEITS-INVENTAR (ASI).....	202
F.	REBE-KATEGORIENSYSTEM.....	204
G.	OPERATIONALISIERUNG DER VARIABLEN.....	205
<b>11</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>211</b>
<b>12</b>	<b>ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS.....</b>	<b>227</b>

---

# 1 Einleitung und Danksagung

*One needs to develop a shift from low self-efficacy to a sense of confidence symbolized by the children's tale about "the little train that could". ...The little train was eventually able to conquer an otherwise impossible hill by repeatedly saying to itself, "I think I can, I think I can", until the crest of the hill was successfully reached ("Now I know I can").*

*(Marlatt & Gordon, 1985, S. 228)*

Der Glaube an die eigene Kraft, schwierige Situationen bewältigen zu können, ist seit Menschengedenken ein faszinierendes psychisches Phänomen. Nicht nur Entdecker, Gründer und Erfinder kennen diese Zuversicht, eine sog. *Selbstwirksamkeit*, die quasi als eigener, kognitiver Treibstoff über Steigungen und Hindernisse hinweg voranbringt. Auch in Alltagssituationen stoßen wir immer wieder an Grenzen, die zu überwinden Zuversicht erfordern, sei es die erste Seite einer Doktorarbeit, die Anleitung zum Bau eines Regals oder auch der Versuch, den Schokoladenkonsum einzuschränken. Manchmal kommt man sich dann gar vor wie Sisyphos, der griechische Sagenheld, der immer wieder einen Felsblock einen Berghang hinaufwälzt, nur dafür, dass der Stein, fast am Gipfel, wieder hinabrollt. Das Gefühl, es doch diesmal zu schaffen, um dann erneut in alte Problemmuster zurückzufallen, kennen insbesondere Alkoholranke, wenn sie nach einer Suchtbehandlung wieder rückfällig werden. Aber sie kennen auch den Mut und die Kraft, den Stein des Anstoßes – wenn auch mühsam (und dazu braucht es eine gehörige Portion Motivation) – nach oben zu schieben und ihn im Unterschied zu Sisyphos am Gipfel sogar zum Halten zu bringen.

Was gibt uns eigentlich die Kraft und den Willen zur Bewältigung von Schwierigkeiten? Was ist die Quelle des Treibstoffes, der uns zu Regalbauern und Alkoholabstinentzern macht, der uns sagen lässt: „Ich glaube, ich kann es. Ich glaube, ich kann es.“ Fragen wir uns also auch für den Alkoholranke: Was ist der *Boden*, auf dem der Betroffene seine Kraft und Sicherheit, nicht zu trinken, sät?

Suchen wir nach *Ressourcen*.

Im ersten, theoretischen, Teil der vorliegenden Arbeit (Kap. 2 und 3) werden *Ressourcen* als die Basis des Alkoholverzichts (Kap. 2) sowie der Alkoholverzicht als Ziel (Kap. 3) näher beleuchtet. Kapitel 2.1 beschäftigt sich mit den psychotherapeutischen Aspekten von Ressourcen, Kapitel 2.2 erläutert den Begriff „Ressource“, die folgenden beiden Kapitel (2.3 und 2.4) untersuchen die wichtigste psychische Ressource „Seelische Gesundheit“ sowie die oben angedeutete Kraft „Selbstwirksamkeit“. Kapitel 3.1 eruiert das Problem Alkohol (die Krankheit und deren „mühsame“ Bewältigung), während die Kapitel 3.2 bis Kapitel 3.4 die „Kraft“ des Alkoholverzichts beschreiben, nämlich die sog. „*Abstinenz-Sicherheit*“ – bestehend aus dem Glauben (der sog. *Alkohol-Zuversicht*) und dem Wunsch, nicht zu trinken (des sog. *Alkohol-Wertes*). Im zweiten, empirischen, Teil (Kap. 4 bis 9) werden zunächst in Kapitel 4 Fragestellung und Hypothesen der Untersuchung zum Einfluss von Ressourcen auf die Abstinenz-Sicherheit von Alkoholikern vorgestellt. Kapitel 5 beschreibt dann detailliert die Methodik der Studie, die im Frühjahr bis Herbst 2002 an der Suchtfachklinik des Bezirks Mittelfranken in Erlangen durchgeführt wurde. Die folgenden Kapitel (Kap. 6 bis 8) veranschaulichen die deskriptiven Ergebnisse der Untersuchung (Kap. 6), die eigentlichen Hypothesenprüfungen (Kap. 7) sowie deren Bedeutung (Kap. 8). Kapitel 9 schließlich fasst die Arbeit zusammen, Kapitel 10, 11 und 12 liefern Anhang, Literaturverzeichnis sowie Abbildungs- bzw. Tabellenverzeichnis.

Der Dank des Autors gilt in erster Linie Professor Dr. Hans Reinecker, der diese Arbeit betreut hat, mir immer wohlwollend und doch kritisch beistand und von dem ich gelernt habe, dass Selbstmanagement auch für einen Doktoranden selbst gut anwendbar (und gerade für einen extern Promovierenden unabdingbar) ist. Die empirische Untersuchung ermöglicht hat die Chefin der Fachklinik für Sucht- und Psychotherapeutische Medizin am Klinikum am Europakanal Erlangen, Frau Dr. Brigitte Mugele, die mir die Gelegenheit gab, neben meiner Tätigkeit als Psychotherapeut in der Suchtambulanz die Befragung in der Klinik durchzuführen. Neben Frau Dr. Mugele danke ich dem leitenden Psychologen der Klinik, Herrn Dipl.-Psych. Horst Sieber, der mir viele wertvolle Rückmeldungen bei der praktischen Planung der Erhebung gab und mich bei derselben

tatkräftig unterstützte. Auch für die Unterstützung durch meine Kolleginnen und Kollegen der Klinik sowie die Feedbacks aus anderen Teilen der psychologischen Praxiswelt bin ich sehr dankbar – ebenso für die wertvolle fachkundige Hilfe, die mir die Journalistin Frau Gabi Seitz beim sprachlichen Korregieren des Manuskripts gab. Ohne die Patientinnen und Patienten der Suchtklinik am Europakanal gäbe es keine Ergebnisse der Studie; für das geduldige Ausfüllen der Fragebögen möchte ich mich ganz besonders bedanken. Nicht zuletzt danke ich meiner Lebenspartnerin Claudia für die Geduld, die sie mit meiner Ungeduld und geistigen Abwesenheit hatte und für die Ressourcen, die sie mir gab.

Nürnberg, im März 2003

Jörg Pscherer



---

## 2 Die Basis: Ressourcen

*Die besten Zeiten, schlechte Zeiten vorzubereiten, sind gute Zeiten.*

*(F.H. Kanfer)*

### 2.1 Ressourcen und Psychotherapie

Ressourcen sind in der Psychotherapie nichts Neues. Ein Therapeut wird im diagnostischen- und Behandlungsprozess sicher auch auf positive Anteile des Patienten achten, um die therapeutische Beziehung zu fördern und Veränderungspotenziale zu katalysieren. Gezielte Ressourcenaktivierung geschieht aber oft erst dann, wenn Ressourcen „ins Auge springen“. Der Patient selbst kommt ja zur Therapie wegen Problemen und gestörter Anteile und wird von sich aus weniger mit Stärken und guten Erfahrungen prähehlen (außer vielleicht bei histrionischer oder narzistischer Orientierung). Diagnostische Klassifikationssysteme wie das gebräuchliche ICD-10 (Dilling et al., 1994) konzentrieren sich hauptsächlich auf pathologische Aspekte, wobei das angloamerikanische DSM-System zumindest auf einer Achse eine „globale Beurteilung der Leistungsfähigkeit“ und damit eine (allerdings nur ca. 20 %ige) allgemeine Einschätzung guter Leistungsfähigkeit erlaubt (vergleiche hierzu das strukturierte klinische Interview für DSM-IV nach Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997).

Das „positive Potenzial zur Befriedigung eigener Grundbedürfnisse“ (Grawe, 1999, S. 67) wird in Forschung und Praxis leider noch zu wenig, weil nicht systematisch, beachtet:

Therapeuten neigen dazu, nur die gestörten Anteile ihrer Patienten wahrzunehmen und diese damit noch zusätzlich zu pathologisieren. Dies führt nicht nur zu einer demotivierenden Entmutigung des Therapeuten, sondern u.U. auch zu prognostischen Fehleinschätzungen und zur Vernachlässigung therapeutischer Chancen. (Burtscheidt, 2001, S. 38-39)

Erkannt haben die Notwendigkeit der Achtung von Ressourcen bekannte Ansätze wie die Selbstmanagementtherapie nach Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1996), lösungsorientierte Modelle (DeShazer, 1995; Berg & Miller, 1998) und die Erickson'sche Hypnotherapie (Erickson, M.H. & Rossi, E.L., 1981; Haley, 1996; Peter, Kraiker & Revenstorf, 1991). Der Erickson-Schüler Jay Haley (1996) sieht – ganz im humanistischen Sinne – dass die Kooperation des Klienten größer sei, wenn man *das Positive betone*, da der Mensch einen „natürlichen Wunsch nach Entwicklung“ habe.

Im Gegensatz zu psychodynamisch orientierten Therapeuten, die durch Interpretation negative Gefühle und feindliches Verhalten aufdecken, definiert Erickson, was die Klienten tun, ins Positive um und ermutigt so eine Veränderung. Er verniedlicht Schwierigkeiten nicht, doch er wird in ihnen immer irgendeinen Aspekt finden, der zur Besserung des Funktionierens einer Person oder einer Familie benutzt werden kann. Statt anzunehmen, dass es im Unbewussten etwas Feindliches gibt, das aufgedeckt werden muss, nimmt er an, dass dort positive Kräfte vorhanden sind, die für die weitere Entwicklung der Person freigelegt werden müssen. (S. 36)

Der Systemiker Helm Stierlin (1994) spricht gar von einem „Ressourcen-Selbst“, während er die Verdienste Milton Ericksons bezüglich der Öffnung „ungenutzter persönlicher Schatzkammern“ würdigt (S. 108). In der Therapie sei es wichtig, im jeweiligen Problemangebot des Klienten<sup>1</sup> immer auch Lösungsmöglichkeiten zu sehen. „Systemtherapeutisches Vorgehen geht davon aus, dass in einem System die Ressourcen zu Veränderungen immer vorhanden sind“, wie in einem Überblicksbuch zu Kurztherapien steht (Madelung, 1996, S. 73). Ressourcen sind laut Madelung „Kraftquellen“, auf deren Erschließung etwa durch ressourcenorientiertes Fragen in lösungsorientierten Therapierichtungen großer Wert gelegt wird.

Gerade auch verhaltenstherapeutische Ansätze haben hinsichtlich der Ressourcenperspektive viel zu bieten: Im Zuge der Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie (vergleiche Reinecker, 1985) wurden im Spektrum der Bedingungsvariablen psychischer

---

<sup>1</sup> Die Begriffe *Klient* und *Patient* werden in dieser Arbeit synonym verwendet. „Patient“ ist im medizinischen Setting, also auch im Untersuchungsbereich des Autors, die gebräuchlichere Bezeichnung, daher wird diese im empirischen Teil der Arbeit vorrangig verwendet. Bezogen auf die Selbstmanagement- und Ressourcenorientierung, die die klinische Tätigkeit des Autors wesentlich mitbestimmen, wäre der Begriff „Klient“ angemessener. Die maskuline Sprachform „der Klient“, „der Patient“ u.Ä. impliziert sowohl Männer als auch Frauen. Der einfacheren Lesbarkeit wegen wird „der ...“ verwendet, selbstverständlich sind männliche und weibliche Personen gemeint.

Störungen nicht mehr nur äußere Verstärker, sondern zunehmend positive Selbstregulationspotenziale (etwa als „Selbstverstärkung“, vergleiche Kanfer, 1977; Reinecker, 1987) und „Allgemeine Kompetenzen“ (vergleiche Lanyon & Lanyon, 1976) berücksichtigt. Schon am Beginn eines therapeutischen Prozesses, in der diagnostischen Phase, sollten nicht nur problembezogene Daten erhoben werden, sondern auch „die – leider oft vernachlässigte – Seite der positiven Kompetenzen und Ressourcen von Klienten“ (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996, S. 109). „Darüber hinaus sollten Therapeuten es sich zur Gewohnheit machen, ihren Patienten systematisch und gezielt positive Rückmeldungen über vorhandene Kompetenzen und erfolgreiche Problemlösungen zu geben, da dies das Arbeitsbündnis fördert und die *Selbstwirksamkeit* (Hervorhebung durch den Verfasser) erheblich stärken kann“, schreibt Wilhelm Burtscheidt in seinem Therapie-manual zur „Integrativen Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit“ (2001, S. 39). Gerade bei niederfrequenten und relativ kurzdauernden verhaltenstherapeutischen Angeboten, die gemäß einer Wirksamkeitsstudie von Burtscheidt et al. (1999) von vielen Betroffenen als sehr attraktiv erlebt werden, dürfte der Ressourcenorientierung und Eigenwirksamkeitsförderung besonderes Gewicht zufallen.

Der moderne *Selbstmanagement-Ansatz* (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) hilft Klienten in einem systematischen Veränderungs- und Anregungsprozess, als eigene Änderungsexperten persönliche Fertigkeiten aufzubauen und effektiver zu nutzen. Damit wird die früher vorherrschende Problemperspektive in der Therapie um aktivierbare Eigenkräfte und gesunde Anteile des Klienten erweitert.

Dazu kann es niemals ausreichen, nur Verhaltensdefizite zu beheben oder Symptome zu lindern; es geht vielmehr darum, positive und alternative Handlungsmuster (auf allen Verhaltensebenen) zu vermitteln, einen günstigeren („gesünderen“) allgemeinen Lebensstil zu entwickeln, die Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion zu verbessern, Selbstbewusstsein – im Sinne von „self-efficacy“ (Bandura, 1977b) – aufzubauen, sich über wichtige Ziele/Werte klarer zu werden, die für das eigene Leben von Bedeutung sind, und in der Folge „Wunsch“ (= Bedürfnisse) und „Wirklichkeit“ (= Alltag) eher in Einklang zu bringen. (S. 18)

Der im klassischen medizinischen Verständnis passiv „zu Behandelnde“ wird in der Selbstmanagementtherapie zum aktiven, eigenverantwortlichen und zielgerichteten Problemlöser – wobei es natürlich biologische, soziale und kulturell bedingte Grenzen

der Veränderung gibt. In einem „systematischen Anregungsprozess“ (ebd.), in einem Prozess der „Instigation“ (Kanfer & Phillips, 1966), gilt es, Änderungen im Leben des Klienten zu erleichtern. Aus Forschungen zur Informationsverarbeitung ist bekannt, dass bei zu starker Konzentration auf Negatives und Belastendes der Teufelskreis zwischen Problemwahrnehmung und negativer Stimmung verstärkt wird und Lösungsansätze behindert werden. Diese Effekte der sog. Stimmungskongruenz („mood congruity“, siehe Bower, 1981) verlangen, in Veränderungsprozessen möglichst bald auch positive Gefühle anzuregen (vergleiche Lutz, 1996a, 1996b), was durch das Ansprechen und Ermöglichen von Ressourcen, d.h. Erfolgen, Stärken, persönlichen Zielen und Werten, Genusserfahrungen u.a., gelingt. In ihrer Informationsschrift für Therapie-Interessierte betonen auch Kanfer und Schmelzer (2001), dass „die Aktivierung von Stärken und Ressourcen“ den Blick von „der negativen auf die positive Seite der Lebensmedaille“ lenke (S. 43). Statt nur über Probleme zu reden, helfe eine gute Therapie, eigene „Stärken, Talente, Fähigkeiten und Begabungen zu erkennen und besser nutzbar zu machen“ (ebd.). Die Autoren beschreiben ein Beispiel aus der Praxis:

Wie viele Patienten war auch Peter M. fixiert auf seine Misserfolge, Probleme und schlechten Gefühle, als er in die Therapie kam. Er hatte „Scheuklappen“ aufgesetzt, so dass er viele seiner vorhandenen Stärken (z.B. Musik machen, mit Kindern umgehen, gärtnern) gar nicht mehr als solche registrierte. Kein Wunder, dass er erst „aufblühte“, nachdem ihm seine Therapeutin dabei behilflich war, kleine und größere positive Dinge seines Lebens wieder zu erkennen und sogar noch auszubauen – *zusätzlich* zu vielen aktiven Schritten zur Problembewältigung. (S. 43)

Manche positive Unterstützung, so die praxiserfahrenen Autoren weiter, komme nicht nur aus der Person, sondern auch aus deren Umfeld, etwa durch Familie und Freunde, wirke also als „externe Ressource“.

Therapeut und Klient sollten gemeinsam Veränderungsziele für die Therapie festlegen, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden. Neben der Problemart, Verände-

rungsmöglichkeiten (Therapiemethoden), äußeren Rahmenbedingungen sowie Werten und Erwartungen haben Ressourcen einen großen Einfluss<sup>2</sup> (Abb. 1):

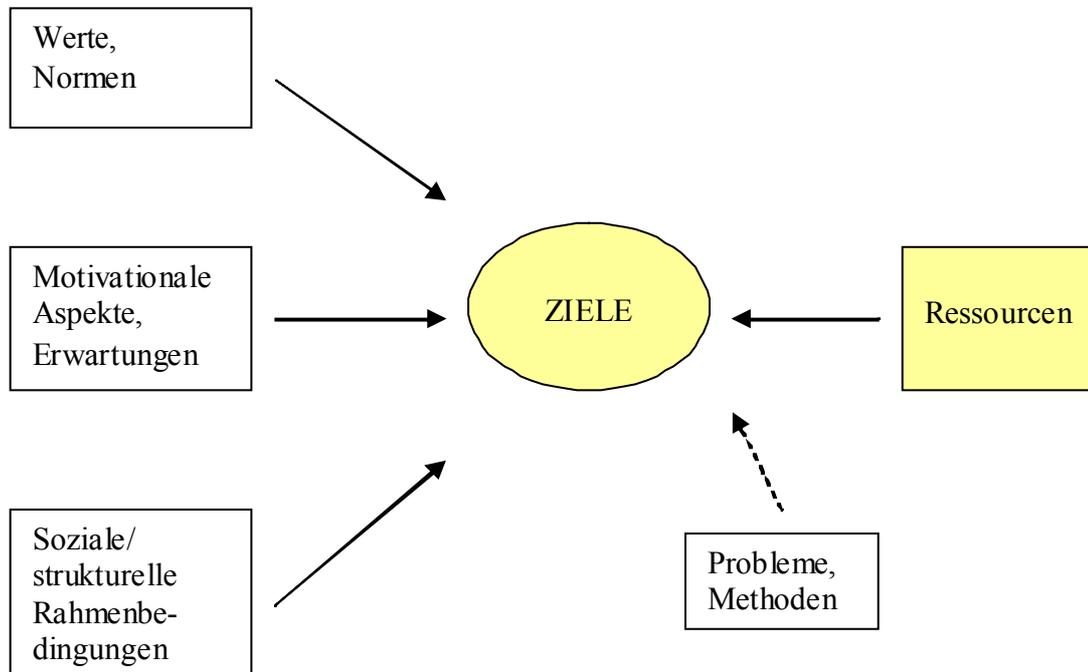


Abb. 1: Einflussgrößen bei Therapiezielen (modifiziert nach Reinecker, 1987)

Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996) formulieren grundlegende „Mottos“ für das therapeutische Vorgehen in der Praxis, die eine Problem- und Lösungsorientierung vereinen: Der Therapeut sollte verhaltensorientiert, lösungsorientiert, in kleinen Schritten, flexibel, zukunftsorientiert sowie positiv denken. Die Grundregel „think positiv“ bedeutet nicht, unrealistisch Probleme zu verharmlosen, sondern es geht darum, Veränderungsfortschritte und positive Lebensaspekte des Klienten zu beachten.

<sup>2</sup> Ressourcen werden in dieser Abbildung (Abb. 1) als extra Einflussgröße genannt, wenngleich sie natürlich auch Bestandteil etwa von Werten und Erwartungen sind. Diese Art der Darstellung dient zur Hervorhebung der Bedeutung des Ressourceneinflusses – sowohl auf Klienten- wie auf Therapeutenseite – auf den therapeutischen Prozess.

Wir machen es uns daher zur Regel, zumindest einen kleinen Teil jeder Therapiestunde zu verwenden, dem Klienten beim Erkennen und Entwickeln eigener Stärken und positiver Fähigkeiten behilflich zu sein. Wir streuen z.B. Fragen und Aufgaben ein, die geeignet sind, Klienten zum Nachdenken über eigene Ressourcen anzuregen, bzw. die einige positive Aspekte ihres derzeitigen Lebens oder auch vergangene Erfolgserlebnisse in Erinnerung bringen. (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996, S. 369)

Dieses „positive Denken“, d.h. das Achten auf individuelle Ressourcen, stellt wie die anderen Selbstmanagement-Regeln eine wichtige Motivierungsquelle<sup>3</sup> für Veränderungsprozesse dar, da sie das Vertrauen in die eigene Kompetenz, die „Selbstwirksamkeit“ (siehe Bandura, 1977b; vergleiche hierzu Kap. 2.4) des Klienten stärken.

Grawe (1995, 1998) gar sieht auf dem Weg zu einer „Allgemeinen Psychotherapie“ das Element der Ressourcenaktivierung als primäres Wirkprinzip effektiver Therapien (neben den Wirkfaktoren der Problemaktualisierung, Veränderungsmotivierung und aktiven Hilfe). Um das ressourcenspezifische Wirkprinzip zu optimieren, bekommen die Aspekte „Therapeut-Klient-Beziehung“ und „Veränderungsmotivation“ einen zentralen Stellenwert praktischer und wissenschaftlicher Betrachtungsweisen. Die Störungsperspektive sei wichtig für das „Was“ einer Problemänderung, so Grawe. Bei der Frage nach dem „Wie“ therapeutischer Änderung ist das „Nutzen der Fähigkeiten und Fertigkeiten des Patienten“ als eines der Kanferschen Gebote für Therapeuten (vergleiche Kanfer 1977) laut Grawe & Grawe-Gerber (1999) gar wichtiger als der Problemaspekt.

Eine „ressourcenorientierte Haltung“ des Therapeuten sollte die Allianz zum Patienten bestimmen. Die Therapiebeziehung selbst werde dadurch zu einer Ressource, meint Grawe, und erhöhe zusammen mit den Kompetenzen und Möglichkeiten des Patienten dessen motivierendes Selbstwertgefühl.

---

<sup>3</sup> Die Bedeutung der *Therapiemotivation* in Klinischer Psychologie wird sehr gut von Schulte (1997) beschrieben. Der Therapeut muss auf bestimmte Voraussetzungen auf Seiten des Patienten achten wie die Art der Therapienachfrage, der Mitarbeit, der Selbstöffnung, des Erprobens neuen Verhaltens und des sog. Widerstandes. Dabei wird auch die Bedeutung von Zuversicht und Veränderungszielen genannt, jedoch leider nicht der Ressourcenaspekt an sich. Noch differenzierter gehen Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1996) auf Methoden zur Motivierung ein und nennen dabei auch explizit den Stellenwert von Zielen, Anreizen, Wertsystemen, Erfolgen und Selbstwirksamkeit.

Lösungsorientierte Therapieansätze gehen noch einen Schritt weiter und geben den gesunden Anteilen einen vordersten Stellenwert, wie etwa Berg und Miller (1998) für die „Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen“ betonen: „Stärken, Ressourcen und Fähigkeiten der Klienten werden hervorgehoben, nicht ihre Defizite und Unfähigkeiten“ (S. 15). Der Fokus liegt in der lösungsorientierten Arbeit klar auf positiven Veränderungen und Erfolgen des Klienten, gerade auch bei den oft demotivierenden Alkoholrückfällen. Berg und Miller (ebd.):

Wir verbringen die meiste klinische Zeit damit, jene Situationen zu verbessern und zu fördern, in denen der Klient mit großer Wahrscheinlichkeit am erfolgreichsten ist. Wenn Rückschläge auftreten, werden sie als normal angesehen oder sogar als ein Zeichen des Erfolges. (S. 160)

Aber bereits vor der therapeutischen Änderungsarbeit ist die Ressourcenperspektive von zentraler, nämlich *diagnostischer Bedeutung*, wie auch Heinrich Kufner vom Institut für Therapieforschung (IFT) bekräftigt (Kufner, Vogt & Reuter, 2001): In Anlehnung an die Wirkfaktoren nach Grawe müsse man diagnostisch nicht nur nach Problemen, sondern auch nach Veränderungsmotivation und Ressourcen fragen. Damit ergibt sich laut Kufner eine engere Verbindung von Diagnostik und Therapie (wengleich die Verhaltenstherapie schon lange Diagnostik und Therapie durch Verhaltensanalyse, Zielanalyse und Therapieplanung eng verknüpft, siehe Kanfer & Saslow, 1965). Nach Kanfer (1987) sind entscheidende Informationsquellen für einen „adaptiven Indikationsprozess“:

- das Verhalten des Patienten während der Behandlung
- die Behandlungsziele, die der Patient selbst für entscheidend hält und seine Änderungsmotivation
- die „compliance“ des Patienten während der Behandlung
- die Bereitschaft des sozialen Stützsystems zur Mitarbeit
- persönliche Ressourcen und Stärken des Patienten

Typische Fragen zur Aktivierung von Ressourcen sind (Küfner, Vogt & Reuter, 2001):

*„Wie haben Sie ähnliche Probleme in anderen Situationen schon einmal erlebt, wo liegen Ihre Stärken, welche Fähigkeiten könnten Ihnen helfen, dieses Problem zu lösen, was war für Sie besonderes nützlich/hilfreich/erfolgreich?“*

Küfner trifft in seinen Evaluationsforschungen in der Suchttherapie immer wieder auf die Erfahrung, dass bei Patienten, deren Ressourcen gezielt aktiviert werden, sich eine Steigerung der allgemeinen und abstinenzbezogenen Selbstwirksamkeit beobachten lässt (siehe hierzu auch Kap. 2.4 und 3.2). Jedoch liegen noch kaum empirische Ergebnisse über Gütekriterien der Ressourcenerfassung vor – eben weil Ressourcen bisher noch zu wenig systematisch beachtet wurden, oder aber doch zu individuell sind für eine standardisierte Erfassung? In der Diskussion um *Individualisierung* vs. *Standardisierung* verhaltenstherapeutischen Vorgehens hat Fiedler (1997) sicher Recht, bezüglich Problemanalyse und -bearbeitung in der Therapiepraxis das Rad nicht immer wieder neu zu erfinden, sondern auf vorhandenes ätiologietheoretisches Wissen zu bauen. Eine Suchtproblematik und ihre Behandlung unterscheidet sich nun einmal grundsätzlich von einer Agoraphobie, was einer individuell-integrativen „Allgemeinen Psychotherapie“ nach Grawe'schem Muster (1995, 1998) widerspricht.

Manualorientiertes, störungsspezifisches Vorgehen kann aber nur einen Bezugsrahmen bieten, der flexibel und eben individuell zu füllen ist. Das betrifft gerade die Ressourcenperspektive, die quasi einen Brückenschlag in der Standardisierungsdiskussion liefert: das Problem phänomenspezifisch mit therapeutischen Expertenwissen betrachten *und* dabei die individuellen Ressourcen des Patienten erkennen und nutzen. Dafür können durchaus auch standardisierte diagnostische und therapeutische Leitlinien entwickelt werden, zum Beispiel, wenn klar ist, auf welche Ressourcenbasis es beim Alkoholverzicht ankommt. Der künftige therapeutische Stellenwert der Ressourcenaktivierung wurde auch auf den 51. Lindauer Psychotherapiewochen bekräftigt, denn die Tendenz gehe weg „von einer monomethodischen Psychotherapie hin zu störungsspezifischen und ressourcenorientierten Verfahren und Kombinationen“ (zitiert nach Fangauf, 2001, S. 442).

Welchen Stellenwert haben heute *Ressourcen im Alkoholismusbereich*? Betrachtet man die bisherige allgemeine Therapiepraxis von Suchterkrankungen (vergleiche Burtscheidt, 2001; Missel & Zemlin, 1994), so zeigt sich erst allmählich ein Wandel von früher vorherrschenden generellen, aversiven suchttherapeutischen Standards (soziale Kontrolle, Sanktionierung, Einsicht, Alles-oder-Nichts-Prinzip) hin zu störungsspezifischen, integrativen und individuellen Behandlungsmodi (adaptive Indikation, Verhaltensorientierung, Flexibilität des Vorgehens)<sup>4</sup>. Forschungen zum Rückfallgeschehen (z.B. Körkel et al., 1997; Marlatt & Gordon, 1985) betonen die Notwendigkeit der Abkehr von mythischer Ohnmacht-Fixierung und der Hinwendung zu förderlichen, steuerbaren psychosozialen Bedingungen. Allmählich dringt dieses Erkenntnis auch in die Behandlungspraxis, so dass wir immer seltener sagen müssen, „... that in the alcoholism field we are not applying in treatment what is already known from research“ (Miller & Hester, 1986, S. 122).

*Ressourcenaktivierung als expliziter Therapiebaustein* wird jedoch in Manualen und Therapieleitfäden noch zu selten genannt (als Teilbereich oder einzeln natürlich schon länger, z.B. als Entspannungstraining), wenn dann eher als *Indikationsbereich* für problemzentrierte (!) Therapieangebote (Missel & Zemlin, 1994) oder als Hinweise zur *therapeutischen Grundhaltung*. Wetterling und Veltrup (1997) etwa beschreiben eine solche therapeutische Haltung im Suchtbereich unter Bezug auf die Wirksamkeitsforschung nach Grawe (1995). Die Basis sei ein konstruktives Arbeitsbündnis. Eine vertrauensvolle Atmosphäre ist laut Wetterling entscheidend, geprägt durch Empathie, Akzeptanz, kritische Distanz, Echtheit, Kompetenz und Konstanz der Beziehungsgestaltung. Denn, so auch DiClemente, Fairhurst & Piotrowski (1995), „denial is often the

---

<sup>4</sup> Einen hervorragenden, forschungsaktuellen und praxisnahen, Ansatz liefert die „*Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit*“ von Wilhelm Burtscheidt (2001). Die multimodale IVT kombiniert kognitive und übende Methoden und bezieht motivationale, psychoanalytische und neurobiologische Modelle sowie ressourcenorientiertes Denken ein. Sie wurde ursprünglich als relativ niederfrequente und kurzdauernde ambulante Behandlungsform im Gruppensetting konzipiert auf Basis der Wirksamkeitsnachweise verhaltenstherapeutischer Interventionen (Burtscheidt et al. 1999). Ein theoretisch und praktisch sehr fundiertes Buch für die *ambulante Einzeltherapie* kommt von Arend (1994), das sich eng an das kognitiv-behaviorale Rückfallmodell nach Marlatt & Gordon (1985) und die sozial-kognitive Lerntheorie von Bandura (1979) anlehnt. Es liefert eine ausführliche und empirisch geprüfte Anleitung für Therapie und Rückfallprophylaxe, das bekannte verhaltenstherapeutische Ansätze in der Alkoholismustherapie integriert. Diese Ansätze erläutert der Exkurs in Kap. 3.1.

result of the communication patterns between a confrontive interviewer and client and not a characteristic of the addicted individual“ (S. 131).

Ein gutes Beispiel für individuell-flexibles Vorgehen, das gerade in der Motivationsphase wichtig ist, stellen die Kommunikationsstrategien des „*Motivational Interviewing*“ nach Miller und Rollnick (1991, 1999) dar, die darauf gerichtet sind, den Bezugsrahmen des Klienten zu nutzen und dessen Zutrauen in die eigenen Kräfte zu fördern (bei klarer und durchaus auch direkter therapeutischer Haltung, die die Veränderungsverantwortung beim Klienten lässt). „Auffordernde Fragen“ des Therapeuten zur Klärung und Stärkung der Zuversicht des Klienten sind beispielsweise (Miller & Rollnick, 1999, S. 93):

- „Was lässt Sie glauben, dass Sie es schaffen, wenn Sie sich zu einer Entscheidung durchringen?“
- „Was gibt Ihnen die Kraft zu glauben, dass Sie sich verändern könnten, wenn Sie es wollten?“
- „Was würde Ihres Erachtens für Sie arbeiten, wenn Sie sich verändern würden?“

Das diagnostische und therapeutische Gespräch muss dabei das jeweilige Motivationsstadium des Klienten zwischen Vorüberlegungen und gezielten Änderungsabsichten (Prochaska & DiClemente, 1984; Heckhausen, 1980) berücksichtigen, um Veränderungsambivalenzen zu klären und nicht Widerstände zu fördern (siehe auch Kap. 3.3). Professionelle Arbeit mit Suchtkranken, das zeigen auch die persönlichen Erfahrungen des Autors dieser Dissertation, ist immer eine Gratwanderung – ein schmaler und variationsreicher Weg zwischen einer konfrontativen, direktiv-rückmeldenden, selbst unabhängig bleibenden und auf der anderen Seite wohlwollenden, empathisch unterstützenden Haltung. Auf diesem Pfad muss sich auch förderliche Ressourcenarbeit bewegen, will sie sich nicht blauäugig und gutgläubig in Abhängigkeitsklammern begeben oder aber durch zu große Härte und Distanz den Patientenkontakt verlieren. Auch dürfen vorhandene und aktivierbare Kräfte und Stärken des Abhängigen nicht im Nicht-Änderungsfrust oder Rückfall-Misstrauen vergessen werden. Ressourcen sind die Basis

nicht nur des Wohlbefindens, sondern auch jeder Veränderung. Ohne Motivation keine Veränderung, ohne Ressourcen keine Motivation! Auch Petry (1986) baut in seinem praxisnahen Therapiemanual auf die gezielte, verhaltensnahe Motivierung der Veränderungskräfte des Patienten durch kognitive und erlebnisorientierte Übungen speziell im Gruppensetting (das für sich genommen als Beziehungsressource wirken kann).

Miller und Rollnick (1991, 1999) beschreiben im bereits erwähnten „Motivational Interviewing“ therapeutische Prinzipien: Neben den Prinzipien „Empathie ausdrücken“, „Diskrepanzen entwickeln“, „Beweisführungen vermeiden“ und „Widerstand aufnehmen“ nennen die Autoren ausdrücklich „*Selbstwirksamkeit fördern*“ als fünftes Prinzip. Das oben genannte „Zutrauen in die eigenen Kräfte“, das mehr sei als durch Empathie geförderte Selbstachtung, sei eine wichtige Motivationsquelle (siehe entsprechend Selbstmanagement-Ansatz), die etwa durch Betonen der persönlichen Eigenverantwortung für Veränderung therapeutisch gestärkt werden könne. Es gelte als Therapeut, sich in frühen und ambivalenten Stadien der Motivationsentwicklung in der Konfrontation zurückzunehmen, um Widerstands- und Verleugnungstendenzen nicht zu provozieren (sog. Konfrontations-Verleugnungsfalle: „Wenn der Berater nun nur die eine Seite der Ambivalenz anspricht, dann ist es sehr wahrscheinlich, dass der Klient die andere ins Spiel bringt“; Miller & Rollnick, 1999, S. 77). Im weiteren Verlauf wird dann das Selbstwirksamkeitsprinzip (also besonders in den therapeutischen Veränderungsphasen) immer wichtiger, nämlich wenn die Bereitschaft zur Veränderung erkennbar ist und es darum geht, die Verpflichtung zur Änderung zu stärken, Ziele und einen Veränderungsplan festzulegen und durchzuführen, denn „Erfolg ist nicht einfach eine Frage des Wollens“ (S. 134). Das Zutrauen in eigene Fähigkeiten stellt gerade für Alkoholranke eine immense, wenn auch krankheitsbedingt oft schwach ausgeprägte Ressource dar (vergleiche Kap. 3.1), die beachtet und gezielt gefördert werden sollte. Ressourcen sind positive Schubkräfte – Selbstwirksamkeit ist zwar eine zentrale, direkt verhaltenssteuernde Kraft (siehe Kap. 2.4), jedoch nicht die einzige – die *Ressourcenbasis* ist vielfältig.

Von Anfang an sollte also im Behandlungsprozess laut Burtscheidt (2001, S. 39) „systematisch auf vorhandene Ressourcen geachtet werden“. Dazu zählen vor allem:

- Intelligenz
- Introspektionsfähigkeit
- Empathie
- Verbalisierungsvermögen
- Soziale Kompetenz
- Problemlösungskompetenz
- Frustrationstoleranz
- Berufliche Fähigkeiten und das Vermögen, Berufstätigkeit über längere Zeit aufrecht zu erhalten
- Das Vermögen, Partnerbeziehungen einzugehen und aufrecht zu erhalten
- Selbstgewählte intensive Interessen (Hobbys, Sport)
- Die Übernahme von Verantwortung
- Die Fähigkeit, andere für die eigene Person zu interessieren und einzunehmen

Noch gezielter und erstmals programmatisch geht Viehhauser (2000) in seinem „*Trainingsprogramm zur Förderung salutogener Ressourcen*“ (TFSR) auf positive Kräfte ein. Im Manual werden detailliert Gruppensitzungen beschrieben, die einzelne Ressourcenbereiche erweitern sollen:

- Entspannung, Ressourcen der Gelassenheit
- Genusstraining, Schulung der Sinne
- Genusstraining, Aufbau positiver Aktivitäten
- Euthyme Highlights, Ressourcen der Lebensfreude
- Flow-Erfahrung, Erholung und Selbstmanagement
- Immun-Imaginationen, Psychosomatische Ressourcen
- Kognitive Ressourcen, Einübung konstruktiven Denkens
- Soziale Ressourcen, Kontaktpflege und Kohärenzerleben
- Neue Perspektiven

Die beiden Aufzählungen zeigen, dass auch in der bisherigen verhaltenstherapeutischen Therapiepraxis Ressourcen aktiviert und gefördert werden (siehe etwa kognitive und Selbstsicherheits- und Entspannungstrainings). Wichtig ist aber generell für die Zukunft, die gerade im Suchtbereich noch oftmals anzutreffende *Defizitperspektive* – auch um der eigenen Ressourcen als Therapeut willen – um eine *Ressourcenperspektive* systematisch zu ergänzen.

## 2.2 Der Begriff „Ressource“

Allgemein kann man unter Ressourcen in der Gesundheitsforschung Protektivfaktoren oder gesundheitsfördernde Einflüsse verstehen. Sie helfen, seelisch-körperliches Wohlbefinden bzw. „*seelische Gesundheit*“ zu stärken (Becker, 1982, 1992, 1995; siehe genauer Kap. 2.3). Ressourcen dienen dazu, Grundbedürfnisse (z.B. Lustgewinn, Bindung) im Rahmen einer „*Kongruenzerfahrung*“, so Grawe, zu befriedigen:

Die psychische Aktivität ist darauf ausgerichtet, mit den Zielkomponenten der motivationalen Schemata kongruente Erfahrungen herbeizuführen. Dann werden die Grundbedürfnisse befriedigt. Das Individuum strebt also nach Kongruenz. (Grawe, 1998, S. 475)

Oder Ressourcen stärken ein „*Kohärenzgefühl*“ (Antonovsky, 1979, 1987, 1997; siehe genauer Kap. 2.3) – eine Grundhaltung, geprägt durch Stimmigkeit dem eigenen Leben und der Welt gegenüber, dahingehend, dass ...

... erstens die Anforderungen aus der internalen oder externalen Umwelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, und dass zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen. (Antonovsky, 1993a, S. 12)

Eine Faktorenanalyse im Rahmen der Entwicklung eines ressourcenspezifischen Diagnostiksystems (Küfner, Vogt & Reuter, 2001) ließ vier *Ressourcenbereiche* unterscheiden, wobei die „psychischen Ressourcen“ hier im engeren Sinn, also auf die eigene Person gerichtet, verstanden werden:

- Sozialpraktische Kompetenzen (z.B. Finanzen, Arbeit, rechtliche Situation)
- Psychische Ressourcen (z.B. Selbstwert, Selbstkontrolle)
- Gesundheitsressourcen (z.B. Gesundheitszustand)
- Beziehungsressourcen (Partnerschaft, Familie u.a.)

Ressourcen können *externer* oder *interner* sowie *physischer* oder *psychischer* Natur sein: Becker (1992) macht diese Einteilung und führt entsprechende Beispiele auf, z.B. Nahrungsqualität (extern physisch), soziale Unterstützung (extern psychosozial), körperliche Konstitution (intern physisch) und seelische Gesundheit (intern psychisch).

***Internen psychischen Protektivfaktoren*** kommen in psychologischer und psychotherapeutischer Hinsicht eine besondere Bedeutung zu als gesundheitsfördernde individuelle Einstellungen, Fähigkeiten, soziale Kompetenzen und Bewältigungsdispositionen (Laux, 1996). In der *Bewältigungsforschung* (Lazarus & Folkman, 1984; Laux, 1983) wurde die Rolle von Ressourcen eingehend untersucht. Stress und Coping sind laut Lazarus „transaktionale Prozesse“, die von Ressourcen beeinflusst werden; je nach Einschätzung des belastenden Ereignisses und der vorhandenen Ressourcen werden mehr oder weniger adaptive Coping-Prozesse initiiert. Personen mit ausgeprägten Ressourcen vermögen demnach Probleme besser zu bewältigen als Personen mit einem schwachen Ressourcenpolster.

In der Coping-Forschung unterscheidet man personale von sozialen Ressourcen (z.B. Kohlmann, 1997) bzw. subjektive von objektiven Ressourcen (z.B. Schröder & Schwarzer, 1997) oder noch genauer: personale, soziale und materielle Ressourcen (Schwarzer & Leppin, 1988). Küfner betont den Stellenwert „personaler Ressourcen“ als „Fähigkeiten zur Bewältigung von psychosozialen Aufgaben einschließlich lustbe-

tonter Aktivitäten“ (Küfner, Vogt & Reuter, 2001) neben der Bedeutung günstiger Umweltbedingungen als externe Ressourcen. Als habitualisierte, d.h. relativ stabile Persönlichkeitsmerkmale, Denk- und Verhaltensstile beeinflussen solcherart personale (psychische i.w.S.) Ressourcen bzw. Fähigkeiten das aktuelle Gesundheitsverhalten und Wohlbefinden (Becker, 1992; Laux, 1996). So gesehen haben interne, personale Ressourcen einen zentralen Stellenwert im gesamten psychosozialen Umfeld (mit Einfluss auch auf externe Ressourcen wie z.B. soziale Kontakte und gesunde Lebensgestaltung).

Interessant sind in diesem Zusammenhang besonders die kognitiven Einzelkonstrukte „Selbstwirksamkeit“ (Bandura, 1977b, 1997) und „Hilflosigkeit/Pessimismus“ vs. „Optimismus“ (Scheier & Carver, 1985, 1992; Seligman, 1975, 1993) sowie die Attributionsansätze zu Erwartung-mal-Wert (v.a. Rotter, 1954, 1982; siehe auch Försterling, 1986; Herkner, 1980). Insbesondere das Selbstwirksamkeitskonstrukt und Beckers Ressourcenbegriff der Seelischen Gesundheit sind in der vorliegenden Arbeit von zentraler Bedeutung (genauer in Kap. 2.3 und 2.4 sowie Kap. 3.2).

In Weiterentwicklung des *salutogenetischen Modells* nach Antonovsky (1979, 1993a, 1997; siehe Kap. 2.3) betont Becker (Becker, 1990; Becker & Minsel, 1986) die Interaktion zwischen Anforderungen und Ressourcen auf einem *Gesundheits-Krankheitskontinuum*: Im Wechselspiel von Anforderungen und Ressourcen konstituiert sich der aktuelle Gesundheitszustand. Mangelnde Gesundheit ist demnach das Resultat von zu hohen oder niedrigen Anforderungen und/oder dem Fehlen von Ressourcen. Nach diesem heute weit verbreiteten Verständnis haben Ressourcen eine wichtige protektive, also Schutzfunktion, indem sie helfen, Belastungen zu bewältigen und damit Gesundheit zu schützen.

Gesundheit ist ein transaktional bewirkter Zustand eines dynamischen Gleichgewichts zwischen dem Individuum, seinem autonomen Potenzial zur Selbst-Organisation und Selbst-Erneuerung und seiner sozial-ökologischen Umwelt. Dieses Gleichgewicht ist abhängig von der Verfügbarkeit und der Nutzung von gesundheitsschützenden bzw. -wiederherstellenden Faktoren in der Person und in der Umwelt, die als innere und äußere Ressourcen bezeichnet werden. (Kraft, Udrys, Mussmann & Muheim, 1994, S. 218)

Dabei scheint die Auffassung einer gewissen Unabhängigkeit von gesundheitsförderlichen und krankmachenden Faktoren sinnvoll, da das Entfernen von Risikofaktoren nicht

an sich schon Gesundheit bedeutet (vergleiche auch die WHO-Definition von Gesundheit (z.B. bei Soddy, 1961), sinngemäß: Gesundheit besteht nicht nur aus der Abwesenheit von Krankheit). Ressourcen müssen gezielt aufgebaut und gepflegt werden (etwa in einem sog. Genustraining nach Lutz, 1996a, 1996b).

Bei therapeutischer Betrachtung des Anforderungs-Ressourcenmodells sind zwei Aspekte bedeutsam: Zum einen bestätigt die interaktionistische Sichtweise die gemeinsame Bedeutsamkeit von Problembewältigung (im Sinne von Anforderungsregulierung) *und* Ressourcenförderung (insbesondere interner psychischer Art wie etwa Stärkung des seelisch-körperlichen Wohlbefindens). Zum zweiten ist neben dem Vorhandensein eines relativ *stabilen Ressourcenpotenzials* (laut Becker, 1990, einer „Seelischen Gesundheit als Eigenschaft“) auch dessen aktuelle Realisierung von Bedeutung, gemäß: Was nützen Ressourcenmöglichkeiten bei konkreter Belastung, wenn sie nicht genutzt werden? Oder wie ein bekannter Werbespot aus einem ganz anderen Bereich verkündet: „Entdecke die Möglichkeiten!“ (Und nutze sie! Anmerkung des Verfassers).

Wichtig ist also, neben dem habituellen Ressourcenfundus den aktuellen bzw. *aktivierten Ressourcenstatus* zu beachten, also die gegenwärtig wirksamen protektiven Mechanismen (vergleiche Becker & Minsel, 1986; Tröskén, im Druck). Ob und wie einzelne Ressourcen tatsächlich von der Person aktiviert und damit letztlich „angewendet“ werden, hängt insbesondere von kognitiven Faktoren ab, nämlich ob und wie Ressourcen wahrgenommen werden, also in die subjektive *Aufmerksamkeit* des Betroffenen geraten. Viehhauser (2000) sieht dies in der gesundheitspsychologischen Diskussion vernachlässigt, jedoch sei „eine angemessene und flexible Zuordnung von Aufmerksamkeit auf relevante Aspekte sowohl der Umwelt (z.B. potenziell genussvolle Situationen) als auch der eigenen Person (z.B. Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und Emotionen) von entscheidender Bedeutung“ (S. 40).

Der Blick auf aktuelle Ressourcen betrifft in erster Linie die präventive und therapeutische Arbeit, wenn es darum geht, dabei zu helfen, Ressourcenpotenziale zur individuellen, konkreten Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung zu nutzen. Im verhaltensanalytischen Sinn bedeutet dies, genau zu klären, welche kognitive Bedeutung bzw. Funktion (siehe sog. O-Variable) die jeweilige Ressource hat, aber auch, wel-

che direkten Konsequenzen (sog. C-Variable) der Ressourceneinsatz mit sich bringt (zur Verhaltens- und Plananalyse vergleiche Bartling et al., 1992; Reinecker, 1987). Zudem ist zu berücksichtigen, welche sonstigen Einflussfaktoren unter einer *Systemperspektive* wirken (Analyse von Systemregeln im Rahmen der „Kontextuellen Verhaltensanalyse“ bei Bartling et al., 1992; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996).

→ *Ein Beispiel* zur unterschiedlichen Ressourcenfunktion: Eine Person hat ein relativ hohes internes Ressourcenpotenzial, bedingt etwa durch ein hohes Selbstwert- und Autonomiegefühl, das von dieser Person wahrgenommen und aktiviert wird, als es zu massiver Stressbelastung am Arbeitsplatz kommt. Die Person kann daher zunächst auf die Belastungen aufgrund ihres Ressourcenpotenzials gut reagieren („Ich schaffe es!“) und bekommt zudem viel Unterstützung aus dem Familienkreis. Dann jedoch beginnt, da auch die äußeren, strukturbedingten Belastungen weiter zunehmen, die Person Alkohol zu missbrauchen, sich außerdem noch „autonom“ zu machen, indem sie sich von den Kollegen immer mehr abkapselt und nur noch alles selbst zu regeln versucht (quasi im Sinne einer „übersteigerten“ Autonomie-Ressource). Der Vorgesetzte sieht darüber hinweg, da die Arbeitsleistungen zunächst steigen und er keine offenen Konflikte schätzt (siehe C-Variable bzw. Systembedingungen). Die Familie reagiert mit noch mehr Unterstützung und Schutz nach außen (quasi als „übersteigerte“ soziale Ressource), z.B. indem alkoholbedingte Ausfälle und Fehlzeiten „entschuldigt“ werden, was den Alkoholkonsum positiv verstärkt. Im Vergleich jedoch zu einer anderen Person mit einem insgesamt niedrigen Ressourcenpotenzial dürfte die beschriebene Person die Belastungsspirale letztlich besser bewältigen. Alles in allem ein Beispiel, das zeigen soll: Das personale Ressourcenpotenzial ist zwar generell die Basis, aber Ressourcen sind bei genauer Betrachtung nicht gleich Ressourcen (siehe auch Kap. 3.2, insbesondere das Ressourceneinflussmodell des Autors, Abb. 5).

In der vorliegenden, diagnostisch orientierten Studie wird der differenziellen Bedeutung von Ressourcen Rechnung getragen, indem einerseits die grundlegende interne Basis – also *personale, persönlichkeitspezifische Potenziale* (interne kognitiv-emotionale Fähigkeiten und Erlebnisweisen zur Bewältigung von Anforderungen) – fokussiert wird. Die Unterscheidung „generelles Potenzial – aktuelle Situation“ wird andererseits getrof-

fen, indem Erhebungsinstrumente ausgewählt werden, die übergeordnete, persönlichkeitspezifische Ressourcen als auch *aktuelle, bereichsspezifische Ressourcen* messen (vergleiche Kap. 5.2). Dasselbe gilt für *intern – extern*, denn die Instrumente erfassen neben den psychischen Aspekten auch äußere Einflüsse (z.B. in der Sozialanamnese oder als kognitiv-emotionale Zufriedenheit mit sozialen Bedingungen im „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit“; Fahrenberg et al., 2000). Schließlich soll bei den Messinstrumenten durch eine zusätzliche offene und direkte Frage nach der individuell *„wichtigsten inneren und äußeren Ressource bezüglich des Alkoholverzichts“* der obige Aspekt der subjektiven Aufmerksamkeit und Wirksamkeitsbewertung berücksichtigt werden, nach Viehhauser (2000) selbst eine „ganz banal wirkende gesundheitsprotektive Ressource“ (S. 41). Trotz der differenziellen, diagnostischen Betrachtungsweise bleibt jedoch die Frage nach der Ressourcenbasis beim Alkoholverzicht insofern allgemein, als spezifische Antworten bezüglich der Wirkung von Ressourcen nur im konkreten Einzelfall verhaltensanalytisch gegeben werden können.

**„Ressourcen“** werden vom Autor der vorliegenden Ressourcenstudie nun verstanden und definiert als:

*Stärken und Stützen interner wie externer Art, die als Möglichkeitsraum der individuellen Lebenssituation vorhanden sind, um persönliche Bedürfnisse zu befriedigen, Ziele zu erreichen und insgesamt die seelisch-körperliche Gesundheit zu fördern. Einen zentralen Stellenwert haben aktivierte psychische Potenziale, die als kognitiv-emotionale Kompetenzen und Erfahrungen Anforderungen bewältigen helfen und das Wohlbefinden steigern.*

## 2.3 Seelische Gesundheit als Globalressource

Bei der Vielzahl protektiver innerer und äußerer Einflüsse auf die Gesundheit stellt sich die Frage nach einer methodischen Reduzierungsmöglichkeit: Gibt es einen Globalfaktor, der – kombiniert aus verschiedenen Teilressourcen oder als eigenständiger Faktor – eine starke Aussagekraft hinsichtlich der individuellen Ressourcenausstattung hat? Der Psychologieprofessor Peter Becker (Becker, 1982, 1989, 1990, 1992, 1995; Becker & Minsel, 1986) beantwortet diese Frage mit dem Postulat eines varianzstarken Persönlichkeitsfaktors „*Seelische Gesundheit*“. Als Persönlichkeitsforscher fand er im Laufe seiner theoretischen und empirischen Studien (zusammenfassend siehe „systemtheoretisches Modell der Persönlichkeit“ von Becker, 1995) zwei Hauptfaktoren der Persönlichkeit: „Verhaltenskontrolle“ und „Seelische Gesundheit“.

Der Faktor *Verhaltenskontrolle* bildet eine eigenständige und von der seelischen Gesundheit unabhängige Dimension, die Becker auch unter entwicklungspsychologischer Perspektive betrachtet: Der Heranwachsende lernt eine zunehmende „Selbstkontrolle“ (siehe Forschungsüberblick bei Karoly 1993) bzw. eine „Fähigkeit zur langfristigen Planung“ (vergleiche Oerter, 1982), indem ein „System erworbener Sollwerte“ während des sozial-kognitiven Sozialisationsprozesses (siehe auch Bandura 1977a; Mischel & Mischel, 1977) ausgebildet wird. Gemäß der Annahmen von Becker verläuft diese individuelle Entwicklung bei sog. verhaltenskontrollierten Personen erfolgreicher als bei wenig verhaltenskontrollierten, insgesamt wachse jedoch bei jedem eine Norm- und Vernunftorientierung bis ins hohe Alter an (bei gleichzeitiger Abnahme von „allgemeiner Spontanität“).

Abgesehen von der persönlichkeits- und entwicklungspsychologischen Veränderung stellt also Verhaltenskontrolle eine Art Steuerungsfähigkeit dar, die auch unter konkreten Verhaltensgesichtspunkten beschrieben werden kann. Grundlage von *Selbstmanagement* (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) bilden Prozesse der „Selbstregulation“, nämlich die Steuerung des eigenen Verhaltens im Hinblick auf selbstgesetzte Ziele insbesondere durch sog. Beta-Variablen („alle Auslöser, Reaktionen und vermittelnden Prozesse, die ihren Ursprung innerhalb des Individuums haben“, S. 34). Selbstregu-

lation setzt nach verhaltenstherapeutischem Verständnis immer dann ein, wenn ein gewohnter Verhaltensfluss unterbrochen wird, etwa bei einem Konflikt zwischen mehreren Verhaltensalternativen (im Fall des Alkoholkranken: trinken oder widerstehen). Beim Widerstehen einer Versuchung oder beim Ertragen einer aversiven Situation setzt der Spezialfall der Selbstregulation ein, die sog. *Selbstkontrolle* (vergleiche Kanfer, 1971; Reinecker, 1978, 1986). Diese wird von den Verhaltenspsychologen als Kompetenz, Handlungen in einer speziellen Situation auszuführen, verstanden – weniger als generelles Persönlichkeitsmerkmal à la Becker (siehe oben), sondern als erlernbare und damit relativ stabile Steuerungsfähigkeit. Selbstkontrolle und Selbstregulation sind in jedem Fall wichtige Bausteine eines umfassenden Systemmodells. Dieses wurde im Laufe seiner Entwicklung (vergleiche Kanfer, 1961; Kanfer & Hagerman, 1981; Kanfer, 1989) von einem klassisch-linearen SORC-Modell zu einem dynamischen Selbstregulationsmodell immer komplexer (Kanfer & Saslow, 1965; Kanfer & Philips, 1970; Lang, 1979; Schwartz, 1982; Karoly, 1993; siehe auch Kap. 3.2).

In einem solchen Modell fungiert Selbst- bzw. Verhaltenskontrolle als wichtiger Bestandteil des internen Ressourcenprofils (vergleiche Kap. 3.2, Abb. 5), als Kompetenz, in schwierigen Situationen adäquat zu reagieren, was nicht nur „standhaftes“, sondern auch flexibles Handeln erfordert (etwa bei einem Alkoholangebot „kreativ“ nein sagen, sich selbst und anderen gegenüber humorvoll die Trinkfolgen in Frage stellen). Bei Becker (1995) hat diese so verstandene, ressourcenbezogene Kontrollfähigkeit ihren Platz auch im „Autonomiefaktor“ (eine Subskala der „Seelischen Gesundheit“), aber hauptsächlich im Globalfaktor „Verhaltenskontrolle“. Tab. 1 listet einzelne Merkmale der Verhaltenskontrolle im Trierer Persönlichkeitsfragebogen (Becker, 1989) bei hohen bzw. niedrigen Skalenwerten auf (Beispiel-Items des Fragebogens siehe Anhang, Kap. 10 D):

Tab. 1: Skala „Verhaltenskontrolle“ (nach Becker, 1995, S. 38)

Hohe Werte	Niedrige Werte
<i>Verhaltenskontrolle</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- besonnen</li> <li>- vorausschauend</li> <li>- vorsichtig</li> <li>- ordnungsliebend</li> <li>- normorientiert</li> <li>- kann Belohnungen aufschieben</li> <li>- kontrolliert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- unbesonnen</li> <li>- spontan</li> <li>- leichtsinnig</li> <li>- legt wenig Wert auf Ordnung</li> <li>- setzt sich über Normen hinweg</li> <li>- geringer Belohnungsaufschub</li> <li>- ausgelassen</li> </ul>

Becker (1989) differenziert das „System“ der Verhaltenskontrolle modellhaft dahingehend,

... in welchem Ausmaß das Ich vor seinen Entscheidungen auf das interne Kontrollsystem zurückgreift (starke Verhaltenskontrolle) oder sich in unmittelbarer Weise vom perzeptorischen System und vom biologischen Motivationssystem lenken lässt (geringe Verhaltenskontrolle). Wir gehen davon aus, dass Personen mit starker Verhaltenskontrolle vor dem Treffen von Entscheidungen zunächst ausführliche Prüfprozesse im internen Kontrollsystem in Gang setzen. Dies beinhaltet u.a. das Durchspielen verschiedener Handlungsmöglichkeiten im Simulator sowie das Abklären, ob geplante Handlungen mit dem System erworbener Werte sowie langfristigen „Projekten“ im Einklang stehen. (S. 10)

Eine zu prüfende Frage bezüglich der Abstinenz-Sicherheit bei Alkoholikern ist, ob sehr hohe Werte im Bereich Verhaltenskontrolle, also ausgeprägte Besonnenheit und Zielorientierung auch mögliche Rigidität und übervorsichtige Vermeidung und damit eventuell Unsicherheit im Abstinenzverhalten bedeuten können. Die Vermutung ist, dass dies nur für Ausnahmen gilt – auch wenn hohe Verhaltenskontrolle (als Rigidität verstanden) nicht unbedingt Ressourcencharakter hätte, braucht gerade der Alkoholkranke ein Kontrollsystem gegen die biopsychischen Trinkversuchungen. Günter Krampen, ein Experte beim Thema „Kontrollüberzeugungen“, verweist auf Basis der Attributionsthe-

orie Rotters (1954, 1982) auf externale Tendenzen (äußere Ursachenzuschreibungen, z.B. Verantwortungsdelegation) bei Alkoholikern (Krampen & Fischer, 1988). Diese würden keine Kontrolle mehr über ihr Trinkverhalten haben und die Fähigkeit verloren haben, mit ihrer sozialen Umwelt erfolgreich zu interagieren, was den Verlust der individuellen Kontrolle über soziale Verstärker bedeute. Kontrollvermögen über das Trinkverhalten und die soziale Interaktion stellt damit eine wesentliche Ressource im Kampf gegen den Alkohol dar (vergleiche Kap. 3.1).

Insgesamt dürfte also im Alkohol-Abhängigkeitsgeschehen (relativ) hohe Verhaltenskontrolle auch hohe Abstinenz-Sicherheit bedeuten (vergleiche Kap. 4.2), insbesondere bei entsprechend guter seelischer Gesundheit. Letztere dürfte aber gegenüber der Verhaltenskontrolle den wichtigeren Part im Einflusspektrum der Ressourcen spielen, da sie umfassender ist. Becker (1995) selbst unterscheidet Kombinationen von Verhaltenskontrolle (VK) und seelischer Gesundheit (SG): „Soziale Anpassung“ (hohe VK, hohe SG), „Selbstaktualisierung“ (geringe VK, hohe SG), „Gehemmtheit“ (hohe VK, geringe SG) und „Zügellosigkeit“ (geringe VK, geringe SG). Die Merkmalskombinationen „Soziale Anpassung“ und „Selbstaktualisierung“ werden von Becker bezüglich der psychosozialen Anforderungskompetenzen positiv eingeschätzt im Unterschied zu den anderen beiden Kombinationen. D.h. in jedem Fall müsse die seelische Gesundheit „gut“ sein, um Anforderungen adäquat zu bewältigen (was hinsichtlich der Abstinenz-Sicherheit zu überprüfen ist, siehe methodischer Teil, Kap. 4).

Damit nun genauer zur Globalressource „*Seelische Gesundheit*“.

Im Rahmen seines Anforderungs-Ressourcen-Modells (siehe Kap. 2.2) lässt Becker (Becker, 1990; Becker & Minsel, 1986) der seelischen Gesundheit als Eigenschaft eine zentrale Bedeutung unter den internen und externen Ressourceneinflüssen zukommen. Als habituelle, relativ stabile Plusvariante beeinflusst sie aktuelles Erleben und Verhalten, z.B. die momentane emotionale Befindlichkeit (bzw. das „Wohlbefinden“; Abele & Becker, 1991) oder die aktuelle Funktions- und Leistungsfähigkeit. Der Kerngedanke lautet: „Seelische Gesundheit ist die Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner (psychischer) Anforderungen“ (Becker, 1995, S. 188). Sein Gesundheitsmodell ist eine Weiterentwicklung des sog. *Salutogenese-Ansatzes* (siehe im Folgenden). Den Unter-

schied zur Pathogenese veranschaulicht der Gesundheitsforscher Antonovsky, der das Salutogenese-Konzept entwickelt hat, etwas überspitzt mit folgender Metapher:

Ich gehe davon aus, dass wir alle bildlich gesprochen, während unseres Lebens ... eine lange Skipiste herunterfahren, an deren Ende ein unumgänglicher und unendlicher Abgrund ist. Die pathogenetische Orientierung beschäftigt sich hauptsächlich mit denjenigen, die an einen Felsen gefahren sind ... Weiterhin versucht sie uns davon zu überzeugen, dass es das Beste ist, überhaupt nicht Ski zu fahren. Die salutogenetische Orientierung beschäftigt sich damit, wie die Piste ungefährlicher gemacht werden kann und wie man Menschen zu sehr guten Skifahrern machen kann. (Antonovsky, 1993a, S. 11)

Zumindest an einer überzogenen Salutogenese-Orientierung wäre dann zu kritisieren, dass natürlich auch die Verletzten versorgt werden wollen und nicht jeder Mensch ein exzellenter Skifahrer werden kann oder will. Aber wie auch die heutige Verhaltenstherapie (vergleiche Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) nahe legt, sollte der Fokus eher auf neues Verhalten, auf Lernpotenziale denn auf Dysfunktionen gelegt werden (was eine Problem- und Zielanalyse einschließt). Antonovsky (1979, 1993a, 1993b, 1997) war einer der ersten, der die explizite Frage nach Salutogenese und einem allgemeinen gesundheitsförderlichen Protektivfaktor aufgeworfen hat. Seines Erachtens zeichnen sich Personen mit erhöhter Widerstandskraft gegenüber Erkrankungen durch einen ausgeprägten „Kohärenzsinn“ aus. Dieser ist laut Antonovsky eine individuelle, psychologische Einflussgröße, nämlich eine allgemeine Grundhaltung des Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben (siehe auch Becks „kognitive Schemata“ als Denkmuster über sich, der Welt und der Zukunft; Beck, 1976). Eine solche „Weltanschauung“ (Antonovsky, 1993b) beeinflusst (neben äußeren Faktoren wie z.B. der Umweltsituation) entscheidend den persönlichen Gesundheitszustand (eine allgemeine Sichtweise *kognitiver Theorien*, siehe dazu etwa Blackburn & Twaddle, 1996, oder Stavemann, 1995). Wenn äußere Bedingungen vergleichbar sind, dann wird es von der Ausprägung sowohl kognitiv-rationaler wie auch affektiv-motivationaler Grundeinstellungen abhängen, wie gut Menschen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu nutzen. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl als „dispositionale Orientierung“ ist, desto gesünder sollte die betreffende Person sein bzw. desto schneller sollte sie gesund werden und bleiben. Antonovsky (1979) definiert das Kohärenzgefühl als:

„global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic, feeling of confidence that one’s internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected” (S. 10).

Die von Antonovsky (1987) zur Messung des Kohärenzsinnns als Persönlichkeitsmerkmal entwickelte Skala umfasst drei Aspekte:

- „*comprehensability*“ (Überschaubarkeit, Vorhersehbarkeit)
- „*manageability*“ (optimistisches Vertrauen, Lebensaufgaben selbst oder mit Unterstützung meistern zu können – siehe auch Ähnlichkeit mit dem Faktor Selbstwirksamkeit, was den Teilbereich „aus eigener Kraft“ anbelangt, vergleiche nächstes Kapitel)
- „*meaningfulness*“ (Lebensfreude, Sinnhaftigkeit)

Als vermittelnde Variable zwischen Kohärenzsinn und Gesundheit sieht Antonovsky (ebd.) effiziente Bewältigungsprozesse (vergleiche Kap. 2.2: „Coping“).

Die empirische Überprüfung des Kohärenzsinnns ist jedoch bislang nicht hinreichend, Schwarzer (1997) hält die Konstrukte „Optimismus“ (siehe unten) und „Selbstwirksamkeit“ (siehe nächstes Kapitel) für wissenschaftlich tragfähiger. Jedoch hat das Salutogenese-Konzept eine praktische Bedeutung erlangt in Prävention, Therapie und Rehabilitation, wie eine Expertise von Bengel, Strittmatter & Willmann (1998) betont:

Es unterstützt eine kritische Sicht der bisherigen gesundheitserzieherischen Präventionsbemühungen, nimmt die Kritik am Risikofaktorenmodell auf und steht für ressourcenorientierte, kompetenzsteigernde und unspezifische Präventionsmaßnahmen ... Der Perspektivenwechsel von den Risikofaktoren zu den Protektivfaktoren und Ressourcen geht einher mit einem modernen, interaktionellen Gesundheitsbegriff, der die psychische und soziale Dimension gleichbedeutend neben die somatische Dimension stellt. (S. 93)

Weitere Konzepte, die eng mit Salutogenese und seelischer Gesundheit als persönliche Protektivfaktoren verknüpft sind, sind „Hardiness“ von Kobasa (1982) und „Dispositioneller Optimismus“ von Scheier und Carver (1985, 1987, 1992; vergleiche auch Seligman, 1975, 1993). Das *Hardiness-Konzept* beschreibt ein Persönlichkeitsmuster, das im

Sinne eines Puffers die Widerstandskraft gegenüber Stress stärkt. Kobasa geht davon aus, dass der Puffereffekt über ein „transformationales Bewältigungsmuster“ (optimistische Einschätzung und effizientes Bewältigungsverhalten) zustande kommt. Das *Optimismus-Konzept* von Scheier und Carver (a.a.O.) bezeichnet generalisierte Ergebniserwartungen (siehe auch Kap. 3.2) im Sinne einer optimistischen Grundhaltung, dass die eigene Zukunft positiv verlaufen wird. Als vermittelnde Mechanismen zwischen Optimismus und Gesundheit werden bestimmte Bewältigungsstrategien, ein förderliches Gesundheitsverhalten, Beeinflussungen des Immunsystems u.a. diskutiert. „Hardiness“ und „Dispositioneller Optimismus“ stellen interessante Ressourcenkonstrukte dar, jedoch ist die empirische Befundlage wie beim „Kohärenzsinn“ noch unbefriedigend (Strittmatter, 1995; Schwarzer, 1997)

Im Vergleich zum Kohärenzsinn jedoch, so fanden Becker und Polenz (1997) in einer Studie zur Gesundheit im Betrieb, erweise sich der Faktor „Seelische Gesundheit“ als durchgängig wirksame Größe:

Am meisten Varianz lässt sich in der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit aufklären. Entgegen der Erwartung führen keine direkten Pfade von der Arbeitszufriedenheit, der Verbundenheit mit dem Unternehmen, dem Kohärenzsinn, der Deprimiertheit bei Belastungen und der Erfahrung mit persönlicher Gesundheitsförderung im Betrieb zu körperlichen Gesundheit. (S. 4)<sup>5</sup>

Zur Messung der „Seelischen Gesundheit“ (SG) sowie der „Verhaltenskontrolle“ (VK) als psychische Eigenschaften hat Becker einen Persönlichkeitstest entwickelt, den „*Trierer Persönlichkeitsfragebogen*“ (TPF, Becker, 1989; siehe auch Kap. 5.2). Die SG-Skala des TPF setzt sich aus 20 Items zusammen, die u.a. folgende Bereiche abdecken: Fähigkeit zur Bewältigung von Lebensanforderungen und Schwierigkeiten, Selbstsicherheit, Zuversicht und Optimismus, Durchsetzungsfähigkeit, Fähigkeit zur Befriedigung eigener Bedürfnisse, Autonomie und Selbstverantwortlichkeit.

---

<sup>5</sup> In der hier vorliegenden Untersuchung dürfte damit auch der Vergleich des generalisierten Gesundheitsfaktors nach Becker und des Faktors „Lebenszufriedenheit“, der als aktuelle Einflussgröße operationalisiert wird, interessant sein. Vermutet wird ein ähnlicher, aber noch größerer Einfluss der „Lebenszufriedenheit“ als aktuell mobilisierte Ressource (i.S. der subj. Repräsentation) (siehe Kap. 4).

Die Skala besitzt eine hohe interne Konsistenz ( $> 0,90$ ). Neben der SG-Skala gibt es sieben Unterskalen, die Teilkomponenten der seelischen Gesundheit abbilden: Sinnerfülltheit vs. Depressivität, Selbstvergessenheit vs. Selbstzentrierung, Beschwerdefreiheit vs. Nervosität (zusammen: seelisch-körperliches Wohlbefinden), Expansivität, Autonomie (zusammen: Selbstaktualisierung), Selbstwertgefühl und Liebesfähigkeit (zusammen: selbst- und fremdbezogene Wertschätzung). Abb. 2 zeigt das Faktorenmodell:

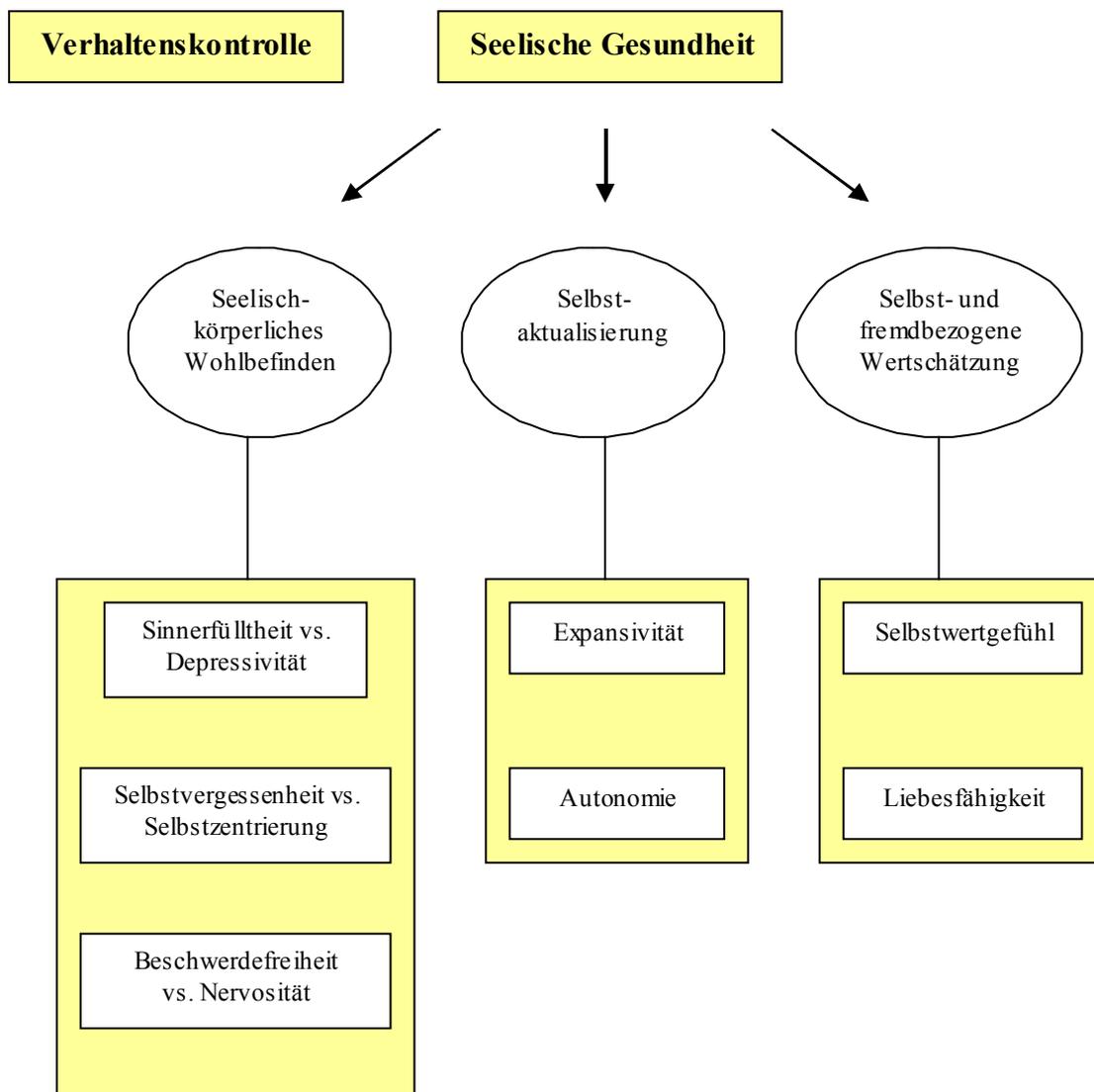


Abb. 2: Hierarchische Struktur der TPF-Skalen

Vom Autor des TPF berichtete Ergebnisse (z.B. Becker, 1995) stützen die hierarchische Struktur. Für die Vorhersagekraft künftigen Gesundheitsverhaltens bzw. Erkrankungsrisikos liegen jedoch noch keine Längsschnittuntersuchungen vor. Die besondere Güte des Konzepts der seelischen Gesundheit liegt aber darin, dass nicht nur einzelne Ressourcenvariablen, sondern ein umfassendes Potenzial mit plausiblen Untergliederungen erfasst wird, das auch hervorragend für die vorliegende Studie bezüglich der Untersuchung des Einflusses von Ressourcen auf die Abstinenz von Alkoholikern geeignet ist (siehe unten empirischer Teil, ab Kap. 4). Tab. 2 listet die einzelnen Unterbereiche der Seelischen Gesundheit mit Kurzcharakterisierung der Merkmale bei hohen bzw. niedrigen Skalenwerten auf (Beispiel-Items des TPF siehe Anhang, Kap. 10 D):

Tab. 2: TPF-Skalen (modifiziert nach Becker, 1995, S. 35)

Hohe Werte	Niedrige Werte
<p><i>Seelische Gesundheit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hohes Selbstwertgefühl</li> <li>- Sinnerfülltheit</li> <li>- Hohe Lebenszufriedenheit</li> <li>- durchsetzungs fähig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- geringes Selbstwertgefühl</li> <li>- geringe Sinnerfülltheit</li> <li>- geringe Lebenszufriedenheit</li> <li>- wenig durchsetzungs fähig</li> </ul>
<p><i>Sinnerfülltheit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- relativ frei von Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit</li> <li>- selbstsicher</li> </ul>	<p><i>Depressivität</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- häufige Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit</li> <li>- selbstunsicher</li> </ul>
<p><i>Selbstvergessenheit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- grübelt wenig</li> <li>- sorglos</li> </ul>	<p><i>Selbstzentrierung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- grübelt viel</li> <li>- besorgt um Zukunft</li> </ul>
<p><i>Beschwerdefreiheit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fühlt sich körperlich wohl</li> <li>- fühlt sich gesund</li> </ul>	<p><i>Nervosität</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- häufige körperliche Beschwerden</li> <li>- fühlt sich häufig krank</li> </ul>
<p><i>Expansivität</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- durchsetzungs fähig</li> <li>- entscheidungsschnell</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wenig durchsetzungs fähig</li> <li>- entscheidungsunsicher</li> </ul>
<p><i>Autonomie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- löst Probleme selbst</li> <li>- übernimmt Verantwortung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sucht Hilfe bei anderen</li> <li>- weicht Verantwortung aus</li> </ul>
<p><i>Selbstwertgefühl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- selbstbewusst</li> <li>- ruhig und ausgeglichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hat Probleme, sich zu akzeptieren</li> <li>- erregbar</li> </ul>
<p><i>Liebesfähigkeit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interessiert an anderen</li> <li>- hilfsbereit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gleichgültig gegenüber anderen</li> <li>- wenig hilfsbereit</li> </ul>

## 2.4 Selbstwirksamkeit als Verhaltenskriterium

Während seelische Gesundheit als genereller Persönlichkeitsfaktor etwas Globales ist, fungiert Selbstwirksamkeit sehr spezifisch<sup>6</sup>. Die sog. Self-efficacy stellt ein tragfähiges Vorhersagekonstrukt für *konkretes Verhalten* dar, eine potente Ressource, „vor allem wegen ihrer konzeptuellen Sparsamkeit, ihrer reliablen Messung sowie der bereits vorliegenden soliden Validitätsnachweise“. So beurteilt der Gesundheitsexperte Schwarzer (1997, S. 140) die Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura (1977b, 1978, 1997), die 1977 erstmals vom Autor vorgestellt wurde. Ein Konstrukt, das besonders durch seine Verhaltensnähe auffällt. So formuliert auch James Maddux (1995) in seinem Überblicksband über Self-efficacy: „Predicting relatively specific behaviors in specific situations over relatively brief time frames is likely to be more successful when specific expectations and values are assessed.“ (S. 26; vergleiche auch Ajzen & Fishbein, 1980). Um menschliches Verhalten erklären zu können, brauche es das Verständnis der individuellen Motivation hinsichtlich:

„mastery and achievement, the feelings of satisfaction one derives from meeting challenges and overcoming obstacles, the value attached to the specific goal or outcome sought at a given time and place, and the individual's assessment of the likelihood of attaining the goal or goals – an assessment that includes beliefs about behavior-outcome contingencies and beliefs about personal ability“ (ebd.).

Kognitive lerntheoretische Ansätze befassen sich mit der Frage: Wie vermitteln Kognitionen, sprich Denkinhalte, zwischen Erfahrung und Verhalten eines Menschen? Die sozial-kognitive Lerntheorie von Bandura (1977a, 1979) geht von der zentralen Bedeutung des Modelllernens für die Entwicklung künftigen Verhaltens aus. Als kognitives Vermittlungssystem zwischen der Wahrnehmung des Verhaltens von Modellen und dem Verhalten der beobachteten Person postuliert Bandura die sog. Eigenwirksamkeits-

---

<sup>6</sup> Während in diesem Kapitel Selbstwirksamkeit und vergleichbare Konzepte im Allgemeinen beschrieben werden, konzentriert sich Kapitel 3.4 auf Selbstwirksamkeit im Alkoholismusbereich. Selbstwirksamkeit ist eine potente psychische Ressource. In der vorliegenden Untersuchung dient der Begriff jedoch vorrangig als spezifisches Zielkriterium im Sinne einer situativen Zuversicht bezüglich des Alkoholverzichts; um Tautologien zu vermeiden, wird daher Selbstwirksamkeit nicht als personale Ressource gemessen.

erwartung (engl. „self-efficacy expectation“), also den Glauben an eigene Bewältigungsfähigkeiten. Diese Wirksamkeitserwartung stellt ein eigenständiges Konstrukt dar, verwandt mit aber auch unterscheidbar von Begriffen wie dem komplexen „Selbstkonzept“ oder dem „Selbstwert“: „The *self-concept* ist a composite view of oneself that is formed through direct experience and evaluations adopted from significant others“ (Bandura, 1986, S. 409).

An anderer Stelle:

*Self-esteem* is another facet of self-referent thought that should be distinguished from perceived self-efficacy because the two concepts represent different phenomena. Self-esteem pertains to the evaluation of self-worth, which depends on how the culture values the attributes one possesses and how well one's behavior matches personal standards of worthiness. Perceived *self-efficacy* is concerned with the judgement of personal capabilities. (ebd.)

Interessante und umfassende Ausführungen über die Forschungen zum Selbstkonzept finden sich aktuell bei Annemarie Laskowski (2000). Über die „Vorstellungen, die Menschen über sich selbst entwickeln“ (S. 9), gemeinhin als *Identität* bekannt, hat die Autorin ein Prozessmodell des Selbstkonzepts und der Selbstwertregulation entwickelt, wobei das „innere Selbstgespräch“, welches das Selbstwertgefühl der Person reguliert, eine zentrale Rolle einnimmt: „Wenn sich die inneren Stimmen in einer Balance zwischen Selbstwertschätzung und Selbstkritik befinden, kann sich das Selbstwertgefühl in einem mittleren, optimalen Bereich stabilisieren“ (S. 188). Interventionen zur Änderung von Selbstkonzepten, die an humanistische Therapieverfahren (vergleiche Überblick bei Revenstorf, 1993) und kognitive Methoden (vergleiche Blackburn & Twaddle, 1996) erinnern, sind „Innere Harmonisierung“ und „Distanzierung“, die durch veränderte Selbstkommunikation zu einem positiveren inneren Dialog bzw. zu einer Dissoziation von negativen Außeneinflüssen beitragen sollen.

Beim Selbstkonzept und Selbstwert geht es also um die allgemeine Bewertung der eigenen Person, während beim Selbstwirksamkeitskonzept konkrete Fähigkeiten bezogen auf zukünftiges Verhalten bewertet werden (weitere differenzierende Ausführungen zu Efficacy und Self-esteem finden sich im Überblicksband von Kernis, 1995). Bandura

unterscheidet zwei kognitive Quellen der Motivation für künftige Handlungen: „*Ergebnis-Erwartung*“ („outcome expectation“) und „*Eigenwirksamkeits-Erwartung*“ („self-efficacy expectation“). Erstere bezieht sich auf die kognitive Repräsentation und damit Antizipation von Verhaltensergebnissen, also die Anreizfunktion von verstärkenden Reizen für das Verhalten. Anders ausgedrückt: Ergebnis-Erwartungen sind Vorstellungen über die *Verhaltensfolgen*, Eigenwirksamkeitserwartungen dagegen Vorstellungen über das *Ausführen-Können* des angestrebten Verhaltens (Abb. 3):

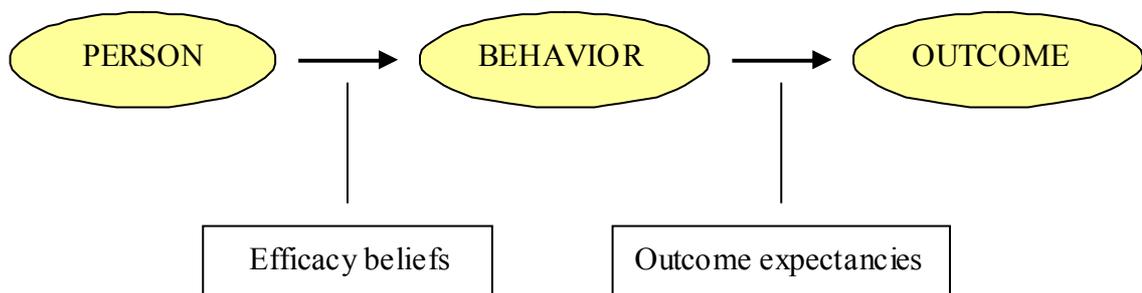


Abb. 3: Beziehung zwischen Eigenwirksamkeits- und Ergebniserwartung

Beide Erwartungsarten sind laut Bandura voneinander unabhängig, d.h. es ist möglich, dass jemand glaubt, sein Verhalten führe zu bestimmten positiven oder negativen Folgen, ohne dass damit die Hoffnung verbunden sein muss, das Verhalten tatsächlich ausführen zu können.<sup>7</sup>

Definiert wird Selbstwirksamkeit dementsprechend als:

people's judgements of their capabilities to organize and execute courses of action required to attain designated types of performances. It is concerned not with the skills one has but with judgements of what one can do with whatever skills one possesses. (Bandura, 1986, S. 391)

<sup>7</sup> Über die Bedeutung der Unterscheidung von Self-efficacy und Outcome-efficacy im Zusammenhang mit der Abstinenz-Zuversicht bei Alkoholikern und der vorliegenden empirischen Untersuchung informiert genauer das Kapitel 3.2.

Im Hinblick auf die Entstehung von diesen “judgements” nennt Bandura (1977b) vier entscheidende Quellen: *Eigene Handlungserfahrungen* gelten dabei als einflussreichste Informationsquelle (Erfolgserebnisse sind dabei umso wahrscheinlicher, je optimaler der Schwierigkeitsgrad der Aufgabe ist, siehe auch Flow-Konzept nach Csikszentmihalyi, 1995). Die zweitwichtigste Quelle sind *stellvertretende Erfahrungen* auf Grund sozialer Vergleichsprozesse, etwa durch die Beobachtung erfolgreicher Personen und der Schlussfolgerung auf eigene Kompetenzen (gerade wenn man sich selbst unsicher ist). *Symbolische Erfahrungen* stellen die dritte Informationsquelle von Self-efficacy dar, nämlich durch Aussagen anderer Personen oder Selbstinstruktionen (wichtig gerade auch in der kognitiven Verhaltenstherapie bei der selbst- und fremdverstärkten Erprobung neuen Verhaltens). *Wahrgenommene Erregung* schließlich wirkt als eine Informationsquelle vor allem im Zusammenhang mit bedrohlichen Situationen, wenn etwa ein körperliches Aufgeregtheit (Erröten, Zittern) von der betroffenen Person als mangelnde Kompetenz (z.B. in einem beruflichen Bewerbungsgespräch) interpretiert wird.

Insgesamt kommt es demnach darauf an, wie Handlungsergebnisse interpretiert werden, beispielsweise welche Ursachen ihnen zugeschrieben werden. Damit beschäftigt sich besonders auch die *Attributionstheorie* nach Weiner (1986): Eine Situation erfolgreich gemeistert zu haben, ist allein nicht ausreichend; nur wenn der Erfolg internalisierbaren Faktoren, z.B. der eigenen Fähigkeit zugeschrieben wird, ist eine positive Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartungen möglich. Eine Attribution auf externe Ursachenfaktoren (etwa, dass die Aufgabe zu leicht war oder jemand geholfen hat) würde dagegen zu keiner Veränderung führen. Andererseits reduziert ein Misserfolg umso stärker die eigenen Kompetenzerwartungen, je mehr er auf mangelnde Fähigkeit statt widrige Umstände attribuiert wird (vergleiche Leppin, 1994).

Folglich ist es für das persönliche Wohlbefinden wichtig, Erfolge auf eigene Fähigkeiten, Misserfolge auf externe Faktoren zurückzuführen (siehe auch Schwarzer, 1992), außerdem das Fähigkeits-Anforderungs-Gleichgewicht zu optimieren (d.h. ein mittleres bzw. leicht überhöhtes Schwierigkeitsniveau zu wählen). Die entsprechende therapeutische Strategie, die sich daraus ergibt, liegt auf der Hand: *Helfe dem Patienten, selbstwirksam zu werden, indem er/sie lernt, adäquat zu attribuieren und sich zu fordern ohne*

*sich zu unter- oder überfordern* (vergleiche Selbstmanagement-Therapie nach Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996). Ist somit die Kompetenzerwartung hoch, wird die betreffende Person sich mit kritischen Situationen eher aktiv und handlungsbereit auseinandersetzen, das wiederum positiv auf Erwartungen zurückwirkt.

Bandura (1988) konnte die positive Beziehung zwischen Selbstwirksamkeit und Verhaltensaspekten zunächst für Patienten mit phobischer Störung (Schlangenphobie, später auch bei Agoraphobie) bestätigen: Die Übereinstimmung zwischen der Stärke der Eigenwirksamkeitserwartung und der Anzahl der ausgeführten Annäherungsschritte war unabhängig vom Ausmaß der Veränderung und unabhängig vom Änderungsverfahren sehr groß, insbesondere bei teilnehmendem Modelllernen. Auf empirische Untersuchungen des Einflusses von Self-efficacy auf tatsächliches Verhalten im Bezug auf Alkoholverzicht geht das Kapitel 3.2 ein. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch der Einfluss von Selbstwirksamkeit auf das allgemeine Gesundheitsverhalten: Die Annahme, dass Personen mit niedrigem Selbstwirksamkeitsniveau eher Risikoverhalten wählen, während Personen, die ihren selbstregulativen Fähigkeiten vertrauen, eher gesundheitsförderliches Verhalten nutzen, konnte weitgehend bestätigt werden (Leppin, 1994; Schwarzer, 1992). Hohe Selbstwirksamkeit birgt also an sich *nicht* die Gefahr der Selbstüberschätzung (ein gerade im Suchtbereich wichtiger Faktor, vergleiche Kap. 4.1). Leppin (ebd.): „Selbstwirksamkeitserwartungen haben sich in der Mehrzahl der bisherigen Untersuchungen bei allen Arten von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen als wichtiger Prädiktor erwiesen ...“ (S. 90). Dabei scheinen Erwartungen der eigenen Kompetenz eine noch größere Bedeutung zu haben als Erwartungen der Kontrollierbarkeit von Ereignissen (Schröder, 1997), wichtig ist also die Innenperspektive.

Neben der oben beschriebenen Entstehungsdifferenzierung (vier Quellen) können Selbstwirksamkeitserwartungen nach Bandura (1977b) außerdem anhand von drei verschiedenen Merkmalen charakterisiert werden: nach ihrem *Niveau* (Schwierigkeitsgrad der Aufgaben, für die Kompetenzvorstellungen existieren), ihrer *Stärke* (Stabilität der Erwartung bei widersprechenden Erfahrungen) und ihrem *Allgemeinheitsgrad* (generell vs. situations- bzw. bereichsspezifisch). Bandura selbst hat Selbstwirksamkeitserwartungen stets hochspezifisch, also bezogen auf einzelne Leistungsbereiche, verwendet. Generalisierte Konstrukte finden sich bei anderen Forschern, etwa als „Optimistische

Kompetenzerwartungen“ bei Schwarzer (1994), der zudem adaptive von weniger adaptiven Formen von Optimismus unterscheidet (zum Optimismus-Begriff siehe auch vorheriges Kapitel). Die bessere Vorhersagekraft von spezifischen vs. globalen Formulierungen wird insgesamt unterschiedlich beurteilt, bei der Vorhersage allgemeiner Kriterien wie etwa Wohlbefinden würden sich generalisierte Erwartungen besser erweisen (z.B. Leppin, 1994). In der vorliegenden Arbeit wird diese kontroverse Frage untersucht, indem Selbstwirksamkeit als spezifisches, also verhaltensnahes Kriterium verwendet wird (anders als bei Bandura und vielen anderen Forschern jedoch nicht als Vorhersage- sondern als Zielkriterium, siehe Kap. 3.4); auf der Gegenseite wird die Vorhersagekraft globaler, dispositioneller Ressourcen (siehe oben „Seelische Gesundheit“) geprüft im Vergleich zu aktuell-bereichsspezifischen Ressourcen (vergleiche Kap. 4.2).

---

## 3 Das Ziel: Alkoholverzicht

*Manche Leute sehen Probleme und fragen: „warum?“  
Ich träume Träume und frage: „warum nicht?“*

*(R.F. Kennedy)*

### 3.1 Die Mühe des Alkoholverzichts

Der langfristige Alkoholverzicht ist ein mühsames Unterfangen, denn der Alkoholranke ist erfahrungsgemäß vor sog. Rückfällen in den problematischen Trinkkonsum nie gefeit. Für die Mehrzahl der Abhängigen ist der erneute Konsum bereits innerhalb von einigen Monaten bis wenigen Jahren nach einer Behandlung Realität, wie verschiedene Statistiken zeigen. Bei einer Erhebung in 21 westdeutschen psychiatrischen Krankenhäusern und Suchtfachkliniken (Küfner, Feuerlein & Huber, 1988) haben im Lauf von vier Jahren nach einer stationären Therapie mehr als 54 Prozent der Patienten erneut Alkohol konsumiert. Gerade für mehrfach geschädigte, chronische Alkoholabhängige, so Körkel und Kruse (1997) in ihrem Buch „Mit dem Rückfall leben“, sei dauerhafte Abstinenz äußerst unrealistisch. Für die Behandler heiße dies ebenso, mit der Realität des Rückfalls leben zu müssen, und niedrighschwellig „zunächst einmal ein menschenwürdiges (Über-)Leben zu ermöglichen“ (S. 40). Körkels Konzept der „Zielhierarchie“ besagt, dass dauerhafte Abstinenz nur ein – wenngleich das höchste – Ziel unter anderen darstellt.

Bezüglich des psychischen Störungsfundamentes der Abhängigkeitsentwicklung zeigen Verlaufsstudien (z.B. Jessor & Jessor, 1977), dass viele Alkoholranke dispositionell mit *wenig Selbsteffizienz* (vergleiche Kap. 3.1) im Leistungs- und Bewältigungsverhalten ausgestattet sind. Wahrscheinlich mit ein Grund dafür, dass wegen pessimistischer Einstellungsmuster (siehe Seligman, 1993) depressive Störungen bei Alkoholikern

häufig vorkommen, die ihrerseits den Alkoholverzicht erschweren. Auch Selbstunsicherheit und mangelnde Erholungsfähigkeit dürften einen negativen Abstinenzeffekt haben. In seiner Kritik am medizinischen Modell verweist bereits Marlatt (1978) auf individuelle Determinanten im Prozess des Alkoholverlangens, Kontrollverlustes und Rückfalls. Schneider (1989) betont in seinem funktionalen Modell des Abhängigkeitsverhaltens, dass es *keine einheitliche Alkoholikerpersönlichkeit* gebe; den Betroffenen sei „lediglich die funktionelle Autonomie des Alkoholtrinkens gemeinsam“ (S. 351). Zwar zeigen sich laut Küfner (1981) im Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI (Fahrenberg, Hampel & Selg, 1994) bei Alkoholikern erhöhte Werte hinsichtlich erregbar, gehemmt und kontaktscheu. Obwohl Suchtkranke von Normalprofilen abweichende Persönlichkeitsmerkmale haben, sind diese jedoch nicht einheitlich, betont auch Felix Tretter (1998) in seinen Betrachtungen zur „Ökologie der Sucht“. Kanfer (1987) bezeichnet Alkoholismus als komplexes Problem, dessen Genese und Ausprägung bei jedem einzelnen Patienten unterschiedlich sei. Eine generalisierte Auffassung von Alkoholismus widerspreche der problem- und zielorientierten Vorgehensweise der Verhaltenstherapie.

Trotzdem braucht es für die Behandlungspraxis vereinfachende Diagnoseschlüssel, die symptomorientiert die Suchtstörung einordnen helfen. Das gängige Klassifikationssystem ICD-10 (Dilling et al., 1994; siehe auch Kap. 5.5) vermittelt folgende Kriterien, wobei für das Vorhandensein eines *Abhängigkeitssyndroms* drei oder mehr Kriterien zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben müssen. Falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben:

- (1) Ein *starkes Verlangen* oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.
- (2) *Verminderte Kontrolle* über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums, deutlich daran, dass mehr von der Substanz konsumiert wird oder über einen längeren Zeitraum als geplant, und an erfolglosen Versuchen oder dem anhaltenden Wunsch, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.

- (3) Ein *körperliches Entzugssyndrom*, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- (4) *Toleranzentwicklung* gegenüber den Substanzeffekten. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf.
- (5) *Einengung auf den Substanzgebrauch*, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
- (6) *Anhaltender Substanzgebrauch* trotz eindeutig schädlicher Folgen, deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst war oder hätte bewusst sein können.

Als **Rückfallursachen** werden in der Alkoholismusforschung vorrangig „unangenehme Gefühlszustände“ (ca. 40 %) als intrapersonelle Einflüsse sowie „zwischenmenschliche Konflikte“ und „Trinkverführungen“ (zusammen ebenfalls ca. 40 %) als interpersonelle Einflüsse genannt (Körkel, 1998). Der Alkoholkranke (insbesondere der sog. Konflikttrinker, siehe Jellinek, 1960) versucht, lerntheoretisch betrachtet, emotionale Belastungen im „Schnellverfahren“ abzubauen, quasi mit Alkohol und dessen entlastend psychotroper Wirkung „herunterzuspülen“ (psychischer Aspekt der negativen Verstärkung belastender Zustände neben der Belohnungs- und Modellwirkung). Schneider (1985) beschreibt ein verhaltensanalytisches Modell der Suchtentwicklung, das den ebenso wichtigen Aspekt der positiven Verstärkung betont. Demnach könne beim zufälligen Alkoholkonsum bei sozialen Anlässen (z.B. Feier) der ursprünglich neutrale Alkohol kurzfristig sehr positiv erlebt werden, was positiv verstärkend auf den weiteren Konsum wirkt. Die Zuwendung durch die soziale Umwelt (z.B. Gemeinschaftsgefühl) ist eine weitere, äußere Konsequenz. Negative Konsequenzen werden dabei (im Rausch) vermindert erlebt, wiederholtes Trinken führt zwar dann zu denselben, baut sie aber paradoxerweise (kurzfristig) auch ab.

Im Verlauf der Suchtentwicklung stellt sich ein kognitiv-emotionaler *Teufelskreis* ein, oder wie es eine Betroffene einmal ausdrückte: „Ich trinke, weil ich mich schäme, und ich schäme mich, weil ich trinke.“ Berühmter noch ist der Dialog mit einem „Säufer“ in „Der Kleine Prinz“ von Antoine de Saint-Exupéry (1956, Neuauflage von 1981):

„Was machst du da?“ fragte er den Säufer, den er stumm vor einer Reihe leerer und einer Reihe voller Flaschen sitzend antraf. „Ich trinke,“ antwortete der Säufer mit düsterer Miene. „Warum trinkst du?“ fragte ihn der kleine Prinz. „Um zu vergessen“, antwortete der Säufer. „Um was zu vergessen?“ erkundigte sich der kleine Prinz, der ihn schon bedauerte. „Um zu vergessen, dass ich mich schäme“, gestand der Säufer und senkte den Kopf. „Weshalb schämst du dich?“ fragte der kleine Prinz, der den Wunsch hatte, ihm zu helfen. „Weil ich saufe!“ endete der Säufer und verschloss sich endgültig in sein Schweigen. (S. 33)

*Kognitive Modelle* (z.B. Marlatt & Gordon, 1985; vergleiche Abb. 8 in Kap. 3.4) bieten gute Erklärungsmöglichkeiten für die Rollen von Wahrnehmung, Bewertung und intentionalem Handeln beim Alkoholismus. Tretter (1998) fasst die entscheidenden Faktoren folgendermaßen zusammen:

- (1) wahrgenommene Stressbelastung in einer Risikosituation („Der Zustand ist unerträglich“)
- (2) wahrgenommene persönliche Unfähigkeit zur Situationskontrolle (Selbstunwirksamkeitserwartung: „Ich kann nichts machen“)
- (3) Mangel an adäquaten Bewältigungsstrategien („Es hilft nichts“)
- (4) Wirkung des Alkohols als alternative Bewältigungsstrategie („Trinken tut gut“)
- (5) Verfügbarkeit von Alkohol („Da gibt es was zu trinken“)

Auf Basis dysfunktionaler Kognitionen und Schuldgefühlen sowie geringer persönlicher Erfolgserwartung hinsichtlich alternativer Problembewältigung manifestiert sich Alkohol sozusagen als „Helfer in der Not“. Ein zweiseitiger Helfer, denn neben den kurzfristigen positiven Konsequenzen der Alkoholwirkung stehen die negativen mittel- und langfristigen physischen und psychosozialen Folgen vor der Tür, wie etwa Leber-

schädigung, sozialer Rückzug und negative Etikettierung durch die Umwelt. Der Betroffene steht quasi im Konflikt zwischen den beiden Verhaltensalternativen Trinken vs. Nicht-Trinken. Eine Person mit höherer Selbstkontrollfähigkeit als Ressource dürfte demnach abstinzsicherer sein als jemand mit geringer Selbstkontrolle. Jene wird das Ziel Alkoholabstinz besser erreichen und das dazu nötige Alternativverhalten wirksamer selbst regulieren bzw. „managen“ (zu den Begriffen Selbstkontrolle, Selbstregulation und Selbstmanagement siehe Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996).

Im Rahmen des psychischen Prozesses (siehe Stellenwert kognitiver Bewertungen bei Marlatt, 1978) ist eine *physiologische Eigendynamik* der Droge Alkohol von Bedeutung, da die negativen körperlichen Alkoholwirkungen, insbesondere die Entzugerscheinungen bei chronischem Konsum, wiederum mit Alkohol gedämpft werden („Zweiphasenwirkung“: Nach anfänglicher Hauptwirkung folgt die unangenehme Nebenwirkung des Alkohols; vergleiche Lindenmeyer, 1994). Auch scheinen neurobiologische Veränderungen (sog. Suchtgedächtnis) und Fehlregulationen in Transmittersystemen (was zum „Craving“, also Suchtdruck, führt) in der Erklärung des Abhängigkeitsprozesses eine wichtige Funktion zu haben (Forschungsüberblicke zu Alkoholismus und Suchttheorien bei Kryspin-Exner, 1990, 1995; Mann & Buchkremer, 1998 ; Scholz, 1996; Soyka, 1995; Tretter, 1998; Watzl & Rockstroh, 1997). Die Wiener Professorin Ilse Kryspin-Exner (1990) fasst das komplexe Störungsmodell Alkoholismus folgendermaßen zusammen:

Der Alkohol als Droge mit Suchtpotenz trifft auf ein Individuum mit bestimmten psychologischen Voraussetzungen gleichermaßen wie auf körperliche sowie soziale und kulturelle Bedingungen. Das spricht zweifelsohne für eine *Multikausalität* der Abhängigkeitsentwicklung. (S. 184)

Küfner (1981) hat als einer der ersten im Bereich der Suchttheorien auf die Vermischung dreier „Hauptteufelskreise“ hingewiesen, nämlich des psychischen, somatischen und sozialen Teufelskreises in Form eines integrativen dynamischen Modells (siehe Abb. 4):

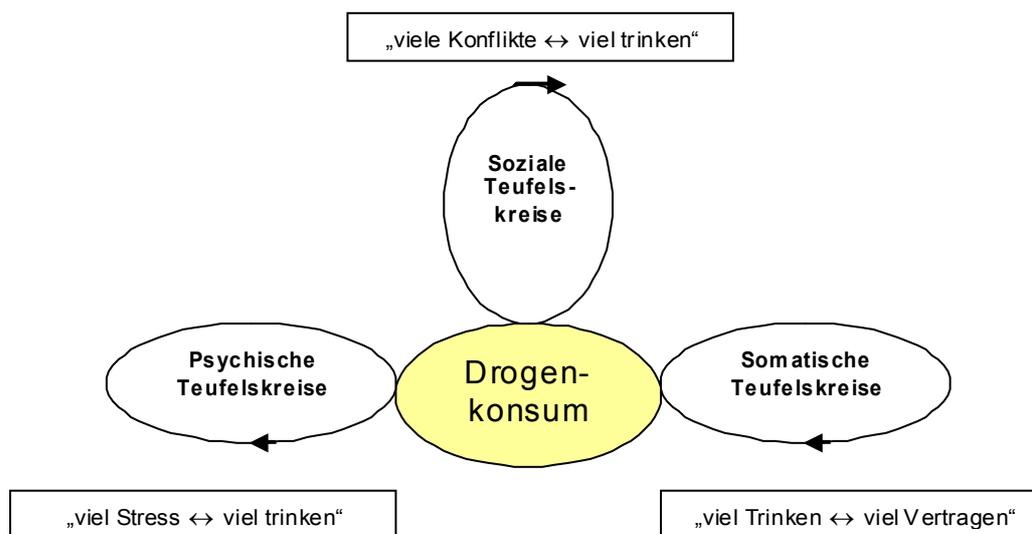


Abb. 4: Die drei Teufelskreise der Sucht (modifiziert nach Kűfner, 1981)

Die komorbiden Zusammenhänge sind also komplexer Natur (zur Ätiologie und Epidemiologie des Alkoholismus siehe genauer Soyka, 1995, oder Wetterling & Veltrup, 1997). Gerade aus diesem Grund muss es von Forschungsinteresse sein, auch positive Einflussfaktoren hinsichtlich der Krankheitsbewältigung zu untersuchen, um die persönliche Wirksamkeit beim Alkoholverzicht erhöhen zu helfen. Interne wie externe negative Bedingungen in der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Alkoholproblematik sind gut untersucht, das Feld der persönlichen Ressourcen, die Belastungen einschränken helfen (quasi als günstige Widerstands-Bedingungen), wird jedoch nach wie vor in der Alkoholismusforschung zu wenig beachtet. Oder Ressourcen werden im Umkehrschluss aus Problemen, etwa mangelnder Selbstwirksamkeit, Selbstkontrolle und sozialer Kompetenz, als Gegenstück abgeleitet (gemäß: brauchen, was fehlt – was natürlich durchaus für Diagnostik und Therapie wichtig ist). Der Suchtforscher Heinrich Kűfner (Kűfner, Vogt & Reuter, 2001) jedoch hat bekräftigt, dass personale „Ressourcen nicht einfach als die Kehrseite von Problemen und Defiziten zu betrachten sind. Es besteht also statistisch eine relative Unabhängigkeit von Problemausprägung und Ressourcen“ (S. 79). Ressourcen als komplexe Fähigkeiten sind demnach nicht direkt aus dem Fehlen von Fähigkeitsstörungen ableitbar. Ressourcen sind etwas Breiteres und Eigenständiges, das so gesehen eigenständig erkannt und gefördert werden sollte. Bei einer Erhe-

bung in psychosozialen Beratungsstellen mit Hilfe eines aufwendigen „Problem- und Ressourcenorientierten Diagnostiksystems (PREDI)“ fanden Kufner et al. (a.a.O.), dass Klienten mit Suchtproblemen im Vergleich zu anderen Problemgruppen die wenigsten Ressourcen aufweisen. Grawe und seine Mitarbeiter (vergleiche Trösken & Grawe, 2001) stellten fest, dass Substanzabhängige im Vergleich zu anderen Störungsgruppen deutlich weniger Ressourcen in den Bereichen „Kommunikation und Sozialität“ (z.B. Offenheit, Optimismus) sowie „Selbstentfalten“ (z.B. Kreativität, Interessen) haben. Jedoch haben garantiert auch diese Personen Ressourcenpotenziale.

Nutzen also Alkoholiker, die gut gegen Alkohol widerstehen können, besser die bei hoch Rückfallgefährdeten mangelnden Ressourcen oder auch vielleicht ganz andere (siehe genauer folgendes Kapitel)? Verbindet Abstinenzsichere ein bestimmtes Polster aus internen und externen Ressourcen? Haben aber bestimmte Ressourcen – bezogen auf die Abstinenz – möglicherweise auch einen **ungünstigen Einfluss**? Im Suchtbereich hinlänglich bekannt ist ja, dass allzu große externe Unterstützung oder ausbleibende negative Konsequenzen (im lerntheoretischen Sinne: intermittierende bzw. inkonsequente Verstärker) als sog. *Co-Abhängigkeit* (vergleiche Schaef, 1998) einen abstinenzbehindernden Einfluss haben. Auf externer Ebene beispielsweise das häufige Abnehmen von Aufgaben des Betroffenen durch den Partner, der „Schutz“ seitens Kollegen gegenüber dem Arbeitgeber mittels „Wegsehen“ oder die ungetrübte finanzielle Sicherheit. Oder auf interner Ebene der negative Ressourceneinfluss aus einer an sich gesunden Optimismusfähigkeit genährten Sorglosigkeit und Risikofreude, die alkoholgetrübte Hoffnung, so schlimm sei es doch auch noch nicht (siehe auch Seligmans Unterscheidung eines „blinden“ von einem „flexiblen Optimismus“; Seligman, 1993). Ein prominentes Beispiel liefert die tragische Alkoholgeschichte des Schauspielers Harald Juhnke, der sein langjähriges, von permanenten Rückfällen geprägtes Alkoholleben gar als Markenzeichen genutzt hatte. Die Medien und Öffentlichkeit trugen verstärkend das Ihrige bei – oder wie ein Filmproduzent des Künstlers einmal formulierte: „Wir haben Harald immer wieder abgewatscht und dann wieder aufgebaut. Ein wahres Stehaufmännchen war er“. Muss die Frage nach dem Einfluss von Ressourcen doch dahingehend beantwortet werden, dass Trinken *unabhängig* von psychosozialen Einflüssen stattfindet (gemäß der zu beobachtenden Situation, dass der Abhängige *trotz* der Um-

stände, der Gesundheit und persönlicher Fähigkeiten trinkt)? Ist Alkoholismus bzw. Abstinenz damit ein psychosozial unabhängiger, primär biologischer und eigendynamischer Vorgang, gesteuert durch die pharmakologische Drogenwirkung (vergleiche Soyka, 1995)?

Ansonsten positive Ressourcen wie soziale Unterstützung und Optimismus können so gesehen bezüglich der Abhängigkeitsbewältigung wirkungslos oder in ihrer Abstinenzfunktion gar kontraproduktiv sein. Insbesondere äußere Ressourcen würden damit keine eindeutige Einflusskraft haben, wenn es um Trinken oder nicht Trinken des Abhängigen geht – im Unterschied zur Frage der *Abhängigkeitsentstehung*, wo entsprechend dem Wissen aus der Prävention eher zu vermuten ist, dass günstige äußere Faktoren vor der Krankheit schützen. Trotz verschiedener Forschungsbefunde zum positiven Einfluss sozialer Stabilität auf die Abstinenz (vergleiche nächstes Kapitel), bleibt diese Frage kontrovers diskutiert. Aus dem Verständnis, dem Alkoholiker gehe es zu gut, speist sich die traditionelle Ansicht, der Betroffene müsse erst „ganz unten sein, um mit dem Alkohol aufzuhören“ (sog. *hit-the-bottom*-Ansicht). Eine Sichtweise, die bei klassischen Suchttherapeuten und in Selbsthilfekreisen noch häufig verbreitet und nicht ganz von der Hand zu weisen ist im Sinne der lerntheoretischen Wirksamkeit negativer, aversiver Verstärker (wenngleich allgemein doch schwächer ausgeprägt gegenüber positiven Verstärkern, vergleiche Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 1990). Ist jedoch der Ruf nach harter Konfrontation<sup>8</sup> nicht auch ein Ausdruck der therapeutischen Hilflosigkeit in einer mühevollen, frustrationsspeisenden Thematik? Was den klassischen Sichtweisen jedenfalls fehlt, ist die Betonung der *Selbstkontrollfähigkeit* und *Selbstwirksamkeit*, die bei der Forderung nach „ganz unten“ sicher nicht gefördert wird. Hinsichtlich äußerer Faktoren mag zutreffen, dass der Abhängige durchaus auch aversive Reize erleben sollte, aber im direkten Vergleich stehen die verhaltenstherapeutische Förderung von Bewältigungsstrategien („coping skills“) und Soziale Verstärkung („community reinforcement“) ganz oben in der Rangliste der Wirksamkeit psychosozialer Interven-

---

<sup>8</sup> Die klassische suchttherapeutische Konfrontation, die auf ein Alles-oder-Nichts-Prinzip in der Rückfallverhinderung setzt (Überblick bei Missel & Zemlin, 1994), ist nicht zu verwechseln mit dem verhaltenstherapeutischen Expositionstraining, in dem mit Trinkauslösern konfrontiert wird und Trinkreaktionen verhindert werden (vergleiche Arend, 1994; Lindenmeyer et al., 1994).

tionstechniken; Aversionstechniken dagegen haben sich in kontrollierten Studien nicht bewährt (vergleiche dazu Arend, 1994; Heim, 2002).

Exkurs zu den einzelnen *verhaltenstherapeutischen Ansätzen* im Alkoholbereich

- *Aversionsbehandlungen* basieren auf dem „Klassischen Konditionierungsmodell“ (siehe Darstellung bei Reinecker, 1987) und bedienen sich z.B. der Methode des „Covert Sensitation“, bei der stark aversive, ekelerregende Vorstellungen mit ebenfalls imaginierten Sequenzen der Trinkhandlung gekoppelt werden. Aversionsbehandlungen unterdrücken zwar für eine kurze Zeit den Trinkdrang, bewirken jedoch keine Veränderung der mit der Alkoholstörung verbundenen Probleme.
- Am „Operanten Konditionierungsmodell“ ausgerichtet ist das *Kontingenzmanagement*, das mit Verhaltenskonsequenzen (Belohnung, Bestrafung) arbeitet. Im oben erwähnten Ansatz des „Community Reinforcement“ (Hut & Azrin, 1973) werden durch ein gemeindenahes Kontingenzprogramm berufliche und soziale Verstärker neu erschlossen, die aber bei Alkoholrückfälligkeit wieder entzogen werden. Dies ist ein gutes Beispiel dafür, dass äußere Verstärker bzw. Ressourcen je nach ihrer Funktion und Wirkung im Gesamtgeschehen flexibel eingesetzt werden können (siehe auch weiter unten beschriebenes Modell des Ressourceneinflusses, Abb. 5).
- Im *Expositionstraining*, das aus der Angst- und Zwangstherapie bekannt ist (vergleiche Margraf, 1996; Reinecker, 1994), werden Klienten in-sensu und in-vivo Trinkauslösern ausgesetzt und gleichzeitig am Alkoholtrinken gehindert, um konditionierte Reaktionen zu löschen und diskriminative Signalfunktionen von Auslösestimuli zu entkoppeln.
- Im *Coping-Skills-Training* werden auf verschiedenste Art inter- und intrapersonelle Fertigkeiten aufgebaut, um soziale Kompetenzen zu fördern (z.B. Hinsch

& Pfingsten, 1998), Problemlösefertigkeiten zu stärken (D’Zurilla & Goldfried, 1971) und dysfunktionale Kognitionen zu verändern (Ellis, 1977) sowie Entspannungstechniken zu lernen (z.B. Jacobson, 1991).

- *Multimodale Behandlungsansätze* (z.B. Burtscheidt, 2001) integrieren verschiedene interdisziplinäre Verfahren und fokussieren auf die Funktionalität des Trinkverhaltens in anderen Lebensbereichen. Insbesondere beim Therapieziel „Kontrolliertes Trinken“, das in Wissenschaft und Praxis ebenso leidenschaftlich wie kontrovers diskutiert wird (vergleiche Schneider, 2001), zeigen multimodale Ansätze große empirische Evidenz (Arend, 1994).
- Schließlich sind die *Selbstkontroll- und Selbstmanagementansätze* (vergleiche Kap. 2.1) zu nennen, die auf die Verbesserung der Fähigkeiten, auf eigenes Verhalten Einfluss zu nehmen, gerichtet sind. Gute Effektivitätsergebnisse liegen dafür vor, etwa für das „Behavioral Self-Control-Training“ (BSCT) von Miller (1987; Miller et al., 1992). Gerade beim Therapieziel Abstinenz ist jedoch zu beachten, dass Selbstkontrollstrategien auch über längere Zeit aufrechterhalten werden müssen (Kirschenbaum, 1987).

*Zusammenfassend* lässt sich sagen, dass in der Entwicklung der Verhaltenstherapie von Alkoholabhängigkeit der zunehmenden Komplexität von Verhaltens- und Störungsmodellen Rechnung getragen wird und breite, individuell zugeschnittene Behandlungsansätze entwickelt worden sind (die nun wiederum standardisiert werden können, siehe Fiedler, 1997; vergleiche auch Kap. 2.1). Der Klient ist aktiv an Planung und Therapiedurchführung beteiligt, die als umfassende Vermittlung von Problembewältigungsstrategien am gesamten Lebensstil ausgerichtet ist (Hand, 1989). Aber dabei darf es, wie schon angesprochen, nicht nur um Defizitbehandlung gehen – die Entwicklung der Verhaltenstherapie beinhaltet auch eine Ressourcenorientierung, die noch gezielter gefördert werden kann. Denn was ist für ein Skills-Training, für positive Verstärkung und Selbstmanagement besser geeignet als die Aktivierung persönlicher Ressourcen als Kraftquellen für die Veränderung eigenen Problemverhaltens? Innere Ressourcen soll-

ten also nicht unterschätzt oder gar angegriffen werden, denn diese werden für die Abhängigkeitsbewältigung dringend gebraucht.

Eines bleibt, betrachtet man die „Mühe des Alkoholverzichts“, festzuhalten: Letztlich ist eine eindeutige Prognose der Abstinenz-Sicherheit (siehe nächstes Kapitel) und mehr noch der tatsächlichen Abstinenz schwierig, da verschiedenste Variablen (ob Ressourcen, Vulnerabilitäten oder Noxen) in individuell unterschiedlicher Form wirken. Dies trifft für psychologische, aber insbesondere für suchtbetogene Vorhersagen zu, denn auch der erfahrenste Suchtexperte ist vor einer gewissen Überraschung nicht gefeit, wenn ein lange trockener Alkoholabhängiger „unerwartet“ rückfällig wird oder nach häufiger Rückfälligkeit sich dann doch Abstinenz stabilisiert. Die Effektivitätszahlen hinsichtlich des Abstinenzziels sind „ernüchternd“. Etwa die Hälfte von stationär behandelten Abhängigen (im ersten Halbjahr sind immerhin noch zwei Drittel der Patienten abstinent) wird, wie schon angesprochen, innerhalb von vier Jahren wieder rückfällig. Die meisten Rückfälle (zwei Drittel) geschehen in den ersten drei Monaten (vergleiche Küfner, Feuerlein & Huber, 1988), was sicher nicht nur der Behandlungsqualität zuzuschreiben ist. Weit verbreitet ist auch die sog. Ein-Drittel-Faustregel, wonach etwa je ein Drittel der Patienten als stabil abstinent, als gebessert oder als ungebessert eingestuft wird (siehe ursprünglich bei Emrick, 1974) – in Küfners Erhebung sind es jedoch nur 11,9 %, die gebessert sind gegenüber 41,7 %, die ungebessert sind. Eine Untersuchung von Watzl und Mitarbeitern (vergleiche Watzl, 1997) in einer Therapieeinrichtung über die Prognosekraft von Patientenmerkmalen aus der Sicht der Behandelnden zeigte, dass „sich unsere Prognosen als nicht einmal so zutreffend wie Zufallseinschätzungen erwiesen“ (S. 122). Insgesamt würden alle empirischen Befunde „zu großer Bescheidenheit“ (ebd.) zwingen, wie im folgenden Kapitel bezüglich positiver Einflussfaktoren auf die Abstinenz näher erläutert wird.

## 3.2 Die Kraft des Alkoholverzichts

Was sagt die bisherige Forschung zu förderlichen Bedingungen des Alkoholverzichts? Natürlich werden hinsichtlich des Abstinenzverhaltens prognostisch günstige Faktoren seit langem erkundet, vorrangig im kognitiven und Coping-Bereich (De Jong-Meyer et al., 1988; Litman et al., 1979; Shiffman & Will, 1985) oder im Bereich des Einflusses von Lebenskontexten (Humphreys, Moos & Cohen, 1997; Schwarzer & Leppin, 1988; Weithman, Hoffmann & Rothenbacher, 2000). Es können interne von externen Ressourcen unterschieden werden (vergleiche auch Kap. 2.2).

### 1. Zum Einfluss *innerer Faktoren*:

Ergebnisse im Vergleich rückfälliger und nichtrückfälliger Alkoholabhängiger bei De Jong-Meyer et al. (1988)<sup>9</sup> zeigen, dass abstinent bleibende Alkoholabhängige weniger scheinbar irrelevante Entscheidungen treffen, die einen Rückfall begünstigen und weniger langfristig ungünstige Bewältigungsstrategien (hingegen besseres Stress-Coping durch Situationskontrolle und positives Denken) einsetzen. Relevant sind insbesondere *kognitive Verarbeitungsstrategien* hinsichtlich allgemein belastender und rückfallgefährlicher Situationen, etwa das Bedenken kurz- und langfristiger Konsequenzen des Alkoholmissbrauchs und das Suchen nach sozialer Hilfe in Risikosituationen:

Ob eine rückfallgefährliche Situation zum Rückfall führt oder nicht, hängt entscheidend davon ab, ob dem Alkoholabhängigen effektive Coping-Strategien zur Verfügung stehen, die er auch erfolgreich einsetzen kann, um die bedrohliche Situation zu bewältigen. Wenn eine solche Situation gemeistert wird, führt dies zu einer gesteigerten Selbsteffizienzerwartung, die die Wahrscheinlichkeit verringert, rückfällig zu werden. (S. 83)

---

<sup>9</sup> Aus einem Interviewleitfaden und einer Kategorienanalyse entwickelten die Autoren einen strukturierten Fragebogen mit Items bezüglich Rückfallsituationen bzw. rückfallgefährlicher Situationen und setzen zudem den Fragebogen zur Erfassung irrationaler Denkgewohnheiten FID (Brodd & Schimm, 1986) sowie den Stressverarbeitungsfragebogen SVF (Janke, Erdmann & Boucsein, 1984) ein. Nicht-rückfällige Abhängige waren in der Stichprobe solche, die nach einer Alkoholismustherapie zum Zeitpunkt der Befragung seit mindestens drei Monaten völlig abstinent lebten, während Rückfällige nach einer freiwilligen Abstinenzphase wieder Alkohol konsumierten (N = 44).

Die Forscher sehen im „rationalen Denken“ als Coping-Strategie eine grundsätzliche Fähigkeit, die den Nichtrückfälligen auszeichnet – was das Ressourcenmodell des Verfassers der vorliegenden Arbeit unterstreicht: Der Abstinenzsichere hat ein besseres psychisches Ressourcenpolster (vergleiche Ressourceneinflussmodell weiter unten in diesem Kapitel). Korrelative Rückfalluntersuchungen von Litman et al. (1978, S. 89)<sup>10</sup> zeigen, dass es „important differences in relapse precipitants and coping styles“ zwischen rückfälligen und nicht-rückfälligen Patienten gibt: „The results suggest that cognitive control and flexibility of coping are more characteristic of ‘survivors’“. Auch Pentz (1985) betont die Vorhersagekraft von Bewältigungsstrategien, vor allem sozialer Kompetenzfertigkeiten und genereller Selbstwirksamkeit, für Substanz(nicht)gebrauch. Zur Bedeutung der personalen Ressourcen Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit im Unterschied zum kontroversen Selbstregulationsbegriff meint der Alkoholismusforscher DiClemente:

In fact, self-efficacy theory has already enlivened discussions of addictive etiology and treatment. Self-regulation is a controversial issue in addictive behaviors, where loss of control is a defining feature. Efficacy to resist, abstain, or control addictive behaviors can inform as well as enliven debate on these issues. (DiClemente, Fairhurst, Piotrowski, 1995, S. 133)

Bandura (1977a, 1978, 1986, 1997) formulierte schon vor über 20 Jahren, dass *Selbsteffizienz* als Glaube an die eigenen Fähigkeiten (kognitives Überzeugungsmuster) einer der besten Prädiktoren für Verhaltensänderungen darstellt (genauere Ausführungen zu self-efficacy in Kap. 2.4). Banduras „sozial-kognitive Lerntheorie“ (1977b, 1979) trägt neben anderen Ansätzen (siehe insbesondere Kanfer, 1971, 1977, 1981) wesentlich dazu bei, positive kognitive Selbststeuerungspotenziale des Individuums im sozialen Lernumfeld zu würdigen und damit eine Defizitanalyse im therapeutischen Prozess zu ergänzen. Auch Seligman (1975, 1993) verweist auf die gesundheitliche Bedeutung unterschiedlicher kognitiver Einstellungen, insbesondere bezüglich „*Optimismus – Pessi-*

---

<sup>10</sup> Die Untersuchungen basieren auf einer Fragebogen- und interviewgeführten Studie an mehreren Kliniken in England (u.a. dem Maudsley Hospital). Ein Schwerpunkt lag auf der differenzierten Betrachtung von Bewältigungsstrategien (positives Denken, negatives Denken, Ablenkung, Vermeidung) und deren Effektivität in verschiedenen Rückfallgefährdungsbereichen (unangenehme Gefühle, äußere Versuchungssituationen, soziale Angst, Nachlässigkeit bezüglich Alkoholgefahr). Es wurden rückfällige und nichtrückfällige Patienten (abstinent für mindestens sechs Monate) verglichen (N = 120).

*mismus*“, denn „in Hunderten von Untersuchungen wurde nachgewiesen, dass Pessimisten leichter aufgeben und häufiger depressiv werden“ (1993, S. 1) – anders die Optimisten, denen es gelingt, „trotz der Widrigkeiten des Alltags immer auf der Lichtseite zu leben“ (S. 253). Ähnlich sehen Scheier und Carver (1985, 1987, 1992) im von ihnen bezeichneten „Dispositionalen Optimismus“ ein generelles „idealtypisches Muster von Bewältigungsstrategien“ (vergleiche Kap. 2.3) – bedingt durch eine optimistische Grundhaltung, die sich skalenmäßig erfassen lässt und einen guten Prädiktor darstellt etwa für den erfolgreichen Abschluss eines Nachbetreuungsprogramms für Alkoholiker (Carver & Scheier, 1986): „Optimisten“ setzen im Umgang mit Stress aktive Problemlöseschritte ein, während „Pessimisten“ in belastenden Gefühlen verharren. Optimistische Alkoholiker haben quasi eine positive Grundhaltung.

Watzl (1997) fand bei einer Untersuchung zu Vorhersagefaktoren, dass die stärksten Prädiktoren u.a. die zu Behandlungsbeginn geäußerten Zweifel der Patienten an ihrer Fähigkeit, abstinent leben zu können, waren. Umgekehrt sichert häufig angewandtes, aktives Coping die Abstinenz, wie Finney & Moos (1992) in einer 10-Jahres-Katamnese fanden. Der Attributionsforscher Krampen (z.B. Krampen & Fischer, 1988) betont den prognostischen Wert von *Kontrollüberzeugungen*: Eine erhöhte Internalität (persönliche Ursachenzuschreibungen) weist auf eine bessere Kontrollfähigkeit bezüglich des Alkoholverzichts, die bei Patienten eher zu finden ist, die eine Behandlung regulär beenden und auch katamnestisch erfolgreich sind, während Therapieabbrecher und rezidive Patienten erhöhte Externalität zeigen.

## 2. Welche Vorhersagekraft haben **äußere Faktoren** bezüglich der Abstinenz?

Costello (1980) fand einen hohen Einfluss der sozialen Stabilität basierend auf den Merkmalen Arbeit und Ehe, was von einer neueren Analyse von Monahan & Finney (1996) bestätigt wurde. Finney & Moos (1992) sehen in der Qualität der Lebenssituation (wenig stressbesetzt, gute kohäsive Familienstruktur) eine wichtige Schutzfunktion gegen Rückfälligkeit. Fahrenberg (1994) stellte in einer repräsentativen Untersuchung für die Gesamtbevölkerung fest, dass Personen, die mit einem Partner zusammenleben, mit dem Leben allgemein zufriedener sind, ebenso bei allgemeiner sozialer Unterstüt-

zung und hohem sozioökonomischem Status. In einer Meta-Analyse erkannten Schwarzer & Leppin (1988) jedoch eine insgesamt höhere Bedeutung von subjektiven (Wahrnehmung, Emotionalität) als von strukturellen Aspekten sozialen Rückhalts, was den bereits angesprochenen Stellenwert psychischer Ressourcen im Vergleich zu externen Ressourcen bestärken dürfte (siehe Kap. 2.2 und das Modell des Autors weiter unten in diesem Kapitel). Watzl (1997) meint wiederum, dass Variablen der sozialen Stabilität prognostisch besser geeignet seien als Merkmale aus Persönlichkeitsfragebögen. In einer breit angelegten Katamnese-Studie von Kufner, Feuerlein & Huber (1988)<sup>11</sup> zur Alkoholabstinenz scheinen Variablen der sozialen Anpassung (Arbeit, Beziehung, Wohnung) von Bedeutung zu sein für den Alkoholverzicht, z.B. „mit Ehepartner/in lebend“. Hinsichtlich der Abstinenzraten ergaben sich außerdem Unterschiede bei: Größe des Wohnorts, Arbeitsplatzstabilität in den letzten zwei Jahren, Fehlen von Arbeitslosigkeit, persönliche Wohnsituation, keine Suizidversuche, keine bisherige Behandlung in einer Suchtklinik, kein Arbeitsplatzverlust wegen Alkohol. Vereinfacht gesagt hat jemand größere Abstinenzchancen, der/die in Beziehung lebt, in nicht-urbanen Verhältnissen wohnt, (seit zwei Jahren dieselbe) Arbeit hat, in eigener Wohnung oder in eigenem Haus wohnt, keine Arbeitsstelle alkoholbedingt verloren hat und noch nie in einer Suchtklinik behandelt wurde. Im Detail der Ergebnisse zeigen sich aber widersprüchliche Befunde bezüglich der Frage sozialer Stabilitätsmaße. Fäh (1988) erkennt beim Vergleich sozialer Ressourcen mit der Abstinenz nur geringe Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Rückfälligkeit; auch spielen in seiner Studie der Zivilstand und das feste Zusammenleben mit einem Partner eine relativ geringe Rolle. Bezogen auf alle Prognoseindices (darunter auch Abhängigkeitsschwere und psychische Faktoren) folgert Kufner: „Betrachtet man die einzelnen Indikationsmerkmale im Zusammenhang, so ergibt sich keine in sich konsistente Interpretation“ (S. 257).

---

<sup>11</sup> Die Studie stellt eine Weiterführung einer früheren Untersuchung zum gleichen Thema dar, die aufgrund von 6- und 18-Monats-Katamnesen durchgeführt worden war. Die jetzige Studie bezieht sich auf einen Katamnesezeitraum von 4 Jahren nach der stationären Behandlung und bestätigt im wesentlichen die früheren Ergebnisse. 1068 Patienten wurden in die Stichprobe einbezogen, die teils in Interviews und teils schriftlich befragt wurden (81 % Ausschöpfungsquote im Vergleich zur Ausgangsstichprobe der ersten Studie).

Haben also (objektive, d.h. nicht individuell interpretierte) äußere Ressourcen *keinen eindeutigen Einfluss* auf die Abstinenz-Sicherheit, da sie hinsichtlich ihrer individuellen Bewertung und Funktion modifiziert werden und damit im Unterschied zu psychischen Ressourcen unterschiedlich wirken können? Im Hypothesenteil dieser Arbeit wird dies überprüft (Kap. 4.2).

Vorgestellt wird nun ***folgendes Gesamtmodell des Autors zum Einfluss von Ressourcen auf das individuelle Abstinenzverhalten*** (siehe Abb. 5):

Das Ressourcen-Abstinenz-Modell basiert auf dem verhaltensanalytischen *SORC-Modell* nach Kanfer & Saslow, 1965. In seiner klassischen Form (vergleiche Kanfer & Philips, 1970) wird der grundsätzliche Ablauf des menschlichen Erlebens und Verhaltens linear erklärt, während es später zu einem System-Modell mit mehreren Ebenen, komplexen Informations- und Selbstregulationsmechanismen erweitert wurde (vergleiche Kanfer & Karoly, 1972; Karoly, 1993; Lang, 1979). Vereinfacht besagt das Modell (Überblick in Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996): Situative Einflussfaktoren (S) wirken als Reize auf den Organismus (O) mit seinen kognitiven und physiologischen Dispositionen ein; dieses sog. Selbstregulationssystem reagiert auf die internen und externen Einflüsse mit bestimmten Reaktionen (R) auf kognitiver, physiologischer und Verhaltensebene („biopsychosoziale Perspektive“, Schwartz, 1982), die wiederum bestimmte (rückwirkende) Konsequenzen (C) nach sich ziehen (operante Wirkungen bzw. korrigierendes Feedback).

Ausgangsfaktor des Ressourcen-Abstinenz-Modells ist das subjektive *personale Ressourcenprofil* (positiv wirkende, salutogene O-Variable)<sup>12</sup> mit den Faktoren „Seelische Gesundheit“ und „Verhaltenskontrolle“ (vergleiche Becker, 1995; Kap. 2.3). Objektive *äußere Ressourcen* (positive S-Variablen), z.B. berufliche, finanzielle und familiäre Sicherheiten (vergleiche AL-Leitfaden im Anhang), haben nur indirekt Einfluss auf die

---

<sup>12</sup> „Positiv“ bzw. „negativ“ meint in diesem Zusammenhang gesundheitsförderlich bzw. -schädlich. Der Begriff „personal“ wird im engeren Sinn für „persönlichkeitsspezifisch“ gebraucht, im weiteren Sinn bezieht er sich auf „psychisch“.

Abstinenz-Sicherheit des Alkoholikers, denn sie werden modifiziert durch ihre individuelle Aktivierung (Mediator-Variable) und Bedeutung hinsichtlich des Alkoholkonsums (C-Variable). Externe Ressourcen können damit sogar negativen Einfluss auf die Abstinenz haben – etwa im Sinn von: „trinken, solange es einem noch gut geht“. Anzunehmen ist, dass äußere Ressourcen als Situationsvariablen tendenziell positiv wirken, jedoch dürfte der Einfluss nur gering oder nicht signifikant sein.

Ein günstiges personales Ressourcenprofil sollte als salutogene Organismusvariable dagegen klar positiv auf die Abstinenz-Sicherheit wirken. „Günstig“ in dem Sinne, da es auf das Zusammenwirken, quasi das richtige Maß der psychischen Ressourcen, ankommt; z.B. wirkt sehr hoher Optimismus bei geringer Verhaltenskontrolle sicher kontraproduktiv auf das Suchtverhalten. Eine offene und in der Studie zu klärende Frage ist, welche Ressourcenkombinationen entscheidend für die Abstinenz sind – auch im Zusammenhang mit der *Abhängigkeitsschwere* als Sinnbild von Vulnerabilitäten (negative O-Variablen) und externen Noxen (negative S-Variablen).

Der Einfluss des Ressourcenprofils auf die *Abstinenz-Sicherheit* (subjektive R-Variable, bestehend aus den kognitiv-emotionalen Teilfaktoren „Abstinenz-Zuversicht“ und „Abstinenz-Wert“) sowie die tatsächliche Abstinenz (objektive R-Variable) verläuft über den Weg der psychischen *Aktivierung innerer und äußerer Ressourcen*, erfassbar durch die Mediator-Variable „Aktuelle Lebenszufriedenheit“ (vergleiche Fahrenberg et al., 2000). Diese repräsentiert den aktuellen, subjektiv wahrgenommenen und damit im individuellen Bewusstsein aktivierten Ressourcenstand (siehe hierzu auch Kap. 2.2). Anzunehmen ist, dass der aktuelle Ressourceneinfluss auf die Abstinenz-Sicherheit größer ist als das allgemeine Ressourcenpotenzial, da ersterer wie die Vorhersagevariable spezifischer und damit vorhersagegenauer ist. Wenngleich festzuhalten bleibt, dass Wahrnehmung die kognitive Basis, aber noch nicht die eigentliche Ressourcennutzung darstellt (zu den Begriffen Wahrnehmung und Verhalten als psychologische Grundmechanismen siehe Dörner & Selg, 1985). Auch kann die Ressourcenaktivierung „automatisch“, d.h. ohne bewusste Informationsverarbeitung erfolgen – oft werden gerade Ressourcen unbewusst, „wie im Schlaf“ angeregt (vergleiche Erickson, M.H. & Rossi, E.L., 1981; Haley, 1996).

Bewusst wahrgenommene Ressourcen sind insofern aktiviert, da sie dem Handeln direkt zur Verfügung stehen. Auch aus methodischen Gesichtspunkten muss in der Studie die kognitiv-emotionale Ressourcenwahrnehmung (operationalisiert durch den Begriff „aktuelle Zufriedenheit“) als psychischer Aktivierungsrepräsentant verwendet werden, da der Aspekt der tatsächlichen Ressourcenanwendung nur sehr aufwendig fassbar wäre. Entscheidend bleibt der Gegenwartsfokus, denn wie auch Küfner, Vogt und Reuter (2001) in ihren Ressourcenforschungen meinen: Je näher Ressourcen an der Gegenwart liegen, desto wahrscheinlicher sind sie aktivierbar.

Die methodische Darstellung aller Faktoren im Ressourceneinflussmodell erfolgt detailliert in Kapitel 5.2 (Messinstrumente) und wird im Folgenden bezüglich der Modelldarstellung kurz vorgestellt:

Die Abbildung (Abb. 5) soll die Zusammenhänge im sog. *Ressourcen-Abstinenz-Modell* veranschaulichen. In den runden Feldern auf der linken Seite des Modells stehen die Hauptfaktoren, die die Ausgangs- und Zielvariable (Ressourcenprofil und Abstinenz-Sicherheit) sowie die Mediator-Variable (Ressourcenaktivierung) im SORC-Modell (siehe oben) repräsentieren und methodisch durch die in der empirischen Erhebung verwendeten Fragebögen operationalisiert sind. Im einzelnen: die Faktoren „Seelische Gesundheit“ und „Verhaltenskontrolle“ durch den Fragebogen *TPF* (Becker, 1989), die „Aktuelle Lebenszufriedenheit“ durch den *FLZ* (Fahrenberg et al, 2000), „Abstinenz-Zuversicht“ und „Abstinenz-Wert“ durch den *KAZ-35* (Körkel & Schindler, 1996) bzw. den vom Autor dieser Arbeit modifizierten *KAZ-AW*. Der *TPF* und der *FLZ* bilden zusammen das Ressourceninventar *RESI*, der *KAZ-35* und der *KAZ-AW* das Abstinenz-Sicherheitsinventar *ASI*. In den rechteckigen Feldern in der Mitte des Modells wird das auf dem SORC-Ablauf (siehe oben) basierende Verhaltensschema dargestellt mit der genannten Ausgangsvariable „Personales Ressourcenprofil“, der Mediator-Variable „Aktuelles Ressourcenprofil“, der Zielvariable „Abstinenz-Sicherheit“ sowie dem äußeren Abstinenzverhalten und dessen Konsequenzen. In den runden Feldern der rechten Modellseite schließlich stehen zwei weitere Einflussfaktoren, nämlich die „Äußeren Ressourcen“ (operationalisiert mittels *AL*-Fragebogen) sowie die „Abhängigkeits-schwere“ (mittels *SESA* nach John, Hapke & Rumpf, 2001).

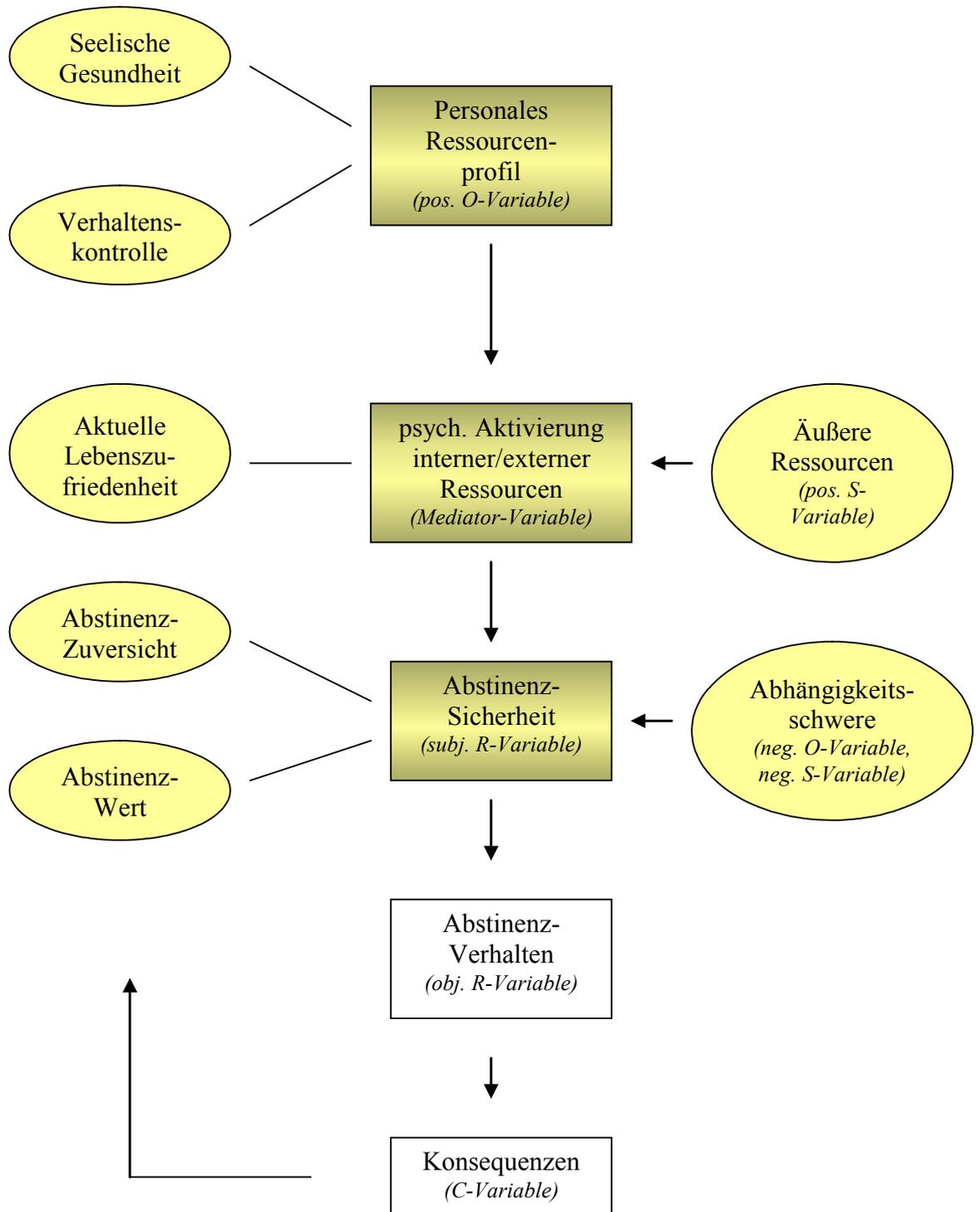


Abb. 5: Ein Modell zum Ressourceneinfluss auf die Abstinenz

Die Zusammenschau der eingangs erwähnten Forschungsbefunde scheint das Modell (siehe dazu auch Ressourcendefinition des Autors in Kap. 2.2) zu bestätigen. Die bisherigen Befunde zu Ressourcen und Alkoholverzicht sind in jedem Fall noch unbefriedigend. Unklar ist nach wie vor: Welche Ressourcen(kombinationen) haben welchen spezifischen Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit? Daher wird folgende Annahme in dieser Studie zu überprüfen sein (vergleiche Kap. 4.2): Bezüglich der Frage der Ressourcenwirkung kommt es insbesondere auf ein ausgewogenes *personales Ressourcenprofil* an. Notwendig ist also, genauer auf diese „Haben-Seite“ von Alkoholkranken zu blicken und grundsätzliche Fragen zur individuellen Ressourcenbasis sowie zum spezifischen Einfluss auf die Alkohol-Abstinenz-Sicherheit (i.d.S. Selbstwirksamkeit) zu stellen. Denn: „efficacy with alcohol problems is not as well developed an area of research“ (DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995, S. 132).

Zusammenhänge zwischen dem kognitiven Ressourcenfaktor *Selbstwirksamkeit* und anschließendem Verhalten sind gut untersucht (also *Selbstwirksamkeits-Folgen*); die Bedeutung von Eigenwirksamkeitserwartungen bezüglich dem Abstinenzverhalten von Alkoholikern wurde bestätigt (z.B. Fäh, 1989; Marlatt & Gordon, 1985). Je höher entsprechende Abstinenzserwartungen sind, desto stabiler ist die Abstinenz, wie der Kliniker Markus Fäh (ebd.) in einer korrelativen Evaluationsstudie bei stationären Alkoholpatienten zeigen konnte<sup>13</sup>: Die subjektive Überzeugung, dem Alkoholtrinken widerstehen zu können, nahm während der Behandlung signifikant zu. Das Ausmaß der abstinentenspezifischen Selbstwirksamkeit bei Therapieende hatte einen mittelstarken korrelativen Zusammenhang mit späterer Abstinenz. Gemessen wurden von Fäh auch Ergebniserwartungen (siehe auch eigene Ausführungen zur Unterscheidung Selbstwirksamkeit vs. Erwartung weiter unten, Kap. 3.3): Je negativer Alkoholwirkungserwartungen waren, desto eher wurde auf Alkohol verzichtet.

---

<sup>13</sup> Der Autor entwickelte ein strukturiertes Interview, in dem die Probanden einer klinischen Stichprobe von 67 Suchtkranken einer Suchtfachklinik in typischen Rückfallsituationen ihre Sicherheit einschätzten, der Versuchung zum Alkoholtrinken zu widerstehen und eine Alternativ-Lösung wählen zu können. Der Ablauf der Befragung gliederte sich in drei Erhebungszeitpunkte (Klinikeintritt, Klinikentlassung und Katamnese). Gemessen wurde der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit bezüglich der Alkoholabstinenz und tatsächlicher Abstinenz.

Auch Annis & Davis (1988, S. 108) konnten bestätigen, dass „improvement in control over drinking behavior [is] associated with enhanced drinking-related self-efficacy“, wenngleich sie einräumten, dass (eng mit Alkoholerwartungen verbundene; Anmerkung des Verfassers) “affective/mood complaints continued to be reported by a quarter or more of the clients“ (ebd.).

In Anlehnung an die Ergebnisse von Annis & Davis (1988) und Fäh (1989) kann also davon ausgegangen werden, dass höhere Selbstwirksamkeit (und geringere Alkoholerwartung) stabilere Abstinenz bedeutet. Dies muss in der vorliegenden Studie nicht repliziert werden. Das Haupt-Interesse dieser Untersuchung liegt daher nicht in der Erforschung der Selbstwirksamkeitsfolgen, sondern in der Beschäftigung mit dem Fundament des Selbstwirksamkeits-Verhaltensprozesses: Es werden hier Selbsteffizienz-Bedingungen eruiert. Fokus ist die *Basis des Alkoholverzichts*, bzw. noch genauer, die Basis der Alkohol-Zuversicht (daher ist auch nicht die tatsächliche Abstinenz Zielkriterium dieser Untersuchung, sondern der Glaube an die eigenen Abstinenzfähigkeiten). Selbstwirksamkeit in Alkoholrisikosituationen ist zwar selbst eine Ressource (siehe unten), aber muss ja irgendwie entstehen und von einem günstigen allgemeinen Ressourcenprofil genährt sein. Die Frage lautet: Wie und wie stark beeinflussen individuelle Ressourcen progesundheitliches Verhalten im Sinne von abstinenzenorientierter Selbsteffizienz?

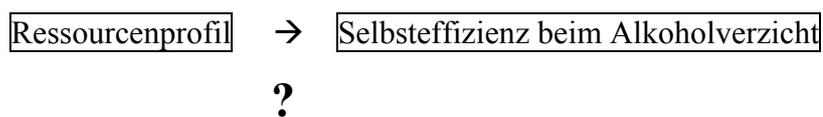


Abb. 6: Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Ressourcen und Selbstwirksamkeit

### 3.3 Abstinenz-Zuversicht und Abstinenz-Wert

Der Faktor „Selbsteffizienz“, nämlich „a strong sense of personal capability or confidence on the part of the client in being able to cope with drinking situations“ (Annis & Davis, 1988, S. 90) ist als Zielvariable noch zu einseitig. Eine wichtige Unterscheidung beim Einfluss von Ressourcen auf die abstinenzspezifische Selbstwirksamkeit muss zwischen der eigentlichen **Eigenwirksamkeitserwartung** (in diesem Sinne Selbstwirksamkeit oder „Abstinenz-Zuversicht“, also einer subjektiven Können-Einschätzung) und einer **Ergebniserwartung** (also einer subjektiven Folgen-Einschätzung der Abstinenz) gemacht werden. Letztgenannte, sog. Outcome-Erwartung, fokussiert als „Abstinenz-Wert“ eine *emotional-motivationale Bewertung* des Ergebnisses des Alkoholverzichts, während die Zuversichtserwartung eine *kognitiv-rationale Einschätzung* der eigenen Verzichtsfähigkeiten darstellt. Abstinenz-Zuversicht und Abstinenz-Wert können als die beiden Säulen der Abstinenz-Sicherheit bezeichnet werden (siehe unten Abb. 9).

Schon Bandura (1977b) unterscheidet „*self-efficacy*“ von „*outcome-efficacy*“ als zwei unabhängigen Variablen (wenngleich er self-efficacy insgesamt für einflussreicher hält; vergleiche Kap. 2.4; der Zusammenhang wird in der vorliegenden Studie geprüft, siehe empirischer Teil ab Kap. 4). Auch andere Autoren verweisen auf die unterschiedliche Bedeutung: „Outcome expectancies are hypothesized to be associated with, but independent of, efficacy evaluations.“ (DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995, S. 114). Scheier & Carver sehen im Rahmen der Fähigkeit „Dispositionaler Optimismus“ *positive Ergebniserwartungen* als gesundheitsprotektiv (siehe oben, vergleiche dazu Kap. 2.3). Das Konzept des generalisierten Optimismus (bei Seligman (1975, 1993) Begrenzung auf Kontrollierbarkeitserwartung) beschreibt die verallgemeinerte Ergebniserwartung einer Handlung: Dieser ist der generelle Glaube auf einen guten Ausgang (wie auch immer zustande kommend, durch eigenes Zutun, Glück oder externe Einflüsse), während Selbstwirksamkeit im engeren Sinn auf den Glauben an die eigene Machbarkeit fokussiert. Im Zusammenhang mit dem Alkoholproblem bezieht sich „self-efficacy“ auf die Wahrnehmung der eigenen Fähigkeit, problematische Trinkversuchungen zu bewältigen (Kompetenzerwartung):

Efficacy evaluations represent an individual's confidence or belief in the ability to perform the particular target behavior. From an addictive behavior-change perspective, the target behavior is either control of or abstinence from the particular substance. (DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995)

„Outcome-efficacy“ umfasst hingegen die Erwartung an Ergebnis bzw. Konsequenzen des erfolgreichen Trinkwiderstandes, d.h. an die Folgen und den Ausgang des Tuns.

Diese Outcome-Variable muss aber ihrerseits weiter differenziert werden<sup>14</sup>: Einerseits impliziert die Ergebniserwartung, wie gerade besprochen, die Erwartung, *dass* ein (gewünschtes) Ergebnis eintritt, also die Hoffnung auf einen guten Ausgang. Andererseits ist wichtig zu beachten, *ob* dieses Ergebnis überhaupt vom Betroffenen gewünscht ist (was bei Bandura, 1977b, per se angenommen wird). Ich kann also an meine Fähigkeiten glauben, das Ergebnis herbeizuführen (Selbstwirksamkeit) und an die Wahrscheinlichkeit, dass dieses eintritt (Outcome-Erwartung im engeren Sinn), aber das Ergebnis muss nicht von persönlicher Bedeutung (von emotionalem Wert) sein. Die „Attraktivität“ eines Erfolges kann gar sinken, wenn das Ergebnis zu leicht erreichbar ist (Atkinson, 1964) oder auf Zufall denn auf persönlicher Geschicklichkeit beruht (Weiner, 1972).

In Anlehnung an Rotter (1954, 1982) muss neben der rationalen Erwartung also auch eine *emotionale Wertvariable* eingeführt werden, um potenzielle Verhaltensaushandlungen besser prognostizieren zu können: Die Erwartung ist dabei eine persönliche Hypothese über die Wahrscheinlichkeit des Eintreffens eines Verhaltens mit seinen Konsequenzen (entsprechend Outcome-Variable bei Bandura, a.a.O.), während der subjektive Wert die Bedeutung des Verhaltensergebnisses für die Person widerspiegelt (kann negativ, neutral oder positiv sein und ist mit emotionalen Empfindungen wie „unangenehm-angenehm“ oder „abstoßend-anziehend“ verbunden). Per se ist die Ergebnisbewertung von vorrangig motivationalem Charakter: Jemand kann an sein *Können* glauben (rationale Kompetenzeinschätzung – natürlich ebenfalls mit motivationalem Einfluss), aber derjenige muss das Können nicht unbedingt mit gleicher Intensität um-

---

<sup>14</sup> Die Überlegungen des Autors entstammen insbesondere folgenden Literatursichtungen: Überblicke zum Thema „Attribution“ bei Försterling, 1986 sowie Herkner, 1980, 1986; „Motivation“ bei Heckhausen, 1980; „Erwartungs-x-Wert-Theorien“, z.B. Rotter, 1954 und Weiner, 1972, 1986; „Verhaltensdiagnostische Ebenen“ bei Kanfer & Karoly, 1972; Ausführungen zu „Kognition“ & „Motivation“ in der Verhaltenstherapie bei Reinecker, 1987; sowie Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996.

setzen *wollen* (emotional-motivationale Bewertung). Dies ist gerade beim Alkoholverzicht wichtig, der keinesfalls nur unter rationalen Zuversichtsgedanken betrachtet werden darf, da sonst auch die physiologische Seite durch den Entzug der pharmakologischen Wirkung des Suchtmittels vernachlässigt würde (s. z.B. Soyka, 1995). Gedankliche, gefühlsmäßige, physiologische, motivationale und externe Verhaltensprozesse müssen in Forschung und Therapie differenziert berücksichtigt werden, will man menschliches Verhalten und Erleben wirklich verstehen (siehe hierzu auch Kanfer, 1989; Reinecker, 1987, Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996; ein Überblick zum Thema Emotion und Motivation ist zu finden bei Stäudel, 1985). Da gerade Emotionen komplexe Phänomene darstellen, müssten idealerweise in der Analyse solcher Prozesse entsprechende Methoden auf verschiedenen Ebenen (wie etwa verbale Selbst- und Fremdeinschätzung, Verhaltensbeobachtung, Messung physiologischer Parameter u.a.) eingesetzt werden. Eine Beschränkung auf die verbale Ebene in der vorliegenden Studie geschieht aus einerseits praktischen Überlegungen (da eine Mehrebenen-Erfassung den Rahmen einer einzelnen Arbeit sprengen würde), aber auch aus theoretischen Annahmen, da Ziel ist, grundsätzliche Zusammenhänge zwischen Ressourcen und Abstinenz-Sicherheit auf einer subjektiv-kognitiven Ebene mit Gedanken und Erleben (vergleiche Lang, 1979) zu erfassen.

→ Der Autor dieser Arbeit betrachtet beide Faktoren, **Zuversicht** und **Wert** des Alkoholverzichts, als gleichrangige Faktoren, die bedingt miteinander korrelieren (was zu überprüfen ist, s. Kap. 7.2): Hohe Eigenwirksamkeit bedeutet zwar in vielen Fällen auch höheren Verzichtswunsch (und umgekehrt), aber nicht zwingend. Der Betroffene kann ein gutes Bewältigungspotenzial für eine spezielle Bewältigungssituation besitzen und daher wahrscheinlich auch den Alkoholverzicht positiv bewerten. Aber schon wegen des biopsychischen Suchtpotenzials („Suchtdruck“: Entlastungserwartung durch Alkohol ist stärker als „Einsicht“) wird möglicherweise der Verzicht hinsichtlich der emotionalen Empfindung negativer eingeschätzt als bezüglich der rationalen Erwartung. Im anderen Fall kann der Verzicht in einer speziellen Situation für die Person von großer gefühlsmäßiger Bedeutung sein (z.B. bei Stress im Büro nicht heimlich zur Flasche zu greifen aus Angst vor den Folgen), aber die Person ist trotzdem wenig zuversichtlich, dies auch zu schaffen (also auf den Entlastungswunsch alternativ zu reagieren). Ent-

scheidend für den Alkoholverzicht vs. den Alkoholkonsum ist in jedem Fall das Zusammenwirken beider Variablen, der Zuversicht als Können-Variable und des Abstinenz-Wertes als Wollen-Variable (der kombinierte Faktor wird daher als mathematischer Mittelwert aus beiden Variablen gebildet, siehe Kap. 5.2). „Können“ beschreibt die subjektive Einschätzung der Fähigkeiten, „Wollen“ das motivationale Ziel der Handlung basierend auf einem (ambivalenten) Bedürfnis (hier Alkoholverzicht mit seinen positiven und negativen Folgen). Die emotionale Bewertung basierend auf den Motiven stellt dabei „eine Art Lagebericht über das Schicksal unserer Bedürfnisse dar“ (Dörner, 1982; Stäudel, 1985, S. 100).

Die so erweiterte, motivationale Outcome-Variable hat als grundsätzliches Ziel Abstinenzentscheidung, aber stärker noch als situative Bewertung in der konkreten Trinkversuchung (vergleiche Fäh, 1989) ihrerseits einen hohen therapeutischen *Motivationsseffekt* in der Suchtbehandlung, wie Rollnick und Heather (1982) postulieren: Wenn Abstinenz für die Person kein Ziel darstellt, werden therapeutische Bemühungen der Selbstkontrollsteigerung mühsam sein. Abstinenz-Ergebniserwartung werde oft nicht erfasst und fälschlicherweise häufig stillschweigend als positiv angenommen, so Rollnick. Jedoch ist es mittlerweile vergangener therapeutischer Standard, grundsätzliche Motivation für eine Behandlung und das Abstinenzziel vorauszusetzen und zu verallgemeinern (als globales „Wollen oder nicht Wollen“). Vielmehr ist in vielen Behandlungsvorgehensweisen die Motivationsförderung selbst zentraler Bestandteil, der neben dem Erwerb konkreter Fertigkeiten in spezifischen Situationen auf motivationale Einstellungsänderung zielt. (Gute Praxisanregungen für Behandlungsmotivierung bei Alkoholkranken finden sich bei Petry, 1985; grundsätzliche Angaben zu Motivation und Verhaltensänderung bei Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996.) Motivation stellt demnach keine fixe Konstante dar, sondern der Patient befindet sich in einem fortlaufenden Motivationsprozess, der bei einem Rückfall quasi von neuem beginnt (Alkoholismustherapie ist damit in hohem Maße auch immer Motivationstherapie.). Prochaska & DiClemente (1984; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994) beschreiben spezifische, zeitlich variable Veränderungsphasen mit eigenen motivationalen Schwerpunkten:

- „*precontemplation*“ (Vorfeld einer Änderung, keine intensive Auseinandersetzung mit Problemthema)
- „*contemplation*“ (Abwägen des Für und Wider, Entscheidungsphase<sup>15</sup>)
- „*action*“ (spezielle Änderungen werden durchgeführt)
- „*maintenance*“ (Beibehalten der Änderungsfortschritte, Bewerten des Erfolgs bzw. Misserfolgs)

Während Outcome-expectancies laut den Autoren größere Bedeutsamkeit in den frühen Änderungsphasen (Vornachdenklichkeit und Nachdenklichkeit) haben, bekommen Efficacy-expectations vor allem ab der Entscheidungsphase Relevanz: „Clearly, efficacy expectations related to behavior change would be most relevant in the Preparation and Action stages and would be expected to plateau in the Maintenance stage.“ (DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995, S. 114). Die Ergebniserwartungen an Alkoholwirkung bzw. Abstinenz haben demnach vorrangig **emotionalen und motivationalen Charakter**, während Selbstwirksamkeitserwartungen eher **rational und handlungsorientiert** sind (siehe obige Definition der „Zuversicht“- und „Wert“-Variablen sowie in Kap. 5.2). Betont wird an dieser Stelle, dass natürlich auch „Zuversicht“ emotional-motivational geprägt ist sowie eine Wert-Einschätzung Handlungserwartungen impliziert (siehe auch Fußnote 20 in Kap. 5.2); es geht bei dieser Differenzierung lediglich um eine Schwerpunktsetzung. Die folgende Abbildung (Abb. 7) zeigt diese Zusammenhänge:

---

<sup>15</sup> Die Entscheidungsphase wird von den Autoren in neueren Veröffentlichungen als eigenständige Phase zwischen den Phasen der Nachdenklichkeit und Handlung definiert, um den motivationalen Übergang zur Handlungsausführung besser abzugrenzen, entsprechend dem Rubikon-Modell von Heckhausen (1980).

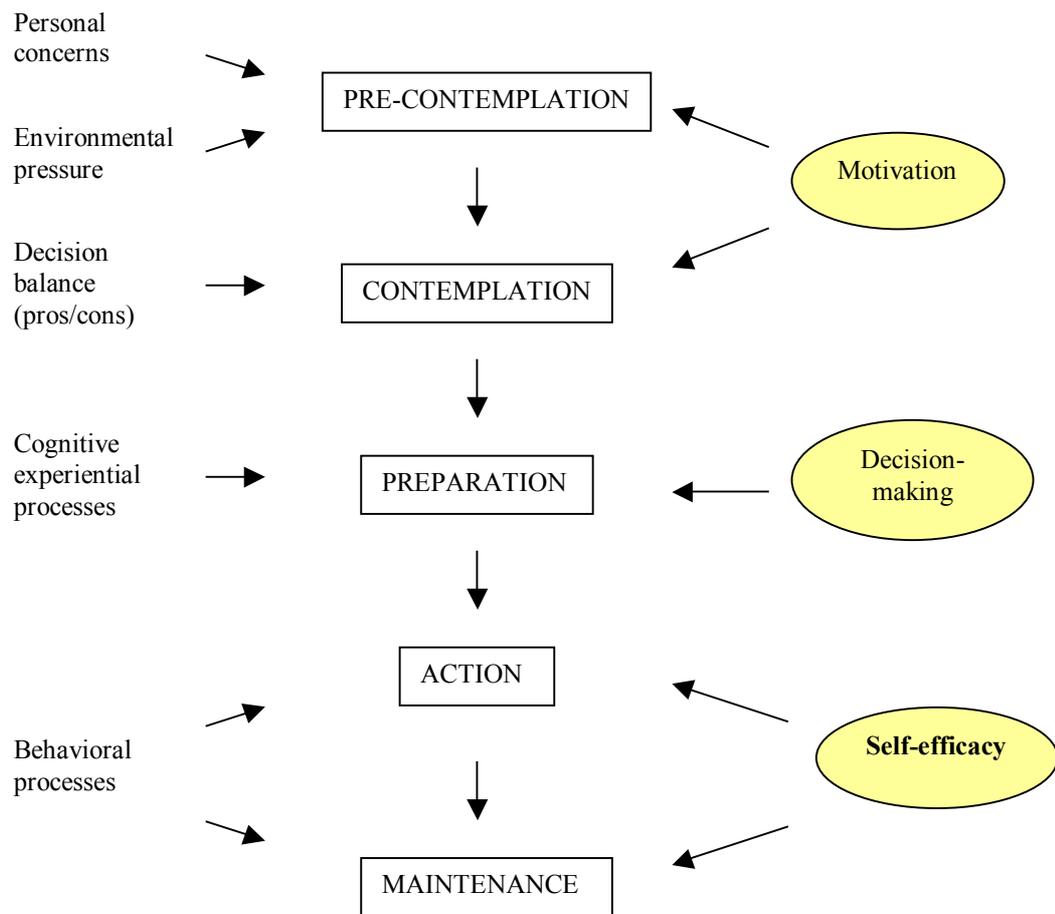


Abb. 7: Selbstwirksamkeit im Motivations- und Handlungsprozess (Prochaska & DiClemente, 1984)

### 3.4 Abstinenz-Sicherheit als Verhaltenskriterium

Die jeweilige Motivationsstufe und damit persönliche Abstinenzbedeutung (Abwägung der Alkohol- vs. der Abstinenzfolgen) muss also immer wieder geprüft werden – vorrangig in der **konkreten, alltagsbezogenen Situation**. („Wie zuversichtlich bin ich in dieser Situation?“, „Was bedeutet mir bzw. wie empfinde ich hier den Alkoholverzicht, wenn ich positive und negative Folgen abwäge?“) Bedeutsamer als die grundsätzliche Erwartung an Alkohol oder Alkoholverzicht sind kurzfristige Zusammenhänge etwa

zwischen einer hohen positiven Abstinenzbewertung und stabiler Rückfallprävention. Föh (1989) fand keinen Zusammenhang zwischen einer allgemeinen positiven Abstinenzeinstellung als erstrebenswertem Lebensstil und Behandlungserfolg (stabile Abstinenz), wohl aber bei kurzfristigen Alkoholerwartungen (signifikant negativer Zusammenhang zur Selbstwirksamkeit). Dies bestätigen auch praktische Erfahrungen im therapeutischen Kontakt mit Suchtkranken: Die sprichwörtlichen allgemeinen „Lippenbekenntnisse“, nie mehr Alkohol trinken zu wollen, auch wenn sie durchaus ernst gemeint sind, verblässen in der konkreten, handlungsnahen Versuchungssituation. In der Einstellungsforschung ist das längst bekannt: „In der Regel werden Verhaltensvorhersagen, die sich auf die Einstellung zu einem speziellen Objekt stützen, besser sein als solche, die von allgemeinen Einstellungen ausgehen.“ (Herkner, 1986, S. 255).

Auch Marlatt und seine Mitarbeiter (Marlatt, 1978; Marlatt & Nathan, 1978; zusammenfassend Marlatt & Gordon, 1985) verweisen in ihrem „*Sozial-Kognitiven Rückfallmodell*“ auf die differenzielle Bedeutung von konkreter Eigenwirksamkeit und Alkoholwirkungserwartung in spezifischen Situationen. In ihrem Modell ist Selbstwirksamkeit ein wichtiges Element eines komplexen kognitiven, emotionalen und Verhaltens-Prozesses, der Abstinenzernwartungen, Attributionen<sup>16</sup> und die erwarteten physiologischen Effekte des Trinkens enthält. Selbstwirksamkeit wirkt dabei als eine Moderatorvariable im Rückfallprozess, die eng mit erfolgreicher bzw. nicht erfolgreicher Bewältigung von *spezifischen* Risikosituationen verbunden ist.

---

<sup>16</sup> Zur Rolle von kognitiven Attributionen beim Zustandekommen von Emotionen vergleiche die klassische Emotionstheorie von Schachter & Singer (1962). Zwei Faktoren werden als wichtig für das Entstehen spezifischer Emotionen angenommen: eine unspezifische emotionale Erregung und eine kognitive Ursachenzuschreibung über die Erregungsquelle. Trotz aller Theoriekritik (z.B. kann die Attributionsrationalität hinterfragt werden und der Einfluss der Physiologie an sich stärker gewürdigt werden, z.B. Cannon, 1932), bildet die genannte Theorie eine wichtige Basis für das Verstehen des Verhältnisses von Emotionen und Kognitionen.

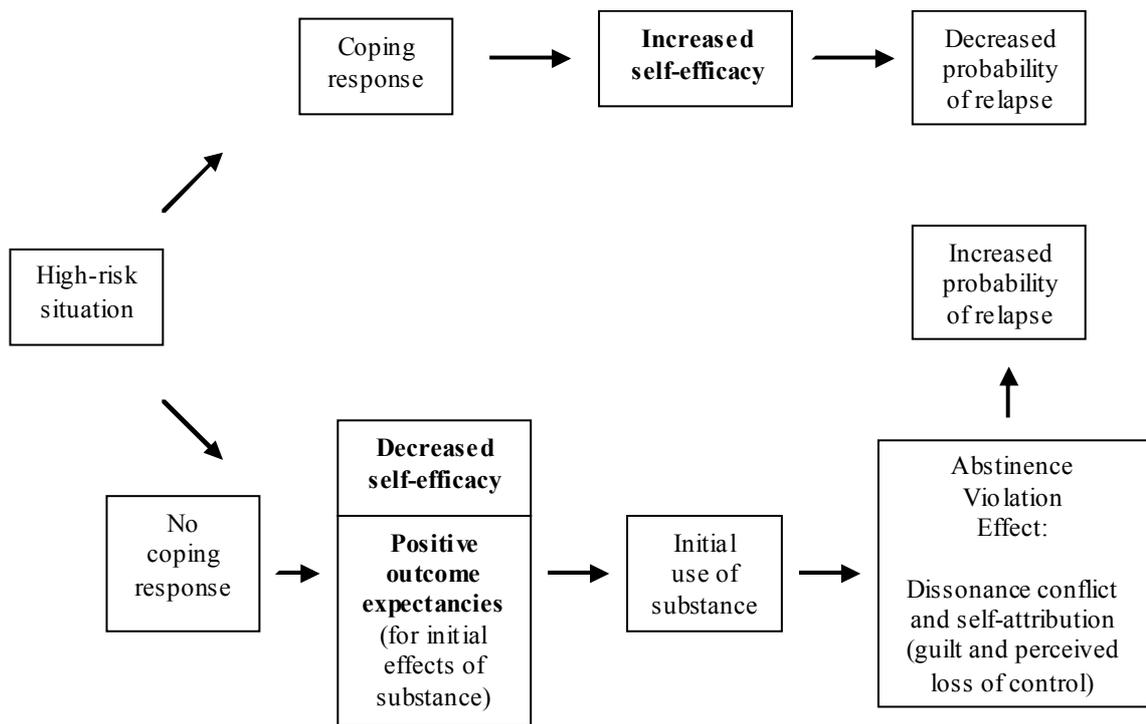


Abb. 8: Selbstwirksamkeit in Marlatts Rückfallmodell (Marlatt & Gordon, 1985)

Situative Determinanten auf der einen Seite, nämlich die Verfügbarkeit von Alkohol in Hoch-Risikosituationen, und kognitive Faktoren auf der anderen, also Eigenwirksamkeits- und Ergebniserwartung, bestimmen je nach Ausprägung das Rückfallgeschehen. Traut sich der Alkoholiker zu, in einer sog. Hoch-Risiko-Situation auf einen Drink zu verzichten (z.B. ein Alkoholangebot von einem ehemaligen Trinkkumpanen auszu-schlagen), ist seine Eigenwirksamkeitserwartung stark genug, um entsprechendes Coping-Verhalten auszuführen (z.B. das Angebot des Trinkkumpanen tatsächlich abzulehnen). Bei wenig Zutrauen wird die Attraktivität des vorgestellten Alkoholkonsums steigen und die Entscheidung für den Drink möglicherweise positiv ausfallen. Dabei werden die kurzfristigen vorgestellten Wirkungsfolgen des Alkoholkonsums von Marlatt als motivational relevanter angesehen im Vergleich zu langfristigen Abstinenzzielen (von Föh, 1989, bestätigt, siehe oben), aber als Outcome-Variable ähnlich wie bei Bandura

(1977; vergleiche Kap. 2.4 und Kap. 3.2) nachrangig gegenüber der eigentlichen Selbstwirksamkeit (da es sich beim konkreten Rückfallgeschehen um einen Stufenprozess handelt: Sinkt der Glaube an eigene Bewältigungsfähigkeiten, steigt der Trinkwunsch in der jeweiligen Situation). Für einen (wieder) beginnenden Suchtmittelkonsum sind also fehlende oder inadäquate eigene Bewältigungsreaktionen in suchtspezifischen Risikosituationen entscheidend. Diese Bewältigungsdefizite hängen ihrerseits mit verminderter Selbstwirksamkeit und positiver Alkoholwirkungserwartung bzw. negativer Abstinenzernwartung<sup>17</sup> zusammen. Der Rückfallgefährdete befindet sich hinsichtlich Verzichtsfähigkeiten und Ergebniserwartungen quasi in einem permanenten Abwägungsprozess, der bei einem Rückfall oft zugunsten unreflektiertem Weitertrinken aufgegeben wird („*Abstinenzverletzungseffekt*“ laut Marlatt, a.a.O.).

Ambivalenzen hinsichtlich Trink- vs. Abstinenzfolgen sind bekanntermaßen typisch beim Alkoholkranken und werden *therapeutisch* genutzt (vergleiche z.B. „*Motivational Interviewing*“ nach Miller & Rollnick, 1991, 1999 oder „*Entscheidungsmatrix*“, etwa bei Arend, 1994, und Petry, 1996). Prochaska und DiClemente (1984) beschreiben in einem „*Transtheoretical Approach*“ diverse therapieschulentübergreifende Veränderungsmethoden je nach momentaner Veränderungsphase des Patienten, denn „we need to examine more closely how the processes can be applied at each level to help clients progress through each stage of change“ (S. 64). Auf Methoden zum Erkennen und Neubewerten des Alkoholproblems folgen solche der Selbstdistanzierung, der Kontingenzzkontrolle, der Beziehungsverbesserung und andere.

Neben der individuellen Motivationsförderung, die vorrangig auf Ergebniserwartungen abzielt, gilt es ganz allgemein in der Alkoholismustherapie, durch *Selbstwirksamkeits- und Selbstsicherheitstrainings* adäquate Einstellungen und Verhaltensfertigkeiten zur handlungsorientierten Rückfallsicherung aufzubauen. Marlatt und Gordon (1985) betonen die Notwendigkeit der therapeutischen Förderung von Selbstwirksam-

---

<sup>17</sup> Positive Alkoholwirkungserwartung und negative Abstinenzernwartung werden in dieser Studie synonym verwendet. Eine hohe Wirkungserwartung impliziert eine niedrige Erwartung an den Alkoholverzicht, bezogen auf konkrete Versuchungssituationen. In der Untersuchung wird der Faktor Abstinenzernwartung verwendet, da dieser der Alkoholzuversicht gleichgerichtet ist (gemäß des Erwartungs-x-Wert-Kombination, s. Abb. 9).

keit etwa durch Entspannungs- und Vorstellungstrainings, „programmierte Rückfälle“ zur Verminderung der positiven Alkoholerwartung und Stärkung von Rückfallverhinderungsfertigkeiten. Der Alkoholkranke muss ein stabiles Gleichgewicht der Selbstkontrolle lernen durch Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Selbstwirksamkeit, Verantwortungsübernahme und Erhöhung der Lebensbewältigungsfähigkeiten. Spezielles Gewicht messen die Autoren der sog. „*Lust-Frust-Balance*“ bei. Der Alkoholiker muss lernen, sein Leben so zu gestalten, dass neben Anstrengungen auch positive Erlebnisse gleichrangig vorkommen. Meist besteht ein Lustdefizit, das mit der Droge Alkohol kompensiert wird – es gilt also, alternative Ergebniserwartungen und Handlungskompetenzen zu stärken (vergleiche Genusstraining bei Lutz, 1999).

Auf Motivationsveränderung und Kompetenzförderung zielt schließlich auch das bekannteste Kurzprogramm zur Alkoholismusbehandlung von Miller und Sanchez (1993; Überblick über alkoholspezifische Kurztherapien bei Kufner, 2000). Sechs Behandlungsfaktoren gelten als wirksam, die durch das Akronym „FRAMES“ charakterisiert sind:

- „*Feedback*“ (Rückmeldung bezüglich negativer Folgen geben)
- „*Responsibility*“ (Verantwortung für das eig. Verhalten übernehmen helfen)
- „*Advice*“ (Beratung hinsichtlich Zielen und Vorgehensweisen)
- „*Menu*“ (Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Veränderungsalternativen zeigen)
- „*Empathie*“ (einführendes Verstehen)
- „*Self-efficacy*“ (Förderung der Selbstwirksamkeitserwartungen bezüglich Veränderungen)

Letzteres, die Selbstwirksamkeit, so DiClemente, Fairhurst & Piotrowski (1995), hat eine ganz besondere Bedeutung: „Efficacy assessments appear most useful in relapse prevention programs“ (S.134).

Eine weitere Unterscheidung bei der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Selbstwirksamkeit sollte, wie schon weiter oben angesprochen (siehe Kap. 2.4 und 3.3), zwischen *spezifischer und globaler Selbstwirksamkeit* gemacht werden, nicht zuletzt um tautologische Vergleiche zwischen Ressourcen und self-efficacy zu vermeiden, da Selbstwirksamkeit – wenn als personaler Protektivfaktor (vergleiche Kap. 2.2) betrachtet – ja natürlich selbst eine Ressource darstellt. Bei der Vorhersage von spezifischem Verhalten werden spezifische Selbstwirksamkeitserwartungen, wie sie Bandura (1977b) stets verwendet hat, in der Forschung jedoch meist als die besseren Prädiktoren genannt.

Auch für den Alkoholismusbereich fordern Marlatt & Gordon (1985) das situationsspezifische Messen von Selbstwirksamkeit, denn „self-efficacy is not a global, cross-situational construct like self-esteem or locus of control, but rather refers to expectations or judgements people make about their capacity to cope with situation-specific events” (S. 220). Im gleichen Band zum Thema Alkoholrückfall wird der Persönlichkeitstheoretiker Mischel (1981) zitiert, der (übrigens ganz im verhaltenstherapeutischen Sinne, vergleiche Reinecker, 1985) ebenfalls die Situationsorientierung bekräftigt:

If we convert expectancies into global traitlike dispositions and remove them from their close interaction with situational conditions, they may well prove to be no more useful than their many theoretical predecessors. Construed as relatively specific (and modifiable) subjective hypotheses about behavior-outcome contingencies and personal competencies, however, expectancies may be readily assessed and may serve as useful predictors of performance. (Mischel, 1981, zitiert nach Marlatt & Gordon, 1985, S. 489-490)

In der vorliegenden Untersuchung wird Selbstwirksamkeit definitionsgemäß auf der Ressourcenseite als genereller, alkoholunspezifischer Faktor – auf der Seite des Bewältigungsverhaltens als spezifischer Faktor (sog. Abstinenz-Zuversicht) betrachtet. In den Messinstrumenten (vergleiche Kap. 5.2) wird gemäß der zitierten Forschungsmeinung in erster Linie auf den *abstinenzspezifischen Faktor Selbstwirksamkeit* geachtet, d.h. nicht als Ressource, sondern als situatives Zielkriterium der Abstinenz-Sicherheit. Die Spezifität gilt aus diesen Gründen nicht nur für die Abstinenz-Zuversicht, sondern auch für den Abstinenz-Wert (Ergebniserwartung), um die beiden Teilfaktoren zum Faktor Abstinenz-Sicherheit kombinieren und miteinander vergleichen zu können. Insgesamt

soll eine theoretische und empirische Verknüpfung habitueller („trait“-) und verhaltensorientierter („state“-) Betrachtungsweisen erreicht werden (bezüglich der Trait-State-Diskussion in der Persönlichkeitspsychologie vergleiche Pervin, 1987; bezüglich der Integration von Eigenschafts- und Situationsansätzen in der Sichtweise des „Interaktionismus“ siehe Mischel, 1976).

Welche Rolle spielen also Ressourcen im Abstinenzprozess? Werden *Abstinenz-Zuversicht* und *Abstinenz-Wert* in konkreten Versuchungssituationen beide in gleicher Weise von Ressourcen genährt, wirken also Ressourcen gleichermaßen auf Selbstwirksamkeit und Ergebniswert als zwei per se unabhängigen Variablen (siehe vorheriges Kapitel)? Anders ausgedrückt: Welche Zusammenhänge bestehen zwischen Ressourcen einerseits und auf der anderen Seite Können und Wollen als den beiden Variablen der hier so bezeichneten *Abstinenz-Sicherheit*? Denn:

Both outcome and efficacy expectations appear to relate to certain specific types of behavioral outcomes. Assessing both would insure the ability to examine the relationship of these expectancies on current and future behaviors. (DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995, S. 128)

Die oben aufgestellte Hauptfrage nach der Ressourcenwirkung auf abstinentenspezifische Selbsteffizienz (siehe Abb. 9) muss daher erweitert werden: Wie beeinflussen *Ressourcen* *Abstinenz-Zuversicht* und *Abstinenz-Wert* als die beiden Bestandteile der *Abstinenz-Sicherheit* (vergleiche Kap. 4.1)?

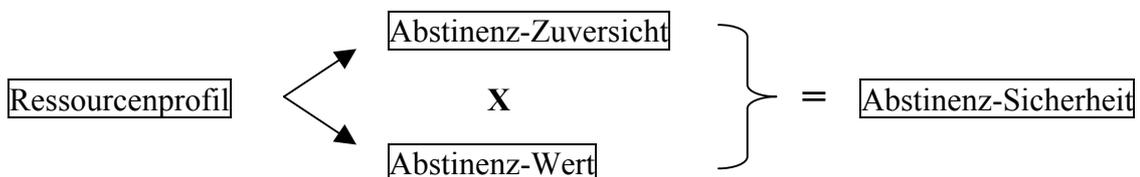


Abb. 9: Differenzielle Zusammenhänge zwischen Ressourcen und Abstinenz-Sicherheit

Die Abstinenz-Sicherheit wird definiert und mathematisch operationalisiert als Mittelwert aus den beiden Faktoren Abstinenz-Zuversicht (selbstwirksamer Glaube an die Fähigkeit des Alkoholverzichts in konkreten Versuchungssituationen) sowie Abstinenz-Wert (Abstinenz-erwartung, d.h. emotionale Bewertung potenzieller positiver vs. negativer Folgen des Alkoholverzichts).

*Zusammengefasst* wird mit der Studie beabsichtigt, die Bedeutsamkeit von Ressourcen als Kraftquellen, nämlich eigener Stärken und Stützen (vergleiche Grawe, 1998: „Möglichkeitenraum“, „positives Potenzial“) bei der Bewältigung von problematischem Verhalten am Beispiel des Störungsbereiches Sucht zu bekräftigen (siehe Fragestellung der Studie im folgenden Kapitel). Wenn besonders Alkoholranke einen allgemeinen Ressourcenmangel haben sollten (vergleiche Kufner, Vogt & Reuter, 2001), muss konsequenterweise darauf besonders geachtet und Ressourcen gefördert werden.

Das Beratungs- und Behandlungssystem sollte nicht nur quantitativ ausgeweitet werden (für nur 8 % der Menschen mit Suchtproblemen stehen effektive Hilfsangebote zur Verfügung; siehe Watzl, 1997). Eine bessere Ressourcenarbeit wird eine Effizienzsteigerung in der Prävention und Therapie von Alkoholabhängigkeit liefern: Wird die generelle Bedeutsamkeit von Ressourcen gewürdigt und werden im Einzelfall die wichtigen individuellen protektiven Faktoren erkannt und gefördert, die gegen Alkoholmissbrauch und Rückfälle schützen, sollte sich die Wirksamkeit von Prävention und Behandlung deutlich erhöhen (zu einzelnen Methoden der therapeutischen Ressourcenaktivierung siehe z.B. Grawe & Grawe-Gerber, 1999). Denn neben der Defizitbehandlung gilt es, wie Missel und Zemlin (1994) im Handbuch der stationären Verhaltenstherapie fordern, „persönliche Ressourcen beim einzelnen Patienten (zu) stärken, die für das Erreichen einer abstinenten Lebensweise bzw. erfolgreicher Rückfallbewältigung erforderlich sind“ (S. 146).

---

## 4 Fragestellung und Hypothesen

### 4.1 Fragestellung

In der empirischen Vergleichsstudie soll beim Alkoholabhängigkeitssyndrom der Einfluss von internen und externen *Ressourcen* auf die subjektive *Abstinenz-Sicherheit* untersucht werden (→ korrelative Querschnittsanalyse). Abstinenz-Sicherheit ist ein kombinierter, rational-emotionaler Faktor, bestehend aus alkoholspezifischer, situativer Selbstwirksamkeit (rationale *Abstinenz-Zuversicht*) und entsprechender Ergebniserwartung (emotionaler *Abstinenz-Wert*). Theoretisch betrachtet soll durch den Fokus auf personale Ausgangskriterien und verhaltensspezifische Zielkriterien auch der Versuch gemacht werden, persönlichkeitsorientierte und verhaltensorientierte Sichtweisen zu integrieren.

Petry (1985) weist darauf hin, dass Selbstkontrolle (vergleiche Kanfer, 1977) beim Alkoholiker darin besteht, Versuchungen zu widerstehen und unangenehme Zustände zu ertragen. De Jong-Meyer und Mitarbeiter (1988) zeigen, dass abstinente Alkoholabhängige u.a. weniger irrationale Denkgewohnheiten haben als Rückfällige (siehe Kap. 3.2). Fäh (1989) und Marlatt & Gordon, (1985) bekräftigen den zentralen Faktor Selbstwirksamkeit und die zusätzliche Bedeutung motivationaler Variablen für die Rückfallprophylaxe (siehe Kap. 3.3 und 3.4). Die Hauptfragen für die vorliegende Untersuchung müssen nun lauten: Wodurch werden diese Fertigkeiten der Alkoholabwehr genährt, was ist der Ressourcen-Boden, die Basis, auf dem sich „Abstinenzsichere“ im Unterschied zu Unsicheren bewegen? Wie genau beeinflussen Ressourcen in konkreten Alkoholversuchungssituationen die beiden Abstinenz-Sicherheitsfaktoren „Abstinenz-Zuversicht“ (selbstwirksamer Glaube ans Verzichten-Können) und „Abstinenz-Wert“ (emotionale Verzichtserwartung)?

- Zunächst geht es um die Erfassung der **Ressourcen** (Ausgangsvariablen). In der psychologischen Diagnostik sind standardisierte Fragebögen bekannt, die Ressourcen messen, z.B. der eigenschaftsorientierte Trierer Persönlichkeitsfragebogen, (Becker, 1989), der aktuell-bereichsspezifische Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (Fahrenberg et al, 2000), die Skalen zur psychischen Gesundheit (Tönnies, Plöhn & Krippendorf, 1996) oder der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1991). Ralph Viehhauser (2000), der ein allgemeines Trainingsprogramm zur Ressourcenförderung entwickelt und evaluiert hat, gibt einen guten Überblick über interne und externe „gesundheitliche Protektivfaktoren“, etwa Persönlichkeits- und soziale Ressourcen, solche der Selbstregulation und der Genussfähigkeit. Die Forschungsgruppe um Klaus Grawe befasst sich sehr detailliert mit Fragen zur Ressourcenselbst- und Fremdeinschätzung, auch bezüglich der Unterscheidung von Potenzialen und deren Realisierung (vergleiche Trösken & Grawe, 2001). Es werden Aspekte unterschieden wie Wohlbefinden, Selbstwerterleben, Unterstützung im Alltag, Stressbewältigung u.a. Für die Erhebung der vorliegenden Arbeit werden passende Instrumente zur Ressourcenerfassung ausgewählt (siehe Kap. 5.2).
- Bezogen auf den Alkoholismusbereich braucht es mehr Wissen um den Einfluss von Ressourcen auf den Alkoholverzicht. Daher soll zweitens die persönliche Abstinenzorientierung bzw. **Abstinenz-Sicherheit** (Zielvariable) erfasst werden: Diese stellt eine subjektive, kognitiv-motivationale Variable dar und wird vom Autor dieser Arbeit verstanden als rationaler *Glaube an die eigenen Abstinenzfähigkeiten* (Abstinenz-Zuversicht), ergänzt um den emotionalen *Wunsch, nicht trinken zu wollen* (Abstinenz-Wert) – im Sinne der Unterscheidung nach Bandura (1977b) und der Erwartungs-x-Werttheorien (z.B. Rotter, 1954, 1982; Weiner, 1972; siehe obige Überlegungen zu „efficacy“ in Kap. 3.3 und 3.4). Ein Inventar zur Messung der abstinenzspezifischen Selbstwirksamkeit ist z.B. von Annis (1982) bekannt („Situational Confidence Questionnaire“, SCQ), das auf die Zuversicht, in typischen Rückfallsituationen auf Alkohol verzichten zu können, abzielt. In jüngerer Zeit hat in Anlehnung an den SCQ der Nürnberger Suchtforscher Joachim Körkel (Körkel & Schindler, 1996) einen ökonomischen

Zuversichtsfragebogen (KAZ-35) entwickelt, der bei typischen Rückfallrisiken (unangenehme Gefühle, Austesten der Trinkkontrolle, sozialer Druck, angenehme Gefühle; vergleiche Kap. 3.1 und 5.2) die abstinenzspezifische Selbstwirksamkeit misst.

Ein Grundproblem bei der Erfassung abstinenzbezogener Variablen stellt die oft bei Alkoholkranken anzutreffende **Selbstüberschätzung** dar („blanket overconfidence bias“, Marlatt & Gordon, 1985):

Alcoholics in treatment, for example, often show this overconfidence bias: they fully expect that they will never drink again, under any circumstances, and thus they do not provide relative ratings of their self-efficacy in different risk situations; all items are scored identically with maximum confidence. (S. 223)

Da die Erhebungsinstrumente dieser Studie zumeist Selbsteinschätzungen mittels Fragebögen sind, muss diesem Punkt im Rahmen der Diskussion von Antworttendenzen, die auch die Aspekte des „Ja-Sagens“ und der „Sozialen Erwünschtheit“ beinhaltet (vergleiche Mummendey, 1987), besondere Beachtung gewidmet werden. Möglichen Überschätzungstendenzen bei der Erhebung der Zielvariablen wird folgendermaßen begegnet (grundsätzlich sind bei den sonstigen standardisierten und erprobten Fragebögen schon Kontrollfaktoren eingebaut):

Erstens wird Abstinenz-Sicherheit per se als *subjektive* Variable definiert, die eine mögliche Selbstüberschätzung oder Problemverharmlosung beinhaltet, da die eigene, persönliche Einschätzung im Vordergrund steht und nicht das tatsächliche, *objektive* bzw. äußere Abstinenzverhalten (wobei Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeitseinschätzung und tatsächlicher Abstinenz in verschiedenen Untersuchungen belegt sind, z.B. Fäh, 1989). Wie auch Mummendey (1987) in seiner Schrift zur „Fragebogen-Methode“ konstatiert, sind Fragebögen ganz allgemein „reaktive Messinstrumente“, die niemals „objektiv“ sein können.

Einmal geht es um einen subjektiven Gegenstand, also um etwas, über das zumeist nur das Individuum selbst Bescheid wissen kann, und zum anderen legt die antwortende Person bei der Beurteilung dieses Gegenstandes einen subjektiven Maßstab an. (S. 159)

Da zweitens konkrete, *situationsspezifische* Fragen zur Abstinenz-Sicherheit mit abgestuften Antwortalternativen gestellt werden (siehe Kap. 5.2), dürfte der Überschätzungseffekt geringer sein als bei globaler, situationsübergreifender Fragestellung mit Ja-Nein-Antwortalternativen (entsprechend allgemeinen sozialpsychologischen Erkenntnissen, vergleiche Herkner, 1986). Drittens wird der Faktor Abstinenz-Sicherheit nicht wie sonst in der Abstinenzforschung (z.B. Körkel & Schindler, 1996) nur mittels der Vorstellung der Alkohol-Zuversicht (*AZ*) operationalisiert (siehe Kap. 5.2), sondern es wird auch die Vorstellung positiver Alkoholwirkung (siehe Abstinenz-Wert, *AW*) zugelassen, die Suchtgedanken, Verlangen und Versuchsgefühle wiederum situationsspezifisch einbezieht. Da schließlich viertens bei der Stichprobenauswahl (vergleiche Kap. 5.5) Abstinenzorientierung, Problemeinsicht und eine gewisse Behandlungsvorerfahrung Selektionskriterien sind sowie die Studie reinen Forschungszwecken dient (entsprechende Instruktion der Probanden, dass die Untersuchung keinen aktuellen Behandlungseinfluss hat), ist anzunehmen, dass sich Tendenzen der Selbstüberschätzung und auch sozialen Erwünschtheit in vertretbaren Grenzen halten. Natürlich wird es auch Probanden geben, die durchweg positive Einschätzungen über die einzelnen Alkoholrisikosituationen hinweg geben. Bei einem therapeutischen Einsatz der Abstinenz-Sicherheitsfragebögen ist dies von hohem Interesse, wenn es um die Prognose des tatsächlichen Abstinenzverhaltens geht. Diese Patienten dürften im Unterschied zu ihrer subjektiven Einschätzung hoch rückfallgefährdet sein, da sie glauben, „willpower is an all-or-none trait or ability“ (Marlatt & Gordon, 1985, S. 225). „Such clients may be at greater risk for relapse as a result, since the first time they encounter a risk situation that they cannot control, they may give up altogether.“ (ebd.)

Falls Probanden der vorliegenden Fragebogenstudie aber auffällig einseitige Antworten geben (Zustimmungstendenzen, Überschätzungen, Tendenzen zur Mitte u.Ä.), werden diese nicht in die Auswertung einbezogen.

- Das wichtigste Ziel der Ressourcenarbeit ist, differenzielle Zusammenhänge zwischen protektiven Faktoren auf breiter Ebene (Ausgangsvariablen) und der spezifischen, subjektiv verhaltensbezogenen Abstinenzorientierung (Zielvariable) zu analysieren und einen positiven Einfluss der psychischen Ressourcenausstattung nachzuweisen. Hierzu werden entsprechende empirische Hypothesen

aufgestellt und statistisch geprüft. Wenngleich im schnellen PC-Zeitalter mit relativ einfachen Auswertungsprozeduren die Versuchung da ist, „schnell mal alles mögliche zu testen“, lag dem Autor der vorliegenden Arbeit sehr daran, genaue Hypothesen auf Basis des theoretischen Gedankenguts aufzustellen und sich dann auch daran zu halten. Gemäß der Forderung des Statistikexperten Peter Zöfel: „Formulieren Sie nur einzelne sachlogisch fundierte Hypothesen, denen Sie dann mit passenden Tests nachgehen“ (2001, S. 68). Wenn Aussagen über die Richtung der Alternativhypothesen gemacht werden (H1, H2c, H4), könnte einseitig getestet werden, denn:

Ist die Richtung der Alternativhypothese vorgegeben, steht also von vornherein fest, welche Gruppe gegebenenfalls höhere Werte aufweisen wird, so kann man einseitig testen. Diese Zusatzinformationen erlaubt es dann eher, signifikante Unterschiede aufzudecken. (Zöfel, 2001, S. 67)

Allerdings ist „die Gefahr, sich selbst in die Tasche zu lügen“ (ebd.) groß, da die Hypothesenrichtung zwar angenommen, aber im Ergebnis durchaus auch anders sein könnte. Daher wird auf die theoretisch naheliegende einseitige Testung verzichtet und die „sicherere“ zweiseitige Testung vorgezogen.

Die *erste Haupthypothese (H1)* lautet, einfach formuliert: Psychische Ressourcen sind ein generell wichtiges Gut, um gegen Alkohol(rückfälle) gewappnet zu sein, da sie die subjektive Sicherheit, auf Alkohol zu verzichten, signifikant erhöhen. Die Nullhypothese hierzu: Es gibt keinen signifikant positiven oder aber gar einen negativen Zusammenhang zwischen der eigenen Ressourcenausstattung und der Abstinenz-Sicherheit – quasi nach alter Suchttherapie-Einstellung (vergleiche Missel & Zemlin, 1994): Ein Alkoholiker müsse „ganz unten sein“ (hohes internes und externes Bestrafungs- statt Ressourcenpotenzial), um ans Aufhören zu denken. Gemäß der *zweiten Haupthypothese (H2)* wird zu überprüfen sein: Die individuellen Ressourcenprofile (RN-P, RN-A) bestimmen gleichermaßen den Glauben und den Wunsch an die eigene Bewältigungsfähigkeit und damit den subjektiven Abstinenzserfolg, gemäß: Je besser ich gerüstet bin, desto besser kann *und* will ich widerstehen. Die entsprechende Nullhypothese

hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Ressourcenausstattung und Abstinenz-Können bzw. -Wollen lautet: Ressourcen haben auf die Abstinenz-Zuversicht einen anderen Einfluss als auf den Abstinenz-Wert. Abstinenz-Zuversicht und Abstinenzwert ihrerseits, so eine Teilhypothese, zeigen zwar einen signifikanten, aber nur einen geringen Zusammenhang (beispielsweise traut sich jemand rational Alkoholverzicht zu, „will“ aber empfindungsgemäß nicht verzichten). Die weiteren Alternativ-Hypothesen befassen sich mit dem direkten *Einfluss äußerer Ressourcen (H3)* auf die Abstinenz-Sicherheit und dem *Einfluss der Abhängigkeitsschwere (H4)* mit der Annahme, daß äußere Ressourcen im Unterschied zur Krankheitsschwere keinen bedeutsamen Einfluss haben. Schließlich wird versucht, *zusammengehörige Gruppen (Cluster)* aus Ressourcenprofilen, Abstinenz-Sicherheitsausprägungen und Abhängigkeitsausprägungen zu bilden (**H5**). Dabei sind auch *Detailfragen* zu klären hinsichtlich der diskriminativen Zusammenhänge zwischen Teilressourcen und hoher vs. niedriger Abstinenz-Sicherheit. Das folgende Kapitel stellt die einzelnen Hypothesen detailliert vor.

## 4.2 Hypothesen

Die quantitativ im Querschnittsvergleich zu untersuchenden, gerichteten Zusammenhangs- und Unterschiedshypothesen lauten (konfirmativer Ansatz, zweiseitige Hypothesentestung, 5-prozentiges Signifikanzniveau)<sup>18</sup>:

---

<sup>18</sup> Die Abkürzungen der Populationsparameter bedeuten wie folgt:  $\rho$  = Korrelationskoeffizient der Grundgesamtheit,  $\beta$  = Regressionskoeffizient,  $\alpha$  = Signifikanzniveau (Irrtumswahrscheinlichkeit).

### Hypothesenblock 1: Ressourcenniveaus

- **H1a)** Je höher das personale Ressourcenniveau *RN-P* (seelische Gesundheit SG, Verhaltenskontrolle VK), desto höher ist die subjektive Abstinenz-Sicherheit *AZAW*.

D.h.: Der zu erwartende Zusammenhang ist signifikant positiv

( $\rho$  (RN-P/AZAW) = sign. pos.;  $\alpha = 0,05$ ).

**H01a)** Es besteht kein signifikant positiver Zusammenhang zwischen *RN-P* und *AZAW*

( $\rho$  (RN-P/AZAW)  $\neq$  sign. pos.;  $\alpha = 0,05$ ).

- **H1b)** Je höher das aktuelle Ressourcenniveau *RN-A* (allgemeine Lebenszufriedenheit LZ), desto höher ist die subjektive Abstinenz-Sicherheit *AZAW*.

D.h.: Der zu erwartende Zusammenhang ist signifikant positiv

( $\rho$  (RN-A/AZAW) = sign. pos.;  $\alpha = 0,05$ ).

**H01b)** Es besteht kein signifikant positiver Zusammenhang zwischen *RN-A* und *AZAW*

( $\rho$  (RN-A/AZAW)  $\neq$  sign. pos.;  $\alpha = 0,05$ ).

- **H1c)** Das aktuelle Ressourcenniveau *RN-A* hat einen größeren Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit *AZAW* als das personale Ressourcenniveau *RN-P*

( $\beta$  (RN-A/AZAW)  $>$   $\beta$  (RN-P/AZAW)).

**H01c)** Das Ressourcenniveau *RN-A* hat keinen größeren Einfluss als *RN-P*

( $\beta$  (RN-A/AZAW)  $\leq$   $\beta$  (RN-P/AZAW)).

- **H1d)** Der Einfluss der seelischen Gesundheit (*SG*) auf die Abstinenz-Sicherheit *AZAW* ist größer als der der Verhaltenskontrolle (*VK*) ( $\beta (SG/AZAW) > \beta (VK/AZAW)$ ).

**H01d)** Der Einfluss der seelischen Gesundheit (*SG*) auf die Abstinenz-Sicherheit *AZAW* ist gleich oder kleiner als der der Verhaltenskontrolle (*VK*) ( $\beta (SG/AZAW) \leq \beta (VK/AZAW)$ ).

## Hypothesenblock 2: Abstinenz-Zuversicht und Abstinenz-Wert

- **H2a)** Der Einfluss des personalen Ressourcenniveaus *RN-P* wirkt sich gleichermaßen auf die beiden Abstinenz-Sicherheitsvariablen Abstinenz-Zuversicht *AZ* und Abstinenz-Wert *AW* aus.

D.h.: Die Korrelationen zwischen *RN-P* und *AZ* sowie zwischen *RN-P* und *AW* unterscheiden sich nicht signifikant

$$(\rho (RN-P/AZ) = \rho (RN-P/AW); \alpha = 0,05).$$

**H02a)** Die Korrelationen zwischen *RN-P* und *AZ* sowie zwischen *RN-P* und *AW* sind signifikant unterschiedlich

$$(\rho (RN-P/AZ) \neq \rho (RN-P/AW); \alpha = 0,05).$$

- **H2b)** Der Einfluss des aktuellen Ressourcenniveaus *RN-A* wirkt sich gleichermaßen auf die beiden Abstinenz-Sicherheitsvariablen Abstinenz-Zuversicht *AZ* und Abstinenz-Wert *AW* aus.

D.h.: Die Korrelationen zwischen *RN-A* und *AZ* sowie zwischen *RN-A* und *AW* unterscheiden sich nicht signifikant

$$(\rho (RN-A/AZ) = \rho (RN-A/AW); \alpha = 0,05).$$

**H02b)** Die Korrelationen zwischen *RN-A* und *AZ* sowie zwischen *RN-A* und *AW* sind signifikant unterschiedlich

$$(\rho (RN-A/AZ) \neq \rho (RN-A/AW); \alpha = 0,05).$$

- **H2c)** Der Zusammenhang zwischen Abstinenz-Zuversicht *AZ* und Abstinenz-Wert *AW* ist positiv, aber nur gering.

D.h.: Abstinenz-Zuversicht *AZ* und Abstinenz-Wert *AW* korrelieren signifikant positiv, aber sehr gering bis gering

$$(\rho (AZ/AW) > 0 < 0,5; \alpha = 0,05).$$

**H02c)** Abstinenz-Zuversicht *AZ* und Abstinenz-Wert *AW* korrelieren negativ oder positiv mittel bis sehr stark

$$(\rho (AZ/AW) < 0 \text{ oder } \geq 0,5; \alpha = 0,05).$$

### Hypothese 3: Äußere Ressourcen

- **H3)** Äußere Ressourcen *RE-Ä* haben keinen signifikanten Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit *AZAW*.

D.h.: Die Mittelwerte  $AZAW_X$  unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der einzelnen *RE-Ä*-Ausprägungen (Familienstand, Bildung u.a.)

$$(\mu (AZAW_1) = \mu (AZAW_X); \alpha = 0,05).$$

**H03)** Die Mittelwerte  $AZAW_X$  unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der einzelnen *RE-Ä*-Ausprägungen (z.B. Familienstand, Bildung)

$(\mu (AZAW_1) \neq \mu (AZAW_X); \alpha = 0,05)$ .

#### Hypothese 4: Abhängigkeitsschwere

- **H4)** Je höher die Abhängigkeitsschwere *AS*, desto niedriger die Abstinenz-Sicherheit *AZAW*.

D.h.: Der Zusammenhang zwischen der Abhängigkeitsschwere *AS* und der Abstinenz-Sicherheit *AZAW* ist signifikant negativ

$(\rho (AS/AZAW = \text{sign. neg.}; \alpha = 0,05)$ .

**H04)** Es besteht kein signifikant negativer Zusammenhang zwischen *AS* und *AZAW*

$(\rho (AS/AZAW \neq \text{sign. neg.}; \alpha = 0,05)$ .

#### Hypothese 5: Komplexe Zusammenhänge

- **H5)** Es können sinnvolle Cluster der Fälle gebildet werden aus psychischen Ressourcenprofilen (*RN-P*, *RN-A*), Abstinenz-Sicherheitsausprägungen (*AZAW*) und Abhängigkeitsausprägungen (*AS*).

**H05)** Es können keine sinnvollen Personen-Cluster gebildet werden aus Ressourcenprofilen, Abstinenz-Sicherheitsausprägungen und Abhängigkeitsausprägungen.

Folgende Fragen werden bei den multivariaten Analysen weiterführend untersucht:

Welche einzelnen Ressourcen bzw. Ressourcengruppen sind besonders wichtig, welche weniger oder gar kontraproduktiv im Bezug auf Abstinenz-Sicherheit? Gibt es hinsichtlich der Ressourcen so etwas wie ein „Erfolgsgeheimnis“ abstinenzsicherer Personen (relativ hohe AZAW-Werte, d.h.  $AZAW > \text{Durchschnitt}$ ) – also was unterscheidet diese hauptsächlich von Abstinenzunsicheren ( $AZAW \leq \text{Durchschnitt}$ ): Welche Ressourcen (Ausgangsvariablen) diskriminieren hinsichtlich hoher vs. niedriger Abstinenz-Sicherheit (Zielvariable) besonders gut?



---

## 5 Methodik der Untersuchung

### 5.1 Untersuchungsdesign

Die vorliegende, empirische Untersuchung ist als quantitative Gruppenstudie im Querschnittformat (querschnittliche Einmalmessung per Fragebögen im Einzelsetting) zur korrelativen Überprüfung gerichteter Zusammenhangshypothesen und Testung von Unterschiedshypothesen sowie komplexer multivariater Analysen angelegt.

### 5.2 Messinstrumente

Die Erhebungsinstrumente sind allesamt zur standardisierten, schriftlichen Selbsteinschätzung der Probanden konzipiert. Im Einzelnen werden eingesetzt: (Zur Veranschaulichung mit Originalseiten bzw. Beispielen siehe Kap. 10/Anhang)

- **Anamnese-Leitfaden (AL)** zur demographischen Erhebung und Krankheitsanamnese pro Patient (vergleiche Dokumentationsstandards der DG-Sucht, 2001): Angaben zu Alter, Geschlecht, Familienstand, Lebenssituation, Ausbildung und Beruf, Freizeitverhalten, rechtliche und soziale Krankheitsfolgen, Vorbehandlungen, allgemeines Krankheitsverständnis (Tiefpunkt- vs. Selbstwirksamkeitsdenken vs. Willensüberschätzung). Der AL liefert neben allgemeinen demographischen und Krankheits-Daten Informationen zu **äußeren Ressourcen (RE-Ä)**, z.B. soziale und berufliche Potenziale wie in Beziehung lebend, berufstätig, aktive Freizeitgestaltung, wenig alkoholbedingte Rechtsfol-

gen, kein Alkoholismus in der Familie u.a. (vergleiche Forschungen zu äußeren Ressourcen in Kap. 3.2). Im Unterschied zum folgenden psychischen Ressourceninventar (wo subjektive externe Ressourcen erfasst werden) sind die äußeren Ressourcen hier objektiv definiert. Der *AL* wird zunächst vom Probanden selbst ausgefüllt und im Bedarf fremdanamnestic ergänzt.

- Das derzeitige Ziel im Umgang mit dem Alkoholkonsum wird abgefragt als Stichproben-Selektionskriterium: In Anlehnung an die **Zielskala (ZS)** aus dem KAZ-35 (Körkel & Schindler, 1996) werden fünf Zielalternativen vorgegeben: trinken wie bisher, kontrolliert trinken, die meiste Zeit abstinent bleiben, über längere Zeit abstinent bleiben, totale Abstinenz. Probanden, die die ersten drei Alternativen angeben (unverändertes, kontrolliertes bzw. Ab-und-zu-Trinken), fallen aus der Stichprobe heraus (entsprechend der Stichprobenkriterien, vergleiche Kap. 5.5)<sup>19</sup>.
- Testung der Abhängigkeitsausprägung mittels der **Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA)** (John, Hapke & Rumpf, 2001) nach jeweiliger vorangegangener medizinisch-psychologischer Diagnostik während des stationären Aufenthaltes. Mit der Skala „SESA“ wird der grundsätzliche Schweregrad quantitativ entlang sog. Kernsymptome des Abhängigkeitssyndroms (Toleranzveränderung, Entzugssymptome u.a.) getestet. Durch Selbstaussagen in 28 Items stufen sich die Probanden auf sieben Subskalen ein mittels einer fünfstufigen Werteskala („nie“, „seltener als einmal im Monat“,

---

<sup>19</sup> In der Suchtforschung wird seit einiger Zeit diskutiert, ob denn das traditionelle Ziel der Totalabstinenz für die Alkoholtherapie noch realistisch und sinnvoll sei. Körkel & Kruse (1997) etwa postulieren flexible Behandlungsziele bis hin zum sog. „kontrollierten Trinken“ als völlige Abkehr vom Abstinenzdogma. Auf der anderen Seite konstatiert z.B. Niklewski (2002), dass Programme zum kontrollierten Trinken allenfalls bei Alkoholmissbrauch indiziert seien, nicht beim Vollbild der Abhängigkeit mit Kontrollverlust und Entzugserscheinungen. Dass es aber bei vielen, gerade auch chronisch und mehrfach geschädigten Kranken darauf ankommt, zunächst Überleben zu sichern und Leiden abzumildern und damit Rückfälle „einzukalkulieren“, wird von den meisten Suchtexperten trotz häufiger Gegenhaltung zum Konzept des kontrollierten Trinkens geteilt (vergleiche zusammenfassend bei Schneider, 2001). Unabhängig von dieser Diskussion wird in der vorliegenden Studie ein (zumindest aktuelles) Abstinenzziel vorausgesetzt, da nur ein solches bei der Frage nach Abstinenz-Sicherheit Sinn macht.

„einmal pro Monat oder öfter“, „einmal pro Woche oder öfter“, „täglich“) bzw. einer zweistufigen „Ja-Nein“-Skala. Die einzelnen Bereiche sind: Einengung des Trinkverhaltens, Körperliche Entzugssymptome, Alkoholkonsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen, Psychische Entzugssymptome (Verlangen), Toleranzsteigerung, Extreme Toleranzsteigerung, Toleranzumkehr (sowie eine hier nicht berücksichtigte Zusatzskala). Die Auswertung erfolgt auf Subskalenebene und für den **Gesamtestwert (AS)**, der als Mittelwert der Abhängigkeitsschwere über die sieben Subskalen gebildet wird. Die innere Konsistenz der Subskalen beträgt  $\alpha = 0,71$  bis  $\alpha = 0,95$ , die *SESA* ist validiert durch Vergleiche mit bewährten Instrumenten zur Diagnostik der Alkoholabhängigkeit. In der vorliegenden Studie wird der Fragebogen zur Messung von Zusammenhängen mit der Abstinenz-Sicherheit sowie der Clusterbildung eingesetzt.

- Selbsteinschätzungsinstrument (**Ressourcen-Inventar RESI**) zur Messung der individuellen, psychischen Ressourcenprofile (Ausgangsvariablen). Hierzu werden aus existierenden standardisierten Fragebögen (generell persönlichkeitsorientierte Messungen von seelischer Gesundheit, Wohlbefinden o.Ä. sowie bereichsspezifische Messungen von aktueller Zufriedenheit) passende Instrumente ausgewählt und zusätzlich ein eigener Erfassungsbogen verwendet (siehe im folgenden).

*Basis:* Psychologie der seelischen Gesundheit (vergleiche Abele & Becker 1991; Becker, 1992, 1995); Salutogenese (vergleiche Antonovsky, 1997); Ressourcen-diagnostik (vergleiche Grawe, 1999; Kufner, Vogt & Reuter, 2001; Tröskén & Grawe, 2001); Ressourcentherapie (Viehhauser, 2000).

➔ **Messung des personalen Ressourcenprofils (RESI-P):** Auswahl eines standardisierten Ressourcen-Fragebogens, z.B. Trierer Persönlichkeitsfragebogen, TPF (Becker, 1989); Skalen zur psychischen Gesundheit, SPG (Tönnies, Plöhn & Krippendorf, 1996); Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, FKK (Krampen, 1991); SOC-Skala (Antonovsky, 1997).

Der *Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF)* misst neben dem Faktor „Verhaltenskontrolle“ den globalen psychischen Ressourcenfaktor „Seelische Gesundheit“ (Allgemeine Fähigkeit zur Bewältigung interner und externer Anforderungen). Durch sieben Unterskalen des *TPF* werden Teilkomponenten der seelischen Gesundheit als „Plusvarianten bzw. Stärken des Patienten“ (Becker, 1989) erfasst, die faktorenanalytisch den drei Bereichen „Seelisch-körperliches Wohlbefinden“, „Selbstaktualisierung“ und „Selbst- und fremdbezogene Wertschätzung“ zuzuordnen sind. Die insgesamt neun Skalen, die von den 120 Items auf je einer vierstufigen Werteskala („immer“, „oft“, „manchmal“, „nie“) gebildet werden, sind: Verhaltenskontrolle, Seelische Gesundheit, Sinnerfülltheit, Selbstvergesessenheit, Beschwerdefreiheit, Expansivität, Autonomie, Selbstwertgefühl, Liebesfähigkeit. Die interne Konsistenz der Skalen liegt zwischen  $r = 0,77$  und  $r = 0,91$ ; das Korrelationsmuster der Subtests und die Ergebnisse von Faktorenanalysen entsprechen den theoretischen Modellvorstellungen Beckers. Der *TPF* erscheint zur Potenzialmessung der persönlichen Ressourcenausstattung sehr geeignet, da der Faktor „*Seelische Gesundheit*“ (*SG*) als interne psychische Globalressource laut Befunden (z.B. Becker, 1992) mit vielen anderen Ressourcen interagiert, quasi als übergeordnetes, generalisiertes Persönlichkeitskonstrukt. Dieser Gesamtfaktor *SG* wird in der vorliegenden Studie das *personale Ressourcenniveau RN-P* als *persönlichkeitsspezifisches Ressourcenprofil* darstellen (vergleiche Ressourcendefinition des Autors in Kap. 2.2 sowie Abb. 5 in Kap. 3.2); differenziell werden die Teilfaktoren der seelischen Gesundheit hinsichtlich ihres Abstinenz-Sicherheits-Einflusses berücksichtigt. Zusätzlich wird der Faktor „*Verhaltenskontrolle*“ (*VK*) in das psychische Ressourcenprofil einbezogen, da er als weitere wichtige Persönlichkeitsressource auf die Abstinenz-Sicherheit

positiven Einfluss haben dürfte (quasi als Selbstkontrollfähigkeit, vergleiche Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996; siehe auch eigenes Modell in Kap. 3.2). Der Zusammenhang des Einflusses von seelischer Gesundheit und Verhaltenskontrolle auf die Abstinenz-Sicherheit wird geprüft.

- **Messung des *aktuellen Ressourcenprofils (RESI-A)***: Auswahl eines Fragebogens zur Erfassung verschiedener Ressourcen aus diversen Lebens- und Erlebens-Bereichen, z.B. Arbeit, Freizeit, Soziale Ressourcen, Eigene Person u.a. Hier scheint insbesondere der bereichsspezifische ***Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*** (Fahrenberg et al, 2000) geeignet, da er umfassend die *allgemeine, aktuelle Lebenszufriedenheit (LZ)* in verschiedenen externen und internen Bereichen auf zehn Teilskalen misst. Der *FLZ* differenziert auf einer siebenstufigen Werteskala von „sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“ in den Lebensbereichen: Gesundheit, Arbeit und Beruf, Finanzielle Lage, Freizeit, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern, Eigene Person, Sexualität, Freunde/Bekannte/Verwandte und Wohnung. Die Gesamtsumation erfolgt über sieben Skalen (Arbeit, Ehe und Kinder bleiben unberücksichtigt, da relativ viele Personen diese Bereiche unbeantwortet lassen müssen) als Index „Allgemeine Zufriedenheit“. Die interne Konsistenz der Skalen liegt zwischen  $\alpha = 0,82$  und  $\alpha = 0,95$ , die Validität ist durch Faktorenanalysen und die Beziehung der Skalen zu anderen Persönlichkeitsmerkmalen gesichert. Der *FLZ* ist vorrangig auf die aktuelle Lebenssituation gerichtet und insofern umfassend, als er relevante innere und äußere Aspekte der Lebenszufriedenheit erfasst (durch das psychische Konstrukt „Zufriedenheit mit ...“ werden quasi externe und interne Ressourcen kombiniert). Als kognitiv-emotionaler Begriff kann das Zufriedenheitsmaß als „euthyme Ressource“ (vergleiche Viehhauser,

2000; Lutz, 1996a, 1996b) bezeichnet werden, da „Zufriedenheit“ im generellen Sprachverständnis eine positive Emotion darstellt und Erlebnisqualitäten wie Genuss, Freude, Flow-Erleben (Csikszentmihalyi, 1995) und Wohlbefinden (Abele & Becker, 1991) beinhaltet. Bezogen auf das Definitionsverständnis von Becker, können die Zufriedenheitseinschätzungen der *FLZ* eher dem „aktuellen Wohlbefinden“ zugeordnet werden, während der *TPF* u.a. „habituelles Wohlbefinden“ erfasst als Teil des Hauptfaktors seelische Gesundheit. Der *TPF* macht „Aussagen über das für eine Person typische Wohlbefinden ..., Urteile über aggregierte emotionale Erfahrungen“ (Abele & Becker, 1991, S. 15), der *FLZ* ist aktuell orientiert. Da der *FLZ* ebenso wie der *TPF* eine übergeordnete Skala enthält (hier: „Allgemeine Lebenszufriedenheit“), kann dieser Faktor vergleichbar, aber wegen der *derzeitigen Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen* als **aktuelles Ressourcenniveau *RN-A*** genutzt werden („*aktuelles Ressourcenprofil*“). *RN-A* stellt eine Erweiterung des personalen Ressourcenniveaus *RN-P* dar, um bei der differenziellen Untersuchung des Ressourceneinflusses ein breiteres Ressourcenspektrum zur Verfügung zu haben. Das bereichsspezifische Zufriedenheitsmaß *RN-A* ist wie *RN-P* psychischer Natur, aber aktuell-situativer als das persönlichkeitsorientierte Maß *RN-P*.

- **Messung der persönlich besten Ressource bezüglich des Alkoholverzichts (*REBE*)** mittels offener, schriftlicher Frage nach je der besten inneren (psychischen, intern physischen) und äußeren (sozialen, extern physischen) Ressource (***REBE-I***, ***REBE-Ä***) bezogen auf die eigene Abstinenz. Nach einer kurzen Erklärung der Begriffe wird der Proband direkt gefragt nach seiner „besten inneren Stärke im Bezug auf den Alkoholverzicht“ sowie entsprechend nach seiner „besten äußeren Hilfe“.

Die offene Frage dient dazu, Ressourcen zu erfassen, die *subjektiv direkt mit dem Alkoholverzicht in Verbindung* stehen als qualitative, explorative Ergänzung zu den standardisierten, quantitativen Messinstrumenten. Im Unterschied zu den im *AL* (siehe oben) erfassten objektiven äußeren Ressourcen sind diese im *REBE* subjektiv gefärbt und gehören daher zum psychischen Ressourceninventar. In Anlehnung an Kategoriensysteme von Küfner, 2001, Trösken, 2000 und Viehhauser, 2000, werden die Aussagen der Probanden ressourcenspezifisch kategorisiert und dann für Vergleichsrechnungen weiter verwendet.

- Selbsteinschätzungsinstrument zur Messung der aktuellen, situationspezifischen Abstinenz-Sicherheit (***Abstinenz-Sicherheits-Inventar ASI***) als Zielvariable.

*Basis:* Erfassung von Eigenwirksamkeitserwartungen bei Alkoholikern (vergleiche Fäh, 1989); Abstinenzzuversicht (Körkel & Schindler, 1996); Situational Confidence Questionnaire, SCQ (Annis, 1982); Rückfall- und Motivationsanalyse (vergleiche Marlatt & Gordon, 1985; Petry, 1996; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994).

➔ **Messung der Abstinenz-Zuversicht (AZ):** Auswahl eines Fragebogens zur Messung der alkoholspezifischen, situativen *Selbstwirksamkeit*, also ***Abstinenz-Zuversicht (AZ)*** (z.B. Annis, 1982; Fäh, 1989; DiClemente et al., 1993; Körkel & Schindler, 1996). Der ***Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35)*** nach Körkel & Schindler (1996) ist in diesem Zusammenhang sehr gut geeignet, da er direkt auf Banduras Konzept der Selbstwirksamkeit (Handlungs- bzw. Zuversichtserwartung) aufbaut und zudem ökonomisch anwendbar, zuverlässig und valide ist. Er lehnt sich an den *Situational Confidence Questionnaire (SCQ)* an (SCQ-100 von Annis, 1982; SCQ-39-Kurzversion von Annis & Graham, 1988), der Kompetenzer-

wartungen in verschiedenen Rückfallsituationen erfasst. Auf den deutschen Sprachraum übertragen misst der *KAZ-35* in 35 situativen Items (rückfallgefährdende Situationen) und vier Skalen („unangenehme Gefühle“, „Trinken kontrollieren“, „Sozialer Druck“, „Angenehme Gefühle“) die subjektive Abstinenzzuversicht, also die Einschätzung der eigenen Fähigkeit, in den jeweiligen Rückfallgefährdungsbereichen dem Alkohol widerstehen zu können (bei vorausgesetztem gegenwärtigem Abstinenzziel, vergleiche Kap. 5.5). Die jeweilige Bewertung erfolgt auf einer sechsstufigen Werteskala von 0 bis 100 (also in 20er Schritten, im neutralen und positiven Bereich). Die Vier-Faktoren-Lösung des *KAZ-35* entspricht weitgehend der schwedischen SCQ-Version von Sandhal, Lindberg und Rönnerberg (1990) und bringt keine nennenswerten Informationsverluste gegenüber der kanadischen Ursprungsversion von Annis mit deutlich mehr Items und Faktoren (kaum geringere Gesamtvarianzaufklärung von 75,9 %). Die vier Unterskalen erweisen sich als faktoriell unabhängig und homogen (intern konsistent), die Einzel-Items differenzieren gut zwischen den Probanden (mittlere Itemschwierigkeiten). Ergänzend zur Originalversion von Annis (1982) wird noch ein Gesamtzuversichtswert ermittelt (ebenfalls intern konsistent). Vergleichbare Normwerte sind noch in der Entwicklung. Die Autoren weisen darauf hin, dass hohe Zuversichtswerte nicht automatisch geringe Rückfallgefährdung bedeuten, da der Einfluss der Selbstüberschätzung berücksichtigt werden sollte (insbesondere bei sehr hohen Zuversichtswerten therapieunerfahrener Alkoholkranker). Die Abstinenz-Zuversicht ist eine subjektive, kognitive Variable, d.h. sie kann, muss aber nicht tatsächliches Abstinenzverhalten widerspiegeln (vergleiche Kap. 3.3).

→ **Messung des Abstinenz-Wertes (AW):** Die Messung der Selbstwirksamkeit wird kombiniert mit Fragen zum (kurzfristigen, auf die jeweilige Alkoholsituation bezogenen) *Abstinenz-Wert (AW)*. Der Abstinenz-Wert (Ergebniserwartung, *gefühlsmäßige Bedeutung des Alkoholverzichts* in rückfallgefährdenden Situationen) stellt wie die Selbstwirksamkeit eine situative Variable dar. Als Variable der subjektiven *Bewertung* hat diese im Unterschied zur rationalen Selbstwirksamkeit des *KAZ-35* (Einschätzung des Könnens) eher emotional-motivationalen Charakter (Abwägung der Abstinenzfolgen, Einschätzung des Verzichtens-„Wollens“)<sup>20</sup>.

Die 35 Gefährdungssituationen aus dem *KAZ-35* werden in einem weiteren, vom Autor der vorliegenden Studie entwickelten, Fragebogen (*Kurzfragebogen zum Abstinenz-Wert, KAZ-AW*) erneut vorgegeben und der Proband instruiert, sich vorzustellen, auf Alkohol in der jeweiligen Situation tatsächlich zu verzichten. Der Proband soll dabei an die positiven Folgen denken, die ein solcher Verzicht hätte, und auch an die unmittelbaren negativen Folgen, in dieser Situation nicht zu trinken. Nach der Vorstellung der (positiven und negativen) Folgen soll auf einer fünfstufigen Skala von – 100 bis + 100 (Abstufungen: – 100, – 50, 0, + 50, + 100) die emotionale Bedeutung eingeschätzt werden, die ein Alkoholverzicht in dieser Situation hätte (Ergebniserwartung des Verzichts, im Sinne von: „Wie unangenehm oder angenehm *empfinde* ich den Verzicht, wenn ich die positiven und negativen Alkoholfolgen abwäge?“, vergleiche Kap. 3.3). So können zu den Selbstwirksamkeitseinschät-

---

<sup>20</sup> Natürlich sind Abstinenz-Zuversicht und Abstinenz-Wert beide kognitiver Art, da beide eine subjektive Einschätzung (*Beta-Variablen* im verhaltensdiagnostischen Sinne (Kanfer & Karoly, 1972) darstellen, wobei der Abstinenz-Wert auch Merkmale einer *Gamma-Variablen* (ebd.) hat, da die Vorstellung von Gefühlszuständen physiologischen Einflüssen unterliegt. Auch können beide Variablen wegen ihrer Zielorientierung motivational definiert werden (vergleiche Heckhausen 1980). Bei der Benennung kognitiv vs. motivational geht es darum, eine eher *rationale Können-Einschätzung* von einer eher *emotional-motivationalen Wollen-Einschätzung* zu differenzieren (vergleiche Kap. 3.3).

zungen (sog. Abstinenz-Zuversicht) die entsprechenden Ergebniserwartungen (sog. Abstinenz-Wert) erhoben werden. Die Auswertung erfolgt auf Unterskalenebene (siehe *KAZ-35*, vier Gefährdungsbereiche); außerdem kann ein summierter AW-Endwert gerechnet werden sowie ein AZAW-Gesamtwert als Mittelwert aus allen Zuversichts- und Werteinschätzungen in beiden Fragebögen (globale Abstinenz-Sicherheit) sowie AZAW-Werte pro Rückfallgefährdungsbereich. Die Angaben des *KAZ-AW* erlauben eine *negative, neutrale und positive Einschätzung* gemäß der theoretischen Annahme, dass Werteinschätzungen (im Unterschiede zu den Zuversichtseinschätzungen, die nur neutral bis positiv – siehe oben – eingeschätzt werden können) negativ, neutral und positiv sein können (vergleiche Rotter, 1954, 1982).

Die Zahlendimension der *KAZ-AW*-Items ist außerdem so gewählt, dass sie mit den *KAZ-35*-Items direkt vergleichbar und für den Gesamtwert kombinierbar ist. Z.B. ergibt eine maximale Zuversichts- und eine minimale Werteinschätzung in der Summenbildung einen Nullwert, d.h. hohe Zuversicht, aber geringe motivationale Bedeutung (negative Abstinenzbewertung) verringert die Abstinenz-Gesamtsicherheit – kann sie gar negativ werden lassen und damit „unsicher“, was dann eine sehr hohe Rückfallgefährdung darstellt. Normwerte existieren wie beim *KAZ-35* nicht, daher werden die beiden Fragebögen auf Rohwertebene ausgewertet<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Insgesamt werden für die Hypothesenprüfungen das Ressourcen-Inventar und Abstinenz-Sicherheits-Inventar wegen fehlender oder unterschiedlicher Normierungen auf Rohwertebene ausgewertet, denn allgemein sind für Zusammenhangsmessungen auf Basis verschiedener Fragebögen nicht-transformierte Rohwerte besser geeignet. Beim SESA-Fragebogen zur Abhängigkeitsschwere werden sog. gewichtete Rohwerte verwendet, da sich die Wertebereiche der einzelnen Subskalen laut Testautoren unterscheiden. Für deskriptive Darstellungen (Kap. 6) werden, wo möglich, Normwerte verwendet, da hier Rohwerte nicht aussagekräftig sind.

→ Der Faktor *Abstinenz-Sicherheit (AZAW)* wird definiert als kognitiv-motivationaler Faktor, bestehend aus den jeweiligen situativen Eigenwirksamkeits- und Ergebniserwartungen, statistisch erfasst als Mittelwert aus den AZ- und AW-Werten, die ihrerseits über die verschiedenen Situationsbereiche hinweg gemittelt werden. So können ein globaler AZAW-Wert sowie bereichsspezifische AZAW-Werte gerechnet werden:

Abstinenz-Sicherheit als metrische Kombination aus Abstinenz-Zuversicht und Abstinenz-Wert (der Mittelwert wird verwendet, um den gemeinsamen Einfluss widerzuspiegeln und um mögliche Antwortverzerrungen bezüglich dem differenziellen Verständnis „Zuversicht“ und „Wert“ auszugleichen):

$$AZAW = \frac{AZ + AW}{2}$$

### 5.3 Untersuchungsplan

- (1) Im ersten Schritt<sup>22</sup> wird pro Proband (nach Auswahl entsprechend der Stichprobenkriterien, vergleiche Kap. 5.5) eine demographische und Krankheitsanamnese erhoben mittels *Anamnese-Leitfaden (AL)*, Erfassung des Abstinenzziels (*Zielskala*) und Testung der Abhängigkeitsschwere (*SESA*).
- (2) Der zweite Schritt liegt im Einsatz eines ressourcenspezifischen Diagnose-Inventars (*RESI*), das als Selbsteinschätzungsinstrument durch verschiedene Fragebögen ein individuell relevantes *Ressourcenprofil*, bestehend aus Global- und Teilressourcen, persönlichkeits- und bereichsspezifisch (*RESI-P/RESI-A*), ermitteln soll. Globalressourcen sind solche wie „Seelische Gesundheit“, „Verhaltenskontrolle“ (siehe TPF; Becker, 1989) und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ (siehe FLZ; Fahrenberg et al., 2000), Teilressourcen die jeweiligen Subskalen wie „Sinnerfülltheit“ (siehe TPF) oder „Zufriedenheit mit Freizeit“ (siehe FLZ).
- (3) Anhand der subjektiven Einschätzung (ebenfalls in Fragebogenform) der abstinenzspezifischen Selbstwirksamkeit – also *Abstinenz-Zuversicht (AZ)* und *Abstinenz-Wert (AW)* – wird an der gleichen Stichprobe im dritten Schritt die aktuelle *Abstinenz-Sicherheit (AZAW)* im sog. *Abstinenz-Sicherheits-Inventar (ASI)* gemessen.
- (4) Schließlich werden im vierten Schritt (Auswertungsphase) das *Ressourcenniveau (RN)* als Prädiktor (Globalressourcen „Seelische Gesundheit“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“, dazu „Verhaltenskontrolle“) und *Abstinenz-Sicherheit (AZAW)* als Kriterium sowie die beiden Abstinenz-Sicherheits-Variablen *Abstinenz-Zuversicht (AZ)* und *Abstinenz-Wert (AW)* als Unterkrite-

---

<sup>22</sup> Die Schritte 1 bis 3 spiegeln die Erhebungsphase wider, wobei sich bedingt durch die Einmalhebung mittels Fragebogenpaket keine wirkliche zeitliche Abgrenzung ergibt. Schritt 4 stellt die Auswertungs- und Interpretationsphase dar, die genauer im folgenden Kapitel beschrieben wird.

rien metrisch verglichen. Zu den Haupthypothesenprüfungen (H1 und H2) werden die persönlichen Ressourcenniveaus *RN-P* (persönlichkeitsspezifisch) und *RN-A* (aktuell-bereichsspezifisch) herangezogen. Außerdem wird der Einfluss äußerer Ressourcen (*RE-Ä*) auf die Abstinenz-Sicherheit untersucht (Hypothese H3), ebenso die Abhängigkeitsausprägung (H4). In komplexen Vergleichen (H5) wird versucht, Gruppen aus den jeweiligen Ausprägungen zu bilden. Die offene Frage nach den „besten Abstinenz-Ressourcen“ (*REBE-I*, *REBE-Ä*) wird anhand eines selbst entwickelten Kategoriensystems (siehe Anhang; vergleiche auch Kufner, Vogt & Reuter, 2001; Trösken, 2000, Viehhauser, 2000) explorativ verwendet (zur Berechnungsmethodik insgesamt siehe folgende, statistische Phase).

Um die Werte bei den Hypothesenprüfungen metrisch direkt vergleichen zu können, werden bei den standardisierten Fragebögen nicht die transformierten Normwerte (unterschiedliche Normstichproben), sondern die jeweiligen *Rohwerte* (bei SESA die gewichteten Rohwerte) zur analytischen Auswertung verwendet. Bezüglich des Umgangs mit *fehlenden Antworten* wird folgende Konvention festgelegt: Falls mehr als zwei Antworten pro Skala je Fragebogen fehlen, wird die Skala „missing“ gesetzt, bei mehr als einer Missing-Skala (außer beim FLZ, da drei der Skalen für viele Probanden per se nicht zutreffen) fällt der Proband für die weitere Auswertung aus. Einzelne fehlende Werte werden „missing data“ gesetzt (bei Nominaldaten) bzw. es werden Erwartungswerte gebildet nach der üblichen Regel: Skalenwert = Mittelwert der vorhandenen Itemwerte x Itemzahl der Skala (gerundet).

## 5.4 Auswertungs- und Interpretationsphase

- *Deskriptive Auswertungen* zur quantitativen Darstellung und explorativen Untersuchung bezüglich Ressourcengruppen und deren Teilfaktoren (Kap. 6.3), Abstinenz-Sicherheitseinschätzungen (Kap. 6.4) sowie wichtiger anamnestischer Indizes (Kap. 6.2):  
→ absolute, prozentuale und normierte Häufigkeiten, statistische Kennwerte (Modal-, Median- und Mittelwerte sowie Dispersionsparameter)
- *Analytische Statistik* zu Unterschiedsprüfungen der deskriptiven Häufigkeiten und Lokalisationsparameter (Kap. 6.2 bis 6.4) sowie zur Überprüfung auf Verteilungsformen als Vorbereitung der Hypothesentestungen (Kap. 6.1)  
→ T-Test,  $\chi^2$ -Test, Friedman-Test, Wilcoxon-Test, Kolmogorov-Smirnov-Test (Verteilungsformprüfung)
- *Korrelations- und Regressionsanalysen* zur Überprüfung der Hypothesen H1, H2 und H4 (Kap. 7.1, 7.2, 7.4):  
→ Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson (bzw. Rangkorrelation nach Spearman – je nach Verteilungsform, vergleiche Kap. 6.1) sowie einfache und multiple Regressionsanalysen. Zur Überprüfung der Hypothesen H1c, H1d und H2a, H2b werden die entsprechenden Korrelations- und Regressionskoeffizienten verglichen
- *Ein- und mehrfaktorielle Varianzanalysen* zur Überprüfung der Hypothese H3 (Kap. 7.3):  
→ Vergleich der äußeren Ressourcenbereiche hinsichtlich Unterschieden in den Abstinenz-Sicherheits-Mittelwerten (mehrfaktorielle Analysen bei Mehrfachantworten)

- *Multivariate Analysen* (Kap. 7.5) zur komplexen Untersuchung der Zusammenhänge: Ressourcenprofile (verschiedene Ressourcengruppen bzw. Teil-Ressourcen) und Abstinenz-Sicherheit (insgesamt und bezüglich der einzelnen Risikobereiche), auch unter Berücksichtigung der Abhängigkeitsschwere. Es wird versucht, einzelne Ressourcen-/Abstinenz-Gruppen zu finden bzw. zwischen abstinentzsicher vs. abstinentzunsicher hinsichtlich des Ressourceneinflusses zu unterscheiden (Überprüfung der Hypothese H5):
  - Clusteranalyse zur Einteilung der Stichprobe in Teilpopulationen basierend auf psychischen Ressourcenprofilen und Abstinenz-Sicherheit unter Berücksichtigung der Abhängigkeitsschwere (inklusive einzelner Kriterien und Rückfallgefährdungsbereiche); Diskriminanzanalyse zur ressourcenabhängigen Einteilung zwischen hoher/niedriger Abstinenz-Sicherheit; Multiple Regressionsanalysen zur Überprüfung des Einflusses der Teilressourcen/Subskalen.

## 5.5 Überlegungen zur Stichprobenauswahl

Die Referenzpopulation der zu untersuchenden Alkoholabhängigen darf in ihren Kriterien nicht zu breit (aber natürlich auch nicht zu eng) gefasst sein, um eine zu große Inhomogenität hinsichtlich der Abhängigkeitsindizes zu vermeiden, die die interne Validität der Studie zu stark einschränken würde.

Die Alkoholkrankheit ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Verschiedenen epidemiologischen Schätzungen zufolge (siehe z.B. Informationsschrift des Bayerischen Gesundheitsministeriums, 2002; Info-Heft der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 2001; Kraus & Augustin, 2001; Wetterling & Veltrup, 1997) trifft die Alkoholabhängigkeitsdiagnose auf 1,5 bis 2,5 Millionen Menschen in Deutschland zu – also bei 2 bis 3 Prozent der Bevölkerung (doppelt so viele Männer wie Frauen), etwa 5 Millionen sind akut gefährdet. Die Studien weisen eine hohe Varianz auf. Die Dunkelziffer des tatsächlichen Suchtvorkommens dürfte höher

sein, wenn man die geringe Behandlungsrate betrachtet (nur 1 % der Kranken wird laut Suchtexpertin Dr. Mugele medizinisch tatsächlich erreicht; siehe Bezirks-Report 2002). Auch müssen die abhängigkeitsbedingten Dissimulationstendenzen sowie die fließenden Grenzen zwischen Risiko-, Missbrauchs- und Abhängigkeitsverhalten berücksichtigt werden. Alle epidemiologischen und diagnostischen Ausformungen als Grundgesamtheit für die Stichprobe der Untersuchung heranzuziehen, würde hinsichtlich der Hauptfrage des Ressourceneinflusses auf die Abstinenz-Sicherheit sowie der Bedingungen einer mittelgroßen Stichprobe (siehe unten) die Aussagekraft verwässern. Um jedoch andererseits einigermaßen generalisierbare Aussagen machen zu können, da die Hypothesen einen hohen Allgemeinheitsanspruch besitzen (vergleiche Kap. 4.2), darf entlang der Abhängigkeitskriterien auch nicht zu fein differenziert werden. Insgesamt werden die Ein- und Ausschlusskriterien der Stichprobe so gestaltet, dass eine sinnvolle inhaltliche und ökonomisch vertretbare Auswahl getroffen wird, die der internen Validität und der Repräsentativität so gut wie möglich entgegenkommt (siehe unten).

John, Hapke und Rumpf (2001) fokussieren für die Messung der *Abhängigkeitsschwere* (Ausprägungsgrad) sog. Kernmerkmale, z.B. Toleranzänderung, Entzugssymptome und Einengung des Trinkverhaltens, die auch in den ICD-Indices der Alkoholismusdiagnose zu finden sind (Dilling et al., 1994; siehe auch Kap. 3.1). Trotz der relativ klaren, symptombezogenen ICD-Kriterien: „Verlangen“, „verminderte Kontrollfähigkeit“, „Entzugssyndrom“, „Toleranzentwicklung“, „Einengung auf Substanzgebrauch“ und „anhaltender Substanzgebrauch“ (von denen nicht alle beim einzelnen Patienten vorhanden sein müssen) gibt es große differenzialdiagnostische Unterschiede. Die bekannteste Typologie stammt von Jellinek (1960), der z.B. den sog. Konflikttrinker mit eher gering ausgeprägter, psychischer Abhängigkeit unterscheidet vom klassischen süchtigen Trinker (sog. Gamma-Alkoholiker mit psychophysischer Abhängigkeit und Kontrollverlust) oder vom sog. Spiegeltrinker mit körperlicher Abhängigkeit ohne Kontrollverlust. Auch macht es im Hinblick auf die Krankheitsschwere einen Unterschied, ob es sich etwa um einen stark rückfallgefährdeten, langjährigen Alkoholiker mit insgesamt schlechter Prognose handelt oder um einen abstinenzenorientierten, gut motivierbaren Patienten oder gar um einen Patienten ohne Abstinenzziel, der an der Grenze zwischen Alkoholmissbrauch (ICD: F 10.1) und Abhängigkeit steht. Auch hier beschreibt Jellinek typische

Indikatoren je nach Stand des Krankheitsverlaufs und unterscheidet die Anfangs- von der kritischen und chronischen Phase. Nicht zuletzt hat das momentane Stadium des Veränderungsprozesses in der Krankheitsbewältigung (vergleiche Phasenmodell nach Prochaska & DiClemente, 1984) einen differenziellen Einfluss auf die hier zu untersuchende Abstinenz-Sicherheit – diese dürfte z.B. kurz nach einem Rückfall in der „nasen Phase“ anders sein als nach der erfolgreichen Bewältigung des Rückfalls (siehe die erwähnten Veränderungsphasen nach Prochaska & DiClemente: Vornachdenklichkeit, Nachdenklichkeit, Handlung, Beibehaltung; vergleiche Kap. 3.3).

Trotz der klinischen Notwendigkeit einer genauen Differenzialdiagnostik, vor allem in Form einer individuellen Verhaltens- und Bedingungsanalyse, beschränkt sich die vorliegende Vergleichsstudie bei der Stichprobenauswahl auf die ICD-Diagnostik unter Berücksichtigung der grundsätzlichen Alkoholismus-Merkmale und gewisser Eingrenzungen zur Homogenisierung der Untersuchungspopulation. Es wird daher eine klinische Teilpopulation der Alkoholabhängigkeitskranken mit folgenden Merkmalen (***Ein- und Ausschlusskriterien***) festgelegt:

- *Alkoholabhängigkeitssyndrom* nach ICD-10, F 10.2, mit den Kernmerkmalen ersten Grades „Toleranzveränderung“ und „Entzugssymptomatik“ (vergleiche John, Hapke & Rumpf, 2001); keine weiteren stoffgebundenen Abhängigkeiten
- *18-59-jährige, kognitiv nicht beeinträchtigte Alkoholranke*: Ausschluss des Kinder- und Jugendlichenalters (< 18 Jahre) und späten Erwachsenenalters (> 59 Jahre) sowie Ausschluss psychotischer und hirnorganischer Störungen (sog. Korsakow-Syndrom oder andere schwere kognitive oder Restzustände und damit per se verminderte Abstinenzfähigkeit, entsprechend klinischem Befund); eventuelle andere Zusatzdiagnosen bzw. Komorbiditäten sind kein Ausschlusskriterium.
- *Vorhandenes Problembewusstsein, aktuelles Abstinenzziel und grundsätzliche Abstinenzfähigkeit*: maximal 10 stationäre Entgiftungsbehandlungen in der Vorgeschichte, mindestens eine suchtspezifische Vorerfah-

rung in Form von stationärer oder ambulanter Entwöhnungstherapie, Selbsthilfegruppenbesuch oder Suchtberatung (siehe Anamnese (AL) und klinischer Befund) – Ausschluss abstinenzunmotivierter, behandlungsunerfahrener und chronisch hoch rückfallgefährdeter Patienten. Gegenwärtiger, eigener (nicht primär fremdmotivierter) Abstinenzwunsch bei zum Befragungszeitpunkt bestehender Alkoholkarenz ohne akute Entzugssymptomatik (Abstinenzmindestdauer: 7 Tage). Darüberhinausgehende differenzielle Unterschiede hinsichtlich Abhängigkeitsausprägung, Therapieerfahrung und Krankheitseinstellung sind für Hypothesenprüfungen durchaus erwünscht.

**→ Zusammengefasst werden also folgende Probanden in die klinische Stichprobe aufgenommen:**

*Alkoholabhängige Patienten der Suchtfachklinik in Erlangen am Europakanal* (am Ende des stationären Aufenthaltes auf der Station G3 (psychophysische Stabilisierung und kurze Motivationsbehandlung evtl. nach Entzugstherapie auf Station G0; Aufenthaltsdauer insgesamt 2 bis 3 Wochen; daneben Patienten der Suchtambulanz – um ein relativ breites Spektrum an Alkoholpatienten zu haben), weibliche und männliche Erwachsene zwischen 18 und 59 Jahren, zum Befragungszeitpunkt seit mindestens 7 Tagen abstinent, gegenwärtiges Abstinenzziel, kein hirnorganisches Psychosyndrom oder andere schwere psychische Beeinträchtigungen, keine weiteren stoffgebundenen Süchte, vorhandene Abstinenzfähigkeit und Problemeinsicht. Die Stichprobe wird in Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien aus dem Stamm der gegenwärtigen Klinikpatienten (kurz vor Entlassung von der Motivationsstation G3 bzw. während der Weiterbehandlung in der Suchtambulanz) bestimmt. Um konfundierende therapeutische Beziehungseffekte auszuschließen, sind die Probanden nicht gleichzeitig Patienten des Untersuchers; außerdem werden sie darauf hingewiesen, dass die Erhebung keinen Einfluss auf die aktuelle Behandlung hat.

Als **Stichprobengröße** erscheint aus statistischen Anforderungsgründen (siehe auch Normalverteilungsvoraussetzung für parametrische Tests; Bortz, 1985; Bortz & Lienert, 1998, Bortz & Döring, 2003) und ökonomisch-praktikablen Überlegungen ein Pool aus etwa 50 Probanden sinnvoll. Bortz & Lienert (ebd.) geben in Anlehnung an Cohen (1988) Empfehlungen für „optimale Stichprobenumfänge“ je nach Signifikanzniveau, Effektgröße, Teststärke und Fragestellung der Untersuchung (sog. Power-Analyse; für parametrische und nonparametrische Prüfgrößen geltend): Bei einem 5 %igen Signifikanzniveau, einer mittleren Effektgröße, einer für die klinische Forschung angemessenen Teststärke  $\varepsilon = 0,8$  (80 %ige Wahrscheinlichkeit der Entdeckung richtiger Alternativhypothesen) ergibt sich ein optimaler Stichprobenumfang von 68 Probanden – bei einer gewünschten großen Effektgröße (mit entsprechend höherer klinischer Bedeutung) wären dies 22 Probanden. Da die in der vorliegenden Ressourcenstudie aufgestellten Zusammenhangshypothesen im Hinblick auf Fragestellung und obige Populationsüberlegungen eine mittlere bis große Effektgröße, d.h. Aussagekraft für potenzielle Zusammenhänge ( $r = \pm 0,3$  bis  $r = \pm 0,5$ ), aufweisen sollten – das natürlich die Wahrscheinlichkeit signifikanter Ergebnisse entsprechend verringert – scheint hier ein Stichprobenumfang von  $N \approx 50$  optimal zu sein. Gemäß Bortz (1985): „Optimal sind Stichprobenumfänge, die eine für praktisch bedeutsam erachtete Effektgröße gerade signifikant werden lassen.“ (S. 158)

## 5.6 Untersuchung im Überblick

- a. **Setting:** Klinik für Sucht- und Psychotherapeutische Medizin im Klinikum am Europakanal, Erlangen, Tel: 09131-7532349 (Sekretariat).
- b. **Stichprobe:** 18- bis 59-jährige, weibliche und männliche Patienten der Suchtklinik nach vorheriger, stationärer Entzugs- und/oder Motivations-

behandlung (ca. 2 – 3 Wochen; Erhebung kurz vor Entlassung bzw. während der Weiterbehandlung in der Suchtambulanz), Stichprobengröße etwa  $N = 50$  Probanden. Diagnose-Kriterien: Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F 10.20; Diagnostik erfolgt über medizinisch-psychologische Untersuchung während des stationären/ambulanten Aufenthalts in der Klinik), zum Befragungszeitpunkt seit mindestens 7 Tagen abstinent (keine akute Entzugssymptomatik entsprechend F 10.3 oder F 10.4; auch nicht hinsichtlich potenzieller anderer Suchtstoffe), gegenwärtig abstinenzorientiert, primär eigenmotiviert und abstinenzfähig (Anamnese und klinischer Befund), keine psychotische Störung (F 10.5), kein hirnganisches Psychosyndrom bzw. psychopathologischer Restzustand (fehlender klinischer Befund hinsichtlich schwerer kognitiver, affektiver oder Persönlichkeitsveränderung nach ICD F 10.6, F 10.7), keine gesetzliche Betreuung (bzw. laufendes Betreuungsverfahren).

- c. **Datenerhebung:** Die Probanden werden einzeln am Ende des stationären Aufenthaltes bzw. in der Suchtambulanz (Adhoc-Auswahl der Stichprobe entsprechend der Ein- und Ausschlusskriterien) bezüglich des Untersuchungsziels und der Erhebungsart informiert (inklusive Einverständniserklärung zur freiwilligen Teilnahme) und für die Messung instruiert. Das ausgehändigte Fragebogenpaket besteht aus der demographischen und Krankheitsanamnese, der Zielskala und Skala zur Abhängigkeitschwere, den Ressourcen- und Abstinenz-Sicherheits-Fragebögen, die alle zusammen nach Beantwortung vom Probanden zurückgegeben und bei Unklarheiten bzw. fehlenden Werten eventuell vom Probanden ergänzt werden. Der zeitliche Rahmen der Datenerhebung erstreckt sich auf etwa 6 Monate. (Untersuchungsbeginn nach Vorstudien im Mai 2002, Ende der Erhebung im Oktober 2002.)
- d. **Messinstrumente und Design:** Anamnese-Leitfaden und Zielskala, Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA), diverse Selbsteinschätzungs-Fragebögen (Ressourcen- und Abstinenzteil: RESI,

REBI, ASI) zur Einmalerhebung; quantitative, korrelative Querschnittsvergleiche (Zusammenhangs- und Unterschiedsmessungen); deskriptive Vergleiche (Häufigkeiten, Mittelwerte), Analyseeinheit Patient.

- e. **Datenniveau:** Nominal-, Ordinal- und Intervalldaten; bei Hypothesenprüfungen hauptsächlich Intervallniveau (entsprechend der Messinstrumente; Voraussetzungen für Anwendung parametrischer Auswertungsverfahren werden geprüft (Kap. 6.1): Normalverteilungsprüfung mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test, vergleiche Zöfel, 2001); daneben werden auch Nominaldaten (siehe Anamnesedaten im deskriptiven Studienteil) ausgewertet.
  
- f. **Auswertung:** über SPSS (Version 10), deskriptive und analytische Statistik, parametrische Verfahren (bei Intervallskalierung und Normalverteilung; sonst nonparametrische Tests); 5 %iges Signifikanzniveau bei entsprechenden Überprüfungen, mittlere bis große Effektgröße ( $r = 0,3$  bis  $0,5$ ), 80 %ige Teststärke.



---

## 6 Deskriptive und analytische Ergebnisse

Zunächst erfolgt die *Prüfung auf Normalverteilung*, um zu klären, ob parametrische Testverfahren eingesetzt werden können (Kap. 6.1)

Danach werden unter explorativen Gesichtspunkten die wichtigsten *Häufigkeiten und statistischen Kennwerte* der Untersuchung dargestellt. Aufgeführt werden die beobachteten und prozentualen Häufigkeiten (gerundet ohne Nachkommastellen): Bei den statistischen Kennwerten sind es die Lokalisationsparameter Mittelwert für die Intervalldaten, Median für die Ordinaldaten und für die Nominaldaten der Modalwert. Als Dispersionsparameter werden je nach Skalenniveau und Informationswunsch Spannweiten bzw. Minimum- und Maximumwerte sowie Standardabweichungen gerechnet.

Außerdem wird die *inferenzstatistische Bedeutung* der deskriptiven Ergebnisse geprüft mittels parametrischen Tests: z.B. T-Test für Mittelwerte – Differenzen und Korrelationen – bei abhängigen Stichproben sowie punktbiseriale Korrelationen bei unabhängigen Stichproben (Geschlechtervergleich). Vorrangig kommen aber nonparametrische Signifikanztests zur Anwendung: Chi<sup>2</sup>-Test und Binomial-Test für Häufigkeiten, Friedman-Test (mehrere abhängige Variablen) bzw. Wilcoxon-Test (gepaarte Variablen) bei Mehrfachantworten und Subskalen, um Rangordnungen abzubilden. Es werden also hauptsächlich Tests für abhängige Stichproben eingesetzt, da die Stichproben bei Fragebogenvergleichen sich meist auf die gleichen Fälle beziehen. Bei den Ausführungen stehen unter „p“ die Signifikanzangaben, „n.s.“ bedeutet nicht-signifikanter Unterschied, „x“ heißt Mittelwert, „s“ Standardabweichung, „PR“ bedeutet Prozentrang, „T“ ist der T-Wert, „ST“ sind die Stanine-Werte (Großschreibung, da Populationsdaten), „r“ schließlich benennt Korrelationen.

Beschrieben werden die Grunddaten der Stichprobe hinsichtlich ihrer Demographie und der Krankheitswerte, die mittels Anamneseleitfaden (AL) und Fragebogen zur Abhän-

gigkeitsschwere (*SESA*) erhoben wurden (Kap. 6.2). Anschließend (Kap. 6.3) werden die Ergebnisse der Ressourcenerhebung (RESI-Inventar: *TPF*-, *FLZ*- und *REBE-Fragebogen*) dargestellt, also die entscheidenden Prädiktoren der späteren Hypothesenprüfungen (siehe Kap. 7). Zum Dritten werden die deskriptiven Werte der Abstinenzsicherheit, also der Kriteriumsvariable für die Hypothesentestungen aus den ASI-Fragebögen (*KAZ-35*, *KAZ-AW*), präsentiert (Kap. 6.4). Die einzelnen Fragebögen und deren Variablen sind in den Kapiteln über Messinstrumente (Kap. 5.2) sowie im Anhang (Kap. 10) näher beschrieben.

Die Datenerhebung in der Klinik für Sucht und Psychotherapeutische Medizin fand statt vom Mai bis Oktober 2002. Etwa 70 Probanden inklusive der Vorstudienphase erhielten persönlich das Fragebogenpaket nach Sichtung der Stichprobenkriterien (Kap. 5.5). Einige Bögen wurden nicht zurückgegeben, andere blieben so lücken- bzw. fehlerhaft, dass sie nicht verwendet werden konnten. 52 Fragebögen konnten schließlich in die Datenauswertung übernommen werden.

## 6.1 Überprüfung auf Normalverteilung

Um zu prüfen, ob die intervallskalierten Variablen normalverteilt und damit parametrischen Tests zugänglich sind, wird bei den entsprechenden Variablen der *Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung* durchgeführt. Dieser wird hier dem Chiquadrat-Test vorgezogen, da der K-S-Test als Verteilungsformprüfung für kleinere Fallzahlen besser geeignet ist. Eine andere Überprüfung auf Verteilungsform, nämlich die auf Gleichverteilung, wird in den nächsten Kapiteln (Kap. 6.2 u. 6.3.1) angewendet, wenn es u.a. um die Unterschiedsprüfung der Häufigkeiten von kategorialen Variablen geht.

Die intervallskalierten Variablen für den K-S-Test sind (vergleiche Kap. 10 G – Variablenoperationalisierung):

- AL-Fragebogen: Alter, Kinderzahl, letzter Alkoholkonsum
- SESA-Fragebogen: alle Variablen
- TPF-Fragebogen: alle Variablen
- FLZ-Fragebogen: alle Variablen
- KAZ-Fragebogen: alle Variablen

→ Ergebnis: Alle getesteten Verteilungen sind Normalverteilungen. Damit können prinzipiell parametrische Tests angewendet werden (insbesondere wichtig für die Hypothesentestungen, siehe Kap. 7).

Als Beispiel wird der K-S-Test auf Normalverteilung bei den AL-Variablen „Alter“ (alt.al), „Kinder“ (kin.al), „letzter Alkoholkonsum“ (abst.al) angeführt (Tab. 3).

Tab. 3: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung

		ALT.AL	KIN.AL	ABST.AL
N		52	52	52
Parameter der Normalverteilung <sup>a,b</sup>	Mittelwert	43,21	,69	33,94
	Standardabweichung	7,34	,94	53,24
Extremste Differenzen	Absolut	,082	,365	,336
	Positiv	,046	,365	,336
	Negativ	-,082	-,231	-,306
Kolmogorov-Smirnov-Z		,589	2,635	2,422
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,879	,000	,000

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

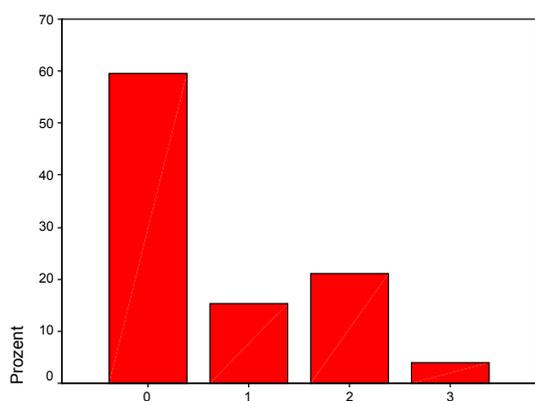
b. Aus den Daten berechnet.

## 6.2 Demographische und Krankheitsdaten (AL, SESA)

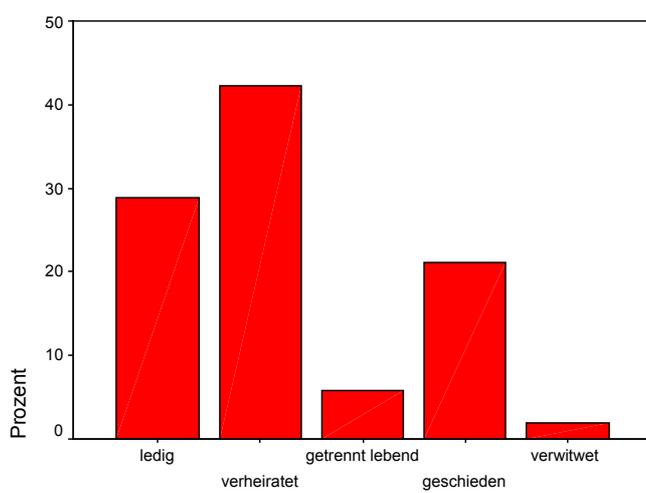
### 6.2.1 Demographische Daten

Insgesamt wurden  $N = 52$  Probanden in die Auswertung aufgenommen. 32 Personen sind Männer, 20 Personen Frauen (n.s. mittels Test auf Binominalverteilung) – bezogen auf die heutige Geschlechterverteilung bei Suchtkranken sind in dieser Stichprobe die Männer etwas unterrepräsentiert; Bevölkerungsstatistiken sprechen von einem Verhältnis Männer zu Frauen = etwa zwei zu eins (s. Kap. 5.5). Das durchschnittliche *Alter* beträgt 43 Jahre ( $x = 43,21$ ;  $s = 7,34$ ), der jüngste Proband ist 24, der älteste 59 Jahre (entsprechend der Alterskriterien der Stichprobe, Spannweite 18 - 59 Jahre).

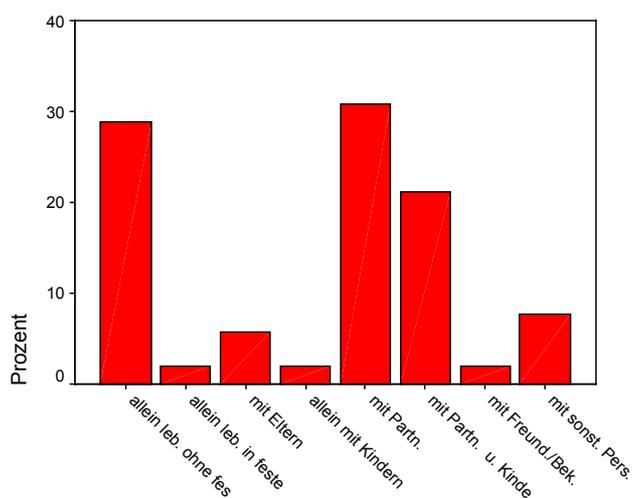
Im Hinblick auf die *familiäre Situation* ergibt sich folgendes Bild: Fast jeder Dritte (29 % der Probanden) ist ledig, 42 Prozent verheiratet, getrennt leben 6 Prozent, geschieden sind 21 Prozent, verwitwet 2 Prozent ( $p < 0,001$ ). Mehrheitlich (60 %) haben die Probanden keine Kinder; 15 Prozent haben ein Kind, während 21 Prozent zwei Kinder und 4 Prozent drei Kinder haben. Etwa gleich viele Probanden (29 % bzw. 31 %) leben allein ohne feste Beziehung oder aber mit einem Partner zusammen, 21 Prozent leben mit Partner und Kindern; deutlich weniger Probanden, nämlich je 3 bis 4 Prozent, wohnen zusammen mit den Eltern bzw. sonstigen Personen (z.B. Wohngemeinschaft), je 1 Prozent lebt allein, aber in fester Beziehung oder allein mit Kindern bzw. mit Freunden/Bekanntem ( $p < 0,001$ ). Zusammengefasst ist also die Mehrzahl der Befragten nicht verheiratet und ohne Kinder, aber lebt nicht allein. Folgende Abbildung (Abb. 10) zeigt die prozentualen Häufigkeitsverteilungen der Variablen Kinder, Familienstand und Lebenssituation:



AL-Kinder



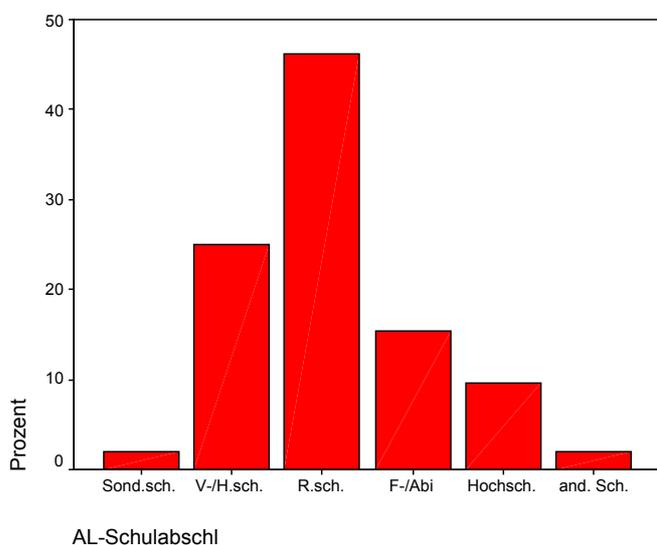
AL-Fam.stand



AL-Leb.sit

Abb. 10: Häufigkeiten der familiären Situation

Zur *Schul- und Berufsausbildung* sowie zur *Berufstätigkeit*: Die meisten Probanden, das sind 46 Prozent (Median = Kategoriennummer „4“), haben die Realschule besucht, ein Viertel die Volks- bzw. Hauptschule, 15 Prozent haben Abitur und weitere 10 Prozent absolvierten eine Hochschule, während 4 Prozent zur Sonderschule oder in eine andere Schule gingen. Bezogen auf die Berufsausbildung (unter Berücksichtigung von Mehrfachnennungen) sind 38 Prozent als Lehrling ausgebildet, 11 Prozent sind ohne Ausbildung, 5 Prozent haben diese abgebrochen, 8 bzw. 9 Prozent haben eine FH bzw. Uni besucht. 2 Prozent sind noch in Ausbildung, während fast jeder Dritte (28 %) im Fragebogen „Sonstiges“ angab (worunter wahrscheinlich Umschulungen u.Ä. fallen). Hinsichtlich der derzeitigen Berufstätigkeit ist die Mehrzahl (39 %) angestellt oder verbeamtet, gefolgt von den Erwerbslosen (19 %), 8 Prozent sind im Haushalt tätig, je 6 Prozent (Fach-)Arbeiter, Rentner bzw. in beruflicher Rehabilitation. 4 Prozent sind selbstständig, 10 Prozent sonstig tätig und schließlich 2 Prozent Schüler o.Ä. Fasst man die beruflichen Daten zusammen, so fällt auf, dass trotz des recht hohen durchschnittlichen Schulausbildungsstandes (fast die Hälfte der Befragten hat zumindest Mittlere Reife) jeder Fünfte erwerbslos ist und jeder Dritte eine Umschulung o.Ä. gemacht hat ( $p < 0,001$ ). Abb. 11 und Tab. 4 veranschaulichen die Verteilungen bei diesen Faktoren:



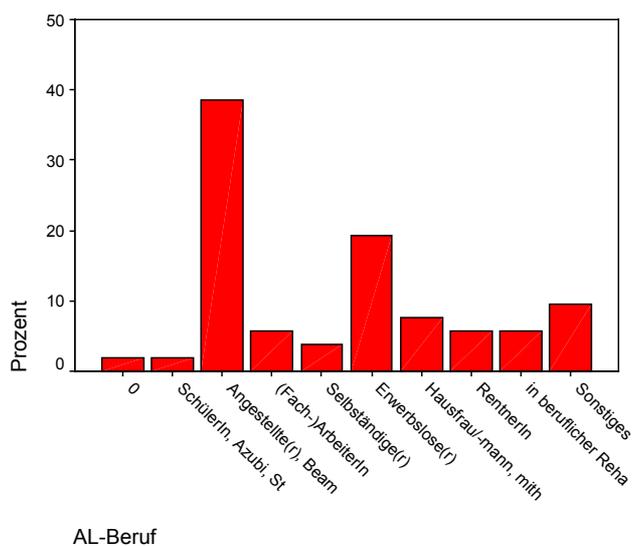


Abb. 11: Häufigkeiten bei Schulabschluss und Beruf

Tab. 4: Häufigkeiten bei Berufsausbildung

Group \$AUSB.AL AL-Ausbild

(Value tabulated = 1)

Dichotomy label	Name	Count	Pct of Responses	Pct of Cases
AL-Ausbild (ohne)	AUSB1.AL	7	10,9	13,5
AL-Ausbild (abg)	AUSB2.AL	3	4,7	5,8
AL-Ausbild (derz)	AUSB3.AL	1	1,6	1,9
AL-Ausbild (Lehre)	AUSB4.AL	24	37,5	46,2
AL-Ausbild (FH)	AUSB5.AL	5	7,8	9,6
AL-Ausbild (Uni)	AUSB6.AL	6	9,4	11,5
AL-Ausbild (Sonst)	AUSB7.AL	18	28,1	34,6
		-----	-----	-----
	Total responses	64	100,0	123,1

0 missing cases; 52 valid cases

Auf die zweifach alternative Frage nach dem *Freizeitverhalten* machten 40 Prozent der Probanden die Aussage, „vorwiegend aktiv“ in der Freizeit zu sein, während 60 Prozent diese „vorwiegend passiv“ verbringen (n.s.).

Folgende Tabelle (Tab. 5) zeigt beispielhaft einige Signifikanzprüfungen mit dem Chi<sup>2</sup>-Test mit hochsignifikanten Häufigkeitsunterschieden (d.h. keine Gleichverteilung der Kategorien) bei den Variablen „Familienstand“ (fasta.al), „Lebenssituation“ (lesit.al), „Schulabschluss“ (schul.al), „Berufstätigkeit“ (beruf.al) und „Krankheitsverständnis“ (krank.al):

Tab. 5: Signifikanztestungen bei AL-Variablen

Statistik für Test					
	FASTA.AL	LESIT.AL	SCHUL.AL	BERUF.AL	KRANK.AL
Chi-Quadrat	28,769	44,923	44,462	58,385	25,077
df	4	7	5	9	2
Asymptotische Signifikanz	,000	,000	,000	,000	,000

## 6.2.2 Krankheitsdaten

Bezogen auf die Frage nach *Alkoholismus in der eigenen Familie und Beziehung* sagten unter Berücksichtigung von Mehrfachnennungen sehr viele Personen, nämlich jeder Zweite bis Dritte (44 % der Befragten), dass die Alkoholkrankheit in der Herkunftsfamilie vorkommt, nur bei 15 Prozent ist der (frühere/gegenwärtige) Partner alkoholkrank ( $p < 0,001$ ); für 41 Prozent (also weniger als der Durchschnitt) ist das Thema Alkohol in der eigenen Familie unbekannt.

Zu den *rechtlichen und sozialen Folgen der Alkoholkrankheit* (Mehrfachantworten) gaben 8 Prozent eine Verurteilung/Geldstrafe an, beinahe jeder Fünfte (18 %) hat bzw. hatte den Führerschein verloren, 13 Prozent den Arbeitsplatz, 18 Prozent mussten alkoholbedingt Schulden machen, bei 13 Prozent hat sich der Partner getrennt, 18 Prozent berichten sonstige negative Folgen, während 13 Prozent der Befragten alkoholspezifische Folgen nicht bekannt sind. Zusammengefasst heißt das, dass fast 90 Prozent alkoholspezifische Folgen der genannten Art kennen ( $p < 0,001$ ).

*Alkoholspezifische Vorbehandlungen* (mindestens eine Vorbehandlung ist Einschlusskriterium der Stichprobe): Unter Berücksichtigung von Mehrfachantworten waren bis zur Datenaufnahme exklusive der momentanen Therapie 12 Prozent der Probanden ein- oder mehrmals in ambulanter Behandlung, ein Drittel hat eine oder mehrere stationäre Entzugstherapien hinter sich, ca. jeder Fünfte (19 %) absolvierte eine stationäre Entwöhnungstherapie, 21 Prozent besuchten eine Selbsthilfegruppe und 16 Prozent waren in einer Suchtberatung. Zusammengerechnet kommen also stationäre und (im weiteren Sinne) ambulante Behandlungserfahrungen prozentual etwa gleich häufig vor (51 % stationär vs. 49 % ambulant).

Zum *Krankheitsverständnis* sagten etwa ein Viertel der befragten Personen, dass „nur wer ganz tief unten ist“, aufhört. Bei etwa einem Achtel (12 %), also deutlich der Minderheit, ist der Alkoholverzicht „reine Willenssache“, während hingegen zwei Drittel, also 65 Prozent, meinen, dass „stark sein gegen Alkohol mühsam ist, aber lernbar“. Das heißt, dass es eine klare Mehrheit gibt hinsichtlich des Glaubens an Selbststeuerungsfähigkeiten ( $p < 0,001$ ).

Hinsichtlich des *letzten Alkoholkonsums* sind die Probanden nach eigenen Angaben zum Befragungszeitpunkt zwischen 7 und 300 Tagen alkoholabstinent (7 Tage Mindestdauer der Abstinenz als Stichprobenkriterium), im Mittel sind es 34 Tage ( $x = 33,94$ ;  $s = 53,24$ ). Diese relativ breite Streuung kommt dadurch zustande, dass die Patienten der Stichprobe (Patienten der Station G3 und Suchtambulanz im Klinikum am Europakanal Erlangen) entweder direkt einen stationären Alkoholentzug hinter sich haben, aber auch

vor der stationären Behandlung zuhause selbst entzogen haben oder als ambulante Patienten schon seit einiger Zeit abstinent leben (vergleiche Kap. 5.5). 20 Prozent der Patienten sind seit 7 Tagen alkoholabstinent, 12 Prozent seit 14 Tagen, während weitere 6 Prozent seit 21 Tagen alkoholfrei leben (die kumulierte Prozentzahl der Abstinenzler seit maximal 3 Wochen beträgt 73 %, d.h. nur relativ wenige sind seit längerer Zeit abstinent). Diese Verteilung soll die relativ große Variationsbreite von Alkoholpatienten hinsichtlich des Settings ambulanter und stationärer Alkoholtherapie in der Stichprobe widerspiegeln (siehe Abb. 12):

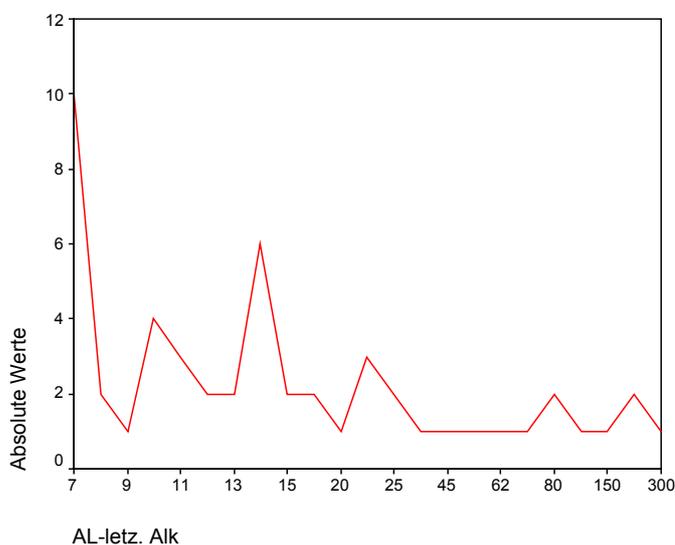


Abb. 12: Häufigkeiten der Abstinenzdauer

Nun zur objektiven **Abhängigkeitsschwere** der untersuchten Personen. Wie schon bei den Überlegungen zur Stichprobenauswahl (Kap. 5.5) ausführlich dargelegt, sind die Probanden im Vorfeld der eigentlichen Befragung als alkoholabhängig nach ICD-10 (F 10.2) diagnostiziert. Die Skala zur standardisierten Messung der Abhängigkeitsschwere (*SESA*) als Bestandteil des Fragebogenpakets der Studie soll die Alkoholkrankheit der Probanden hinsichtlich verschiedener Symptomausprägungen differenzieren (vergleiche Beschreibung des Messinstruments in Kap. 5.2). Zur besseren Veranschaulichung werden die Stichprobenmittelwerte der gewichteten Rohwerte der einzelnen Subskalen des

SESA-Fragebogens in Normwerte (John, Hapke & Rumpf, 2001) transformiert (Prozentränge). Zum Vergleich dient die Gesamteichstichprobe der Testautoren (N = 538 Probanden aus dem Pool von Patienten einer Alkoholentzugsbehandlung, Patienten eines Allgemeinkrankenhauses sowie der Allgemeinbevölkerung). Die Autoren interpretieren Prozentränge bis 25 als leichte Ausprägung, > 25 bis 75 als mittlere und > 75 als hohe Ausprägung. Bei der Normwerte-Transformation über die gesamte Stichprobe der vorliegenden Ressourcenstudie hinweg ergeben sich zwangsläufig Ungenauigkeiten durch die Verwendung gewichteter Rohwerte (laut Testautoren ist eine Gewichtung nötig wegen der subskalenspezifischen Wertebereichsdifferenzen). Die Schätzungsungenauigkeiten sind jedoch hier in der deskriptiven Darstellung vernachlässigbar. Bei der späteren Hypothesentestung werden deshalb die genaueren und varianzstärkeren Rohwerte statt der transformierten Prozentränge verwendet.

Folgende Tabelle<sup>23</sup> (Tab. 6) zeigt eine Übersicht der Lokalisations- und Dispersionsparameter pro Subskala mit entsprechend transformierten Prozenträngen:

Tab. 6: Deskriptive Daten der SESA-Skala

Transformierte Statistik					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabw.
E.SESA	52	12,50	100,00	66,59	25,33
K.SESA	52	,00	100,00	51,38	36,05
V.SESA	52	,00	100,00	45,95	39,63
P.SESA	52	3,13	100,00	62,08	27,13
T.SESA	52	,00	100,00	69,71	34,06
TE.SESA	52	,00	100,00	20,19	34,67
TU.SESA	52	,00	100,00	19,71	28,58
GES.SESA	52	6,70	82,14	48,15	18,88
Gültige Werte (Listenweise)	52				

<sup>23</sup> In den Tabellen des Ergebnisteils der Arbeit werden der Kompaktheit und damit besseren Lesbarkeit wegen die kurzgefassten Variablen-Namen und -Labels, die im Statistikprogramm SPSS verwendet wurden, aufgeführt. Wenn die Kurzbezeichnungen im laufenden Text nicht wiederholt werden oder sich deren Bedeutung aus dem Zusammenhang ergibt, sei auf die Auflistung der Variablen im Anhang (Kap. 10 G) verwiesen.

	Prozentränge
E.SESA	69
K.SESA	60
V.SESA	63
P.SESA	64
T.SESA	64
TE.SESA	40
TU.SESA	56
GES.SESA	65

Bei den Skalenmittelwerten und deren Dispersionsmaßen fällt auf, dass in der Stichprobe sehr leichte bis sehr starke Abhängigkeitsausprägungen auftreten (Spannweite der gewichteten Rohwerte vom Minimalwert 0 bis Maximalwert 100), die somit eine große Bandbreite hinsichtlich der Symptome wiedergeben. Dies ist, wie auch weiter oben hinsichtlich der Abstinenzdauer beschrieben, durchaus beabsichtigt, um trotz der Homogenitätseinschränkungen bei den Stichprobenkriterien (Kap. 5.5) eine möglichst suchtrepräsentative Auswahl zu haben. Beim Mittelwertvergleich zwischen Frauen und Männern weisen letztere eine höhere Abhängigkeitsschwere auf (jedoch knapp über der 5-prozentigen Signifikanzgrenze). Der normierte, prozentuale Gesamtscore der Abhängigkeitsschwere (ges.sesa) beträgt PR = 65, d.h. die Stichprobe weist durchschnittlich eine mittlere bis hohe Abhängigkeitsschwere (*AS*) auf mit den klassischen psychischen wie physischen Kriterien. Die einzelnen Subskalen bewegen sich in oberen Bereich mit deskriptiv eher geringen Schwankungen (außer beim Faktor „Toleranzumkehr“ (tu.sesa) mit eher leichter Ausprägung als zusätzlicher Hinweis auf keine extrem starke Alkoholisierungsschwere der Stichprobe). Auf eine differenziertere Analyse der Subskalen-Werte kann daher an dieser Stelle verzichtet werden (eine weiterführende Betrachtung geschieht in der Hypothesenprüfung zur Abhängigkeitsschwere, s. Kap. 7.4).

## 6.3 Ressourcendaten (AL, RESI)

### 6.3.1 Äußere Ressourcen

Zunächst zu den *objektiv äußeren Ressourcen (RE-Ä)* im Anamneseleitfaden *AL* (vergleiche Variablendefinition im Anhang, Kap. 10 G; siehe auch die Anamnesedaten im vorherigen Kapitel):

- *Beziehungs- und Lebenssituation:* Bezogen auf die Ressource „Partnerschaft/Familienbindung“ sind die Probanden mehrheitlich nicht verheiratet (58 %) und haben keine Kinder (60 %), wobei jedoch zwei Drittel nicht alleinleben. (Zur Frage der Wirkung als äußere Ressource auf die Abstinenz siehe Kap. 3.1 sowie Hypothesenprüfung, Kap. 7.3.)
- *Ausbildungs- und Berufssituation:* Der Durchschnitt der Probanden hat eine „gute Schulbildung“, nämlich die Mittlere Reife, während niemand ganz ohne Schulabschluss ist. Entsprechend haben nur 16 Prozent keine oder eine abgebrochene Berufsausbildung. Hingegen ist jeder Fünfte erwerbslos und mindestens jeder Dritte orientierte sich beruflich schon einmal um. Die Mehrheit ist also vom Ausbildungsgang her gesehen relativ gut ausgestattet im Unterschied zur gegenwärtigen beruflichen Situation.
- Bezogen auf die Ressource *Freizeitgestaltung* sind weniger Personen (40 %) aktiv orientiert (gegenüber 60 % passive Freizeitgestaltung).
- *Alkoholspezifische äußere Ressourcen:* „Kein Alkoholismus in der Familie“ kommt weniger Probanden als Ressource zugute (41 % vs. 59 % Alkoholismus in Herkunftsfamilie bzw. Partnerschaft; n.s.). Nur knapp jeder achte Befragte kennt keine „rechtlichen oder sozialen alkoholspezifischen Folgen“ ( $p < 0,001$ ). Fast jeder Dritte (31 %) hat schon einmal eine heilkundliche ambulante oder stationäre Entwöhnungstherapie erfahren und noch mehr erhielten stützende Hilfe im Rahmen einer Selbsthilfegruppe oder Beratung (insgesamt 37 %). Die Ressource „Abstinenz“ ist bei den Patienten im Durchschnitt seit 34 Tagen vorhanden. (Wegen der Frage, ob bzw. wie die Abstinenzdauer als Ressource wirkt, siehe wiederum Kap. 7.3.)

### 6.3.2 Psychische Ressourcen

Das Ressourceninventar *RESI* liefert folgende deskriptive und analytische Ergebnisse bei den *psychischen Ressourcenprofilen*:

Vorab eine erneute Bemerkung zu den verwendeten Normwerten der standardisierten Fragebögen. Beim *TPF* wie beim *SESA* (siehe oben in Kap. 6.2) und beim gleich zu beschreibenden *FLZ*-Fragebogen werden (außer bei Mittelwertvergleichen) die geeichten Normwerte der Testautoren herangezogen. Der *TPF* ist mit T-Werten normiert (Becker, 1989), der *SESA* (John, Hapke & Rumpf, 2001) mit T-Werten und Prozenträngen, der *FLZ* (Fahrenberg et al., 2000) mit Stanine-Werten für die Gesamtstichprobe. Die Eichung des *TPF* geschah über eine repräsentative, bundesweite Befragung (N = 961), beim *FLZ* ebenso (N = 2870), der *SESA* wurde an 774 alkoholabhängigen Probanden (Allgemeinbevölkerung, psychiatrische Krankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser) geeicht. Standardisierte Normwerte statt Rohwerte werden im deskriptiven Teil der Arbeit verwendet, um aussagekräftige Angaben hinsichtlich Populationsgrößen machen zu können. Die Wiedergabe von reinen Fragebogen-Rohwerten (außer beim Abstinenz-Sicherheitsinventar *ASI*, im folgenden Kapitel (Kap. 6.4), wo keine Normwerte existieren) macht wenig Sinn, da die inhaltliche Bedeutung geringer ist.

1. Zunächst zu den Antworten des *personalen Ressourceninventars RESI-P* mittels des *TPF*-Fragebogens:

Die Normwerte liegen nur getrennt vor für Männer und Frauen und nochmals aufgeteilt in zwei Altersklassen, nämlich für 18- bis 40-Jährige und 41- bis 80-Jährige. Die nach dem Alter ungruppierten *TPF*-Rohwerte der Ressourcenstudie wurden daraufhin neu kategorisiert in vier entsprechende Alters- und Geschlechtsgruppen und die Skalenmittelwerte dann in die T-Normwerte transformiert. Das Skalenprofil zeigt über alle Gruppen hinweg ein relativ einheitliches Bild. Kein Skalenwert gelangt über die mittlere T-Norm von T = 50, d.h. alle Skalen (Verhaltenskontrolle *VK*, seelische Gesundheit *SG* sowie die Subskalen seelisch-körperliches Wohlbefinden, Selbstaktualisierung und Wertschätzung) bleiben unter dem Durchschnitt der geeichten Referenzstichproben im Bereich des zweiten Drittels. Die Untersuchungsstichprobe der Alkoholiker dieser Stu-

die ist also hinsichtlich ihres personalen Ressourcenprofils im Populationsvergleich beeinträchtigt. Den Normdurchschnitt erreichen nur die älteren Frauen in den Subskalen „Expansivität“ (Selbstsicherheit, Extraversion) und die jüngeren Frauen in der „Liebesfähigkeit“ (emotionale Offenheit, Zugänglichkeit).

Bei der Betrachtung der Skalenrangfolge innerhalb der Prüfstichprobe (Mittelwertvergleich;  $p < 0,001$ ) tritt die Subskala „Autonomie“ als vergleichsweise stärkster Ressourcenbereich hervor, gefolgt von „Sinnerfülltheit“ und „Beschwerdefreiheit“. Am schwächsten erscheint der Faktor „Selbstvergessenheit“. Tab. 7 vermittelt die mittleren Ränge der einzelnen Skalen inklusive Signifikanzprüfung, Abb. 13 den graphischen Vergleich der Subskalenmittelwerte der seelischen Gesundheit:

Tab. 7: Skalenvergleich des TPF-Fragebogens

Ränge		Statistik für Test <sup>a</sup>	
	Mittlerer Rang		
VK.TPF	7,79	N	52
SG.TPF	8,72	Chi-Quadrat	346,912
SE.TPF	4,94	df	8
SV.TPF	1,04	Asymptotische Signifikanz	,000
BF.TPF	4,74		
EX.TPF	3,41		
AU.TPF	7,15		
SW.TPF	2,84		
LF.TPF	4,37		

a. Friedman-Test

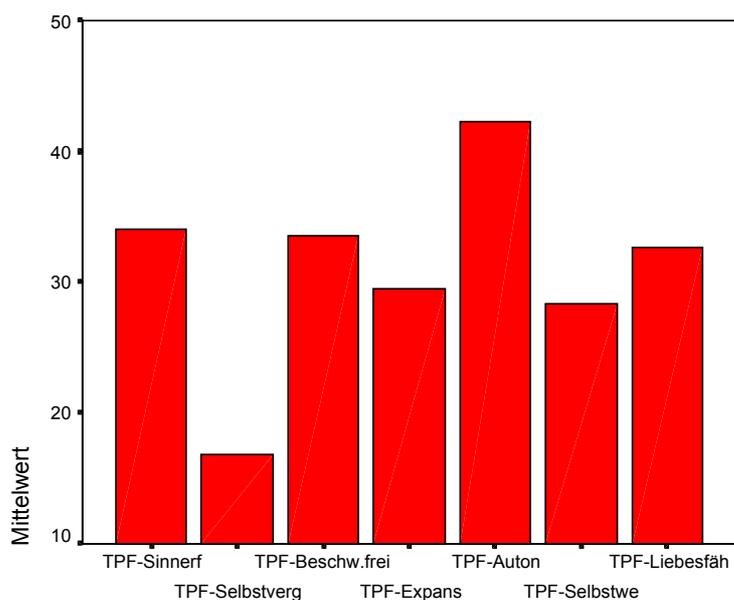


Abb. 13: Subskalenmittelwerte der seelischen Gesundheit

Die beiden Globalfaktoren seelische Gesundheit (SG) und Verhaltenskontrolle (VK) nehmen erwartungsgemäß als Hauptfaktoren die beiden vorderen Ränge ein, wobei sie entsprechend der Fragebogenkonstruktion unabhängige Faktoren darstellen. Ein durchgeführter T-Test der Mittelwerte für abhängige Stichproben ergab keine signifikante Korrelation (vergleiche Tab. 8), vielmehr ist der Unterschied zwischen SG und VK hochsignifikant ( $p < 0,001$ ).

Tab. 8: Zusammenhang SG – VK

**Korrelationen bei gepaarten Stichproben**

	N	Korrelation	Signifikanz
Paaren 1 VK.TPF & SG.TPF	52	,010	,945

Im direkten geschlechts- und altersspezifischen Vergleich innerhalb der Stichprobe zeigen sich keine Unterschiede hinsichtlich der beiden personalen Ressourcenniveaus. Außer, dass ältere Probanden (eher Männer) verhaltenskontrollierter sind als jüngere ( $p < 0,01$  im ANOVA-Test).

2. Als nächstes nun zu den Antworten des **aktuellen Ressourceninventars RESI-A** mittels des *FLZ*-Fragebogens:

Als Normwerte werden hier die Stanine-Normen der Gesamteichstichprobe des *FLZ* ( $N = 2870$ ) herangezogen. Zwar liegen auch geschlechts- und altersspezifische Normen vor, diese sind jedoch zu differenziert (dezidierte Altersunterteilung) und daher für diese Darstellung ungeeignet. Alle Skalen des Fragebogens (außer „Wohnung“ (wohn.flz), die im Durchschnitt liegt,  $ST = 5$ ) sind unterdurchschnittlich ausgeprägt. Dies bedeutet, dass die Untersuchungsstichprobe hinsichtlich ihrer aktuellen Lebenszufriedenheit *LZ* in diversen internen und externen Lebensbereichen eher unzufrieden ist ( $ST = 3$  bis  $4$ ); die „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ (lz.flz) liegt durchschnittlich bei  $ST = 3$  (Spannweite von  $ST = 1$  bis  $ST = 9$ ). Dabei besteht kein signifikanter Geschlechtsunterschied, wohl aber beim Alter: Die Älteren sind etwas zufriedener ( $\eta = 0,33$ ;  $p < 0,05$ ). Mit Abstand am zufriedensten sind die Probanden mit ihrer Wohnung (wohn.flz) und ihren Kindern (kin.flz). Betrachtet man die weiteren Ränge der Skalenmittelwerte, folgen „Arbeit und Beruf“ (arb.flz) und „Freizeit“ (frei.flz), „Bekannte, Verwandte“ (bek.flz) sowie dann „Ehe und Partnerschaft“ (ehe.flz) (signifikante Rangunterschiede;  $p < 0,05$ ). Den untersten Rangplatz der Zufriedenheit nimmt die „Gesundheit“ (gsu.flz) ein (siehe Tab. 9 und Abb. 14). Insgesamt betrachtet liegt bezüglich der Ressourcenausstattung der Alkoholiker-Stichprobe ein Ergebnis vor, dass nicht überraschen dürfte, wenn man die Problem- und Defizitseite von Suchtkranken berücksichtigt (siehe Kap. 3.1).

Tab. 9: Skalenvergleich des FLZ-Fragebogens

Ränge	
	Mittlerer Rang
GSU.FLZ	4,16
ARB.FLZ	5,38
FIN.FLZ	4,94
FREI.FLZ	5,38
EHE.FLZ	5,22
KIN.FLZ	6,81
PER.FLZ	4,84
SEX.FLZ	4,88
BEK.FLZ	5,31
WOH.FLZ	8,09

Statistik für Test <sup>a</sup>	
N	16
Chi-Quadrat	20,295
df	9
Asymptotische Signifikanz	,016

a. Friedman-Test

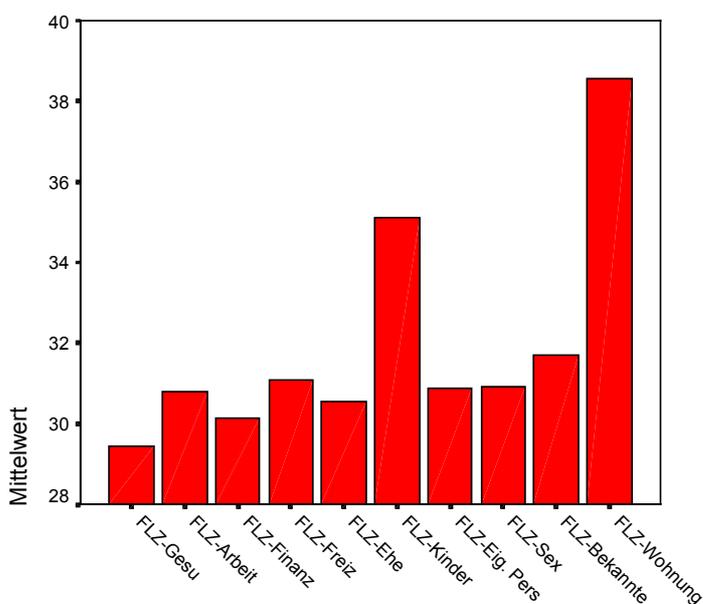


Abb. 14: Subskalenmittelwerte der Lebenszufriedenheit

- Hinsichtlich der freien Antworten nach den *persönlich besten (also subjektiv wahrgenommenen), internen und externen, Ressourcen* im REBE-Fragebogen ergibt sich folgendes Bild (Mehrfachnennungen wurden berücksichtigt; zum Fragebogen und zu den einzelnen Kategorien der qualitativen Datensichtung siehe Kap. 5.2 und Anhang, Kap. 10 F).

In der absteigenden Reihenfolge der prozentualen Nennungen im Hinblick auf die *persönlich besten internen Ressourcen (REBE-I)* wurde mit 26 Prozent der Antworten weit am häufigsten die Kategorie „Wille, Entschlossenheit, innere Stärke, Selbstkontrolle“ genannt ( $p = 0,083$ )<sup>24</sup>, gefolgt von „Denken an negative Alkoholfolgen“ (14 %) und „Denken an positive Alkoholfolgen“ (12 %) sowie „Zufriedenheit, Wohlbefinden, Achtsamkeit“ (10 %). Die so gesehen eher „harten“ Ressourcen wie *Selbstkontrolle* und *Selbstkonfrontation* (siehe auch „Einsicht, Krankheitsakzeptanz“ mit 6,5 %) stehen also zusammengezählt in der persönlichen Ressourcenwirksamkeitsliste vorne, gefolgt von den eher „weichen“ Positiv-Ressourcen wie die oben genannten positiven Abstinenzaussichten und Zufriedenheitsressourcen sowie „Optimismus, Hoffnung, Zuversicht“ (7,8 %) und „Selbstaufwertung, Stolz“ (5,2 %). Daneben sind Kompetenzressourcen erfassbar wie „Soziale Kompetenz, Selbstsicherheit“ (5,2 %), „Problembewältigungskompetenz“ (3,9 %) und „Alltagsstrukturierung, positive Lebensgestaltung“ (6,5 %). Die geringste Nennung erhielt die Kategorie „Alkoholvermeidung, Ablenkung“ (2,6 %).

Beispiele von wörtlichen Probandenäußerungen sind:

- „hart bleiben, wenn es auch schwer fällt“ (Kategorie „Wille ...“)
- „Bewusstsein der Gesundheitsschädigung“ (Kategorie „Denken an negative Alkoholfolgen“)
- „daran denken, wie schön das Leben ohne Alkohol sein kann“ (Kategorie „Denken an positive Alkoholfolgen“)
- „meine Umwelt aufmerksam wahrnehmen können“ (Kategorie „Zufriedenheit, Wohlbefinden, Achtsamkeit“)

---

<sup>24</sup> Hier wurde der Wilcoxon-Test angewendet als paarweise Signifikanzprüfung des Häufigkeitsunterschieds bei abhängigen Variablen (hier: Mehrfachantworten) zwischen der am häufigsten genannten Kategorie „Wille“ und der nächsthäufigeren Kategorie „Denken an negative Alkoholfolgen“. Der vorher für alle *REBE*-Variablen durchgeführte Friedman-Test erbrachte hochsignifikante Rangwertunterschiede.

Folgende Tabelle zeigt die genauen Häufigkeitsverteilungen (Tab. 10) für alle Kategorien:

Tab. 10: Häufigkeiten im REBE-I-Fragebogen

**Group \$REBE.I REBE-I**

(Value tabulated = 1)

Dichotomy label	Name	Count	Pct of Responses	Pct of Cases
REBE-I-Wille	WILL.I	20	26,0	38,5
REBE-I-Einsicht	EINS.I	5	6,5	9,6
REBE-I-neg. Alk.fo	NEG.I	11	14,3	21,2
REBE-I-pos. Abst.fo	POS.I	9	11,7	17,3
REBE-I-Optim	OPT.I	6	7,8	11,5
REBE-I-Stolz	STOLZ.I	4	5,2	7,7
REBE-I-Wohlbef	WOHL.I	8	10,4	15,4
REBE-I-Soz. Komp	SOZ.I	4	5,2	7,7
REBE-I-Probl.komp	PROBL.I	3	3,9	5,8
REBE-I-Allt.strukt	ALLT.I	5	6,5	9,6
REBE-I-Alk.verm	VERM.I	2	2,6	3,8
		-----	-----	-----
	Total responses	77	100,0	148,1

0 missing cases; 52 valid cases

Bei den *persönlich besten externen Ressourcen (REBE-Ä)* wurden in etwa gleich häufig die Kategorien „Alkohol-Selbsthilfegruppe, Beratung“ (23 %) und „Unterstützung

durch Freunde, Bekannte, sonstige Personen“ (22 %) genannt. „Unterstützung durch Familie“ wurde am dritthäufigsten mit ca. 15 Prozent genannt, danach die Kategorie „Alkoholtherapie“ (9,6 %). Der sozialen – privaten wie (halb-) professionellen – Unterstützung gegen Alkohol (bei nicht signifikanten Rangdifferenzen im Friedman-Test kann diese als einheitliche Gruppe gesehen werden) kommt also in der Wahrnehmung der Betroffenen eine insgesamt deutlich größere Bedeutung zu als den eher materiell geprägten Ressourcen wie „Beruf, Arbeit“ (8,4 %), „Tagesstruktur“ (4,8 %), „Freizeit“ (3,6 %), „Wohnung“ (2,4 %) oder „Finanzen“ (1,2 %). Zu den zuerst genannten nicht-materiellen Ressourcen zählen auch direkt abstinentenspezifische Faktoren wie „Alkoholfreie Umgebung“ (6 %) und „Konfrontation mit Alkoholfolgen“ (4,8 %), z.B. durch die Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Schäden (siehe auch oben bei internen Ressourcen: „Denken an negative Alkoholfolgen“).

Eine Ressource kann so gesehen „Bestrafungscharakter“ haben, wengleich in der Gesamtbetrachtung der subjektiven internen und externen Ressourcen-Nennungen solcherart negative Verstärker (durch Bestrafung bzw. negative Verstärkung – siehe oben „Alkoholvermeidung, Ablenkung“) gegenüber positiven Verstärkern deskriptiv betrachtet doch zurückstehen.

Wörtliche Beispiele von Probandenangaben bei den äußeren Abstinenz-Ressourcen sind:

- „Die Selbsthilfegruppe `Freizeitinsel‘“ (Kategorie „Alkohol-Selbsthilfegruppe, Beratung“)
- „ Kontakte mit Menschen, die meine Situation kennen und akzeptieren“ (Kategorie „Unterstützung durch Freunde, Bekannte, sonstige Personen“)
- „Enger Familienkontakt“ (Kategorie „Unterstützung durch Familie“)
- „Nachsorge in der Klinikambulanz“ (Kategorie „Alkoholtherapie“)

Tab. 11 wiederum zeigt die einzelnen Häufigkeitsverteilungen aller Kategorien:

Tab. 11: Häufigkeiten im REBE-Ä-Fragebogen

Group \$REBE.E REBE-Ä

(Value tabulated = 1)

Dichotomy label	Name	Count	Pct of Responses	Pct of Cases
REBE-Ä-Alk.th	THERA.E	8	9,6	15,4
REBE-Ä-SH-Gr	SEHI.E	19	22,9	36,5
REBE-Ä-Fam.hilfe	FAM.E	12	14,5	23,1
REBE-Ä-Freu.hilfe	FREUND.E	18	21,7	34,6
REBE-Ä-Konfr	KONFR.E	4	4,8	7,7
REBE-Ä-Beruf	BERUF.E	7	8,4	13,5
REBE-Ä-Freiz	FREIZ.E	3	3,6	5,8
REBE-Ä-Wohn	WOHN.E	2	2,4	3,8
REBE-Ä-Finanz	FINANZ.E	1	1,2	1,9
REBE-Ä-Tag	TAG.E	4	4,8	7,7
REBE-Ä-Alk.frei	ALKFR.E	5	6,0	9,6
		-----	-----	-----
	Total responses	83	100,0	159,6

0 missing cases; 52 valid cases

## 6.4 Daten der Abstinenz-Sicherheit (ASI)

Wie schon im vorigen Kapitel angesprochen (Kap. 6.3.2), fehlen bei den *ASI*-Fragebögen (*KAZ-35* nach Körkel & Schindler, 1996, sowie *KAZ-AW*) Normwerte, so dass bei der Beschreibung der Daten Rohwerte und Mittelwertberechnungen sowie mittlere Ränge zum Skalenvergleich herangezogen werden. Zur Einschätzung der Mittelwerte dienen die Spannweiten der Skalen (beim *KAZ-35* von 0 = „überhaupt nicht zuversichtlich“ bis 100 = „total zuversichtlich“ und beim *KAZ-AW* von -100 = „sehr unangenehm“ bis +100 = „sehr angenehm“; siehe genauer in Kap. 5.2). Tab. 12 gibt die einzelnen Variablen mit den wichtigsten Lokalisations- und Dispersionsparametern wieder:

Tab. 12: Deskriptive Daten des *ASI*-Inventars

Deskriptive Statistik					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
UG.AZ	52	10,00	100,00	68,1058	23,3077
AT.AZ	52	,00	100,00	55,7692	28,9764
SD.AZ	52	8,89	100,00	79,8721	23,0875
AG.AZ	52	6,67	100,00	81,7406	19,7858
UG.AW	52	-95,00	100,00	23,3500	53,5752
AT.AW	52	-100,00	100,00	11,3462	63,8481
SD.AW	52	-94,44	100,00	41,9875	52,1084
AG.AW	52	-75,00	100,00	52,0515	44,5549
GES.AZ	52	7,39	98,50	71,3725	19,4886
GES.AW	52	-82,36	98,75	32,1352	43,9050
GES.AZAW	52	-37,50	95,75	51,7048	29,3517
UG.AZAW	52	-42,50	100,00	45,9442	35,7668
AT.AZAW	52	-47,00	100,00	34,4519	42,1201
SD.AZAW	52	-42,78	100,00	60,8248	34,5558
AG.AZAW	52	-34,17	100,00	66,8415	30,2212
Gültige Werte (Listenweise)	52				

Betrachtet man zunächst die **Gesamtwerte der Abstinenz-Sicherheit** (ges.az, ges.aw, ges.azaw), bewegt sich die durchschnittliche „*Abstinenz-Zuversicht*“ (AZ) der Prüfstichprobe mit  $x = 71,37$  ( $s = 19,49$ ) deutlich im oberen Drittel zwischen „ziemlich zuversichtlich“ und „sehr zuversichtlich“. Der „*Abstinenz-Wert*“ (AW) mit  $x = 32,14$  ( $s = 43,91$ ) liegt bei großer Streuung zwischen neutraler Empfindung des Alkoholverzichts („weder negativ noch positiv“) und eher angenehmer Empfindung („eher positiv“). Der emotionale Abstinenz-Wert liegt zwar im positiven Bereich, ist aber vergleichsweise geringer und unspezifischer ausgeprägt als die kognitive Abstinenz-Zuversicht. Die gesamte durchschnittliche „*Abstinenz-Sicherheit*“ (AS) liegt bei  $x = 51,70$  ( $s = 29,35$ ), was bei einer rechnerischen Kombination der AZ- und AW-Skalen (Spannweite dann von  $-50$  bis  $+100$ ) den Beginn des oberen Drittels darstellt, d.h. die Abstinenz-Sicherheit der Stichprobe ist (deskriptiv gesehen) tendenziell hoch. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich dabei nicht, Frauen haben also in etwa die gleiche Abstinenz-Sicherheit wie Männer (nichtsignifikanter Mittelwertsvergleich sowie Eta-Maß in punkt-biserialer Korrelationsrechnung:  $r_{pbis} = 0,054$ ; n.s.).

Nun zur Beschreibung der vier **Subskalen der Abstinenz-Sicherheit** (einzelne Risikobereiche; Itembeispiele sind im Anhang, Kap. 10 E, zu finden): Hinsichtlich der *Abstinenz-Zuversicht* nimmt (bei hochsignifikanten Rangunterschieden ( $p < 0,001$ ) im Gesamtskalenvergleich) die Zuversicht, bei „Angenehmen Gefühlen“ (ag.az) auf Alkohol zu verzichten, die erste Position ein, dicht gefolgt von der Zuversicht bei „Sozialem Druck“ (sd.az). Deutlich weniger zuversichtlich sind die Probanden der Studie bei „Unangenehmen Gefühlen“ (ug.az), am geringsten jedoch beim Risikobereich „Austesten der Trinkkontrolle“ (at.az)<sup>25</sup>. In Tab. 13 sind die einzelnen Subskalenränge der Abstinenz-Zuversicht zu sehen:

---

<sup>25</sup> Beim differenzierten paarweisen Vergleich mittels Wilcoxon-Test zeigt sich, dass zwischen den ersten beiden Positionen, also bei ag.az und sd.az, der Unterschied nicht signifikant ist, hochsignifikant jedoch bei allen anderen Vergleichen.

Tab. 13: Skalenvergleich der Abstinenz-Zuversicht

Ränge		Statistik für Test <sup>a</sup>	
	Mittlerer Rang	N	52
UG.AZ	2,14	Chi-Quadrat	52,545
AT.AZ	1,64	df	3
SD.AZ	2,97	Asymptotische Signifikanz	,000
AG.AZ	3,24		

a. Friedman-Test

Hinsichtlich des *Abstinenz-Wertes* fällt auf, dass zwei „Sicherheitsgruppen“ bestehen, die signifikant voneinander verschieden sind ( $p < 0,05$  mittels Wilcoxon-Test): Wie bei der Abstinenz-Zuversicht stehen die Rückfallrisikobereiche „Angenehme Gefühle“ (ag.aw) und „Sozialer Druck“ (sd.aw) dicht beieinander, in denen die Probanden den Alkoholverzicht gefühlsmäßig am positivsten empfinden (oder anders ausgedrückt, der Verzicht ihnen am wenigsten ausmacht). Deutlich schwerer fällt es den Probanden, bei „Unangenehmen Gefühlen“ (ug.aw) sowie beim „Austesten der Trinkkontrolle“ (at.aw) auf Alkohol zu verzichten – ein ähnliches Bild wie bei der Abstinenz-Zuversicht; es scheint also ein gewisser Zusammenhang zwischen Zuversicht und Abstinenz-Wert zu existieren (was zu überprüfen ist, siehe Hypothese H2c in Kap. 7.2). Auch kristallisieren sich bestimmte „Sicherheitsgruppen“ heraus (siehe H5 in Kap. 7.5). In Tab. 14 sind die einzelnen Subskalenränge des Abstinenz-Wertes zu sehen:

Tab. 14: Skalenvergleich des Abstinenz-Wertes

Ränge		Statistik für Test <sup>a</sup>	
	Mittlerer Rang	N	52
UG.AW	2,08	Chi-Quadrat	34,275
AT.AW	1,90	df	3
SD.AW	2,96	Asymptotische Signifikanz	,000
AG.AW	3,06		

a. Friedman-Test

Im Hinblick auf die *Abstinenz-Sicherheit* (Kombination aus Abstinenz-Zuversicht und Abstinenz-Wert) können obige Ergebnisse gestützt werden: Die kognitive wie emotionale Sicherheit, auf Alkohol zu verzichten, ist bei „Angenehmen Gefühlen“ (ag.azaw) und beim „Sozialen Druck“ (sd.azaw) am größten – im Unterschied ( $p < 0,001$ ) zu „Unangenehmen Gefühlen“ (ug.azaw) und „Austesten der Trinkkontrolle“ (at.azaw), bei denen das subjektive Trinkrisiko am größten ist. (Die Mittelwerte der jeweiligen Paare sind im T-Test nicht signifikant unterschiedlich, wohl aber zwischen den Paaren.) Man könnte auch sagen, die größte Schwierigkeit besteht darin, der Versuchung zu widerstehen, doch normal trinken zu können. Tab. 15 zeigt die Rangpositionen der Subskalen des Gesamtfaktors „Abstinenz-Sicherheit“, Abb. 15 im Anschluss die graphische Darstellung:

Tab. 15: Skalenvergleich der Abstinenz-Sicherheit

<b>Ränge</b>	
	Mittlerer Rang
UG.AZAW	2,11
AT.AZAW	1,81
SD.AZAW	2,88
AG.AZAW	3,20

<b>Statistik für Test<sup>a</sup></b>	
N	52
Chi-Quadrat	40,333
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Friedman-Test

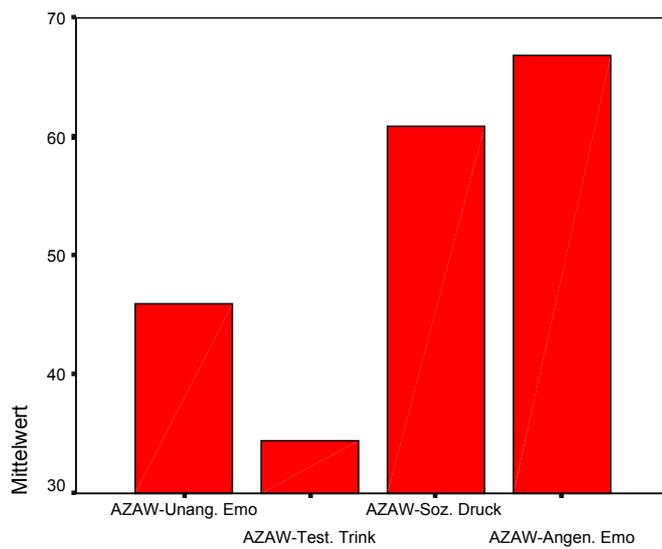


Abb. 15: Subskalenmittelwerte der Abstinenz-Sicherheit

Zur genaueren Analyse der Subskalenzusammenhänge werden beim wichtigen Faktor Abstinenz-Sicherheit (Zielvariable der kommenden Hypothesentestungen) schließlich noch bivariate Korrelationsrechnungen durchgeführt. Tab. 16 listet die Interkorrelationen bezüglich aller vier Risikobereiche auf:

Tab. 16: Interkorrelationen der Abstinenz-Sicherheit

		<b>Korrelationen</b>			
		UG.AZAW	AT.AZAW	SD.AZAW	AG.AZAW
UG.AZAW	Korrelation nach Pearson	1,000	,496**	,738**	,340*
	Signifikanz (2-seitig)	,	,000	,000	,014
	N	52	52	52	52
AT.AZAW	Korrelation nach Pearson	,496**	1,000	,674**	,536**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,	,000	,000
	N	52	52	52	52
SD.AZAW	Korrelation nach Pearson	,738**	,674**	1,000	,626**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,	,000
	N	52	52	52	52
AG.AZAW	Korrelation nach Pearson	,340*	,536**	,626**	1,000
	Signifikanz (2-seitig)	,014	,000	,000	,
	N	52	52	52	52

\*\* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

\* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Die Tabelle zeigt signifikante Korrelationen zwischen allen Risikobereichen. Ein geringer interkorrelativer Zusammenhang besteht dabei zwischen der Abstinenz-Sicherheit bei unangenehmen und angenehmen Gefühlen, ein hoher Zusammenhang hingegen zwischen unangenehmen Gefühlen und sozialem Druck. Dies ist inhaltlich nachvollziehbar, denn unangenehme und angenehme Gefühle stellen zwei Gefühlspolaritäten dar, während unangenehme Gefühle und sozialer Druck eine ähnlich negative Empfindungsqualität aufweisen. Die übrigen Korrelationen bewegen sich im mittleren Bereich. Methodisch bedeutet der Korrelationsvergleich der vier Risikobereiche, dass in den folgenden Hypothesentestungen der Gesamtwert der Abstinenz-Sicherheit als generelle Zielvariable verwendet werden kann, da zwischen allen Teilbereichen signifikante Zusammenhänge bestehen; da aber auch differenzielle Unterschiede zwischen einzelnen Risikobereichen bestehen, lohnt es sich – etwa in der Clusteranalyse (Hypothese 5, siehe Kap. 7.5) – genauer hinzusehen.

---

## 7 Hypothesenprüfung

Nach der deskriptiven Ergebnisdarstellung des vorherigen Kapitels wenden wir uns nun den eigentlichen Fragestellungen dieser Arbeit und deren empirischer Überprüfung zu. An dieser Stelle sei auf den genauen Text der Hypothesen in Kapitel 4.2 verwiesen, im Folgenden werden die Alternativhypothesen jeweils kurz wiederholt. Die Signifikanzprüfungen zur Generalisierung auf die zugrunde liegende Grundgesamtheit geschehen auf dem Fünf-Prozent-Niveau, Ergebnisse unter dieser Irrtumswahrscheinlichkeit werden entsprechend angegeben. Die Hypothesen werden der Sicherheit halber zweiseitig getestet (vergleiche Kap. 4.1). Es werden parametrische Tests verwendet. Anhand der Analysen von Streudiagrammen bei den Korrelations- und Regressionsrechnungen, auf die später in einem Beispiel genauer eingegangen wird, kann insgesamt die Linearität der untersuchten Zusammenhänge vorausgesetzt werden.

### 7.1 Hypothesenblock 1: Ressourcenniveaus

Die zu testenden Hypothesen hinsichtlich des Einflusses des psychischen Ressourcenprofils (RN-P, RN-A), gemessen mit dem Ressourceninventar (*RESI*), auf die Abstinenz-Sicherheit (AZAW), gemessen mit dem Abstinenz-Sicherheits-Inventar (*ASI*), lauten:

- **H1a)** Je höher das personale Ressourcenniveau *RN-P* (seelische Gesundheit SG, Verhaltenskontrolle VK), desto höher ist die subjektive Abstinenz-Sicherheit *AZAW*.

- **H1b)** Je höher das aktuelle Ressourcenniveau *RN-A* (allgemeine Lebenszufriedenheit *LZ*), desto höher ist die subjektive Abstinenz-Sicherheit *AZAW*.
- **H1c)** Das aktuelle Ressourcenniveau *RN-A* hat einen größeren Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit *AZAW* als das personale Ressourcenniveau *RN-P*.
- **H1d)** Der Einfluss der seelischen Gesundheit (*SG*) auf die Abstinenz-Sicherheit *AZAW* ist größer als der der Verhaltenskontrolle (*VK*).

In der *ersten Teilhypothese (H1a)* wird angenommen, dass zwischen der Höhe der generellen, persönlichkeitsbezogenen Ressourcenausstattung *RN-P* (gemessen mit dem *TPF*) und der Höhe der subjektiven Abstinenz-Sicherheit (gemessen mit dem *ASI*) ein signifikant positiver Zusammenhang besteht. Als Ausgangsvariablen werden die Ressourcenfaktoren „Seelische Gesundheit“ (*sg.tpf*) und „Verhaltenskontrolle“ (*vk.tpf*) bestimmt, als Zielvariable der „Gesamtwert der Abstinenz-Sicherheit“ (*ges.azaw*).

Folgende Tabelle (Tab. 17) listet die einzelnen Zusammenhänge auf, wobei hier noch einmal die Unabhängigkeit der beiden Ausgangsvariablen *SG* und *VK* wiedergegeben ist (vergleiche Tab. 8 in Kap. 6.3.2):

Tab. 17: Korrelationen zwischen *RN-P* (*SG*, *VK*) und *AZAW*

		Korrelationen		
		SG.TPF	VK.TPF	GES.AZAW
SG.TPF	Korrelation nach Pearson	1,000	,010	,402**
	Signifikanz (2-seitig)	,	,945	,003
	N	52	52	52
VK.TPF	Korrelation nach Pearson	,010	1,000	,329*
	Signifikanz (2-seitig)	,945	,	,017
	N	52	52	52
GES.AZAW	Korrelation nach Pearson	,402**	,329*	1,000
	Signifikanz (2-seitig)	,003	,017	,
	N	52	52	52

\*\* · Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

\* · Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Die obige Tabelle *belegt*<sup>26</sup> die Hypothese H1a: Je höher das personale Ressourcenniveau RN-P, desto höher die Abstinenz-Sicherheit AZAW. Die Korrelationskoeffizienten beider Ressourcen (SG, VK) sind positiv und signifikant im Zusammenhang. Sehr signifikant ( $p < 0,01$ ) ist der Zusammenhang beim globalen Ressourcenfaktor seelische Gesundheit (SG), die Korrelation selbst ( $r = 0,402$ ) jedoch eher gering. Der Faktor Verhaltenskontrolle (VK) liegt mit  $r = 0,329$  knapp darunter, der Zusammenhang ist signifikant ( $p < 0,05$ ). Die Nullhypothese, die besagt, dass zwischen RN-P und AZAW kein signifikant positiver Zusammenhang besteht, kann damit verworfen werden.

In der *zweiten Teilhypothese (H1b)* wird adäquat zu H1a angenommen, dass zwischen der Höhe der aktuellen, bereichsspezifischen Ressourcenausstattung RN-A (gemessen mit dem *FLZ*) und der Höhe der subjektiven Abstinenz-Sicherheit (gemessen wiederum mit dem *ASI*) ebenso ein signifikant positiver Zusammenhang besteht. Ausgangsvariable ist also hier die „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ (Iz.flz), Zielvariable erneut der „Gesamtwert der Abstinenz-Sicherheit“ (ges.azaw).

Tab. 18 auf der nächsten Seite beschreibt die Korrelation zwischen den beiden Variablen:

---

<sup>26</sup> Hypothesen können, wissenschaftstheoretisch betrachtet, nicht endgültig „bewiesen“, sondern nur durch entsprechende Belege beibehalten oder aber, wenn diese ungenügend sind, fallengelassen bzw. durch bessere Hypothesen ersetzt werden. Gemäß Popper (1969) sind theoretische Annahmen nicht wahr, sondern können sich als (vorläufig) brauchbar erweisen. An eine prinzipielle Wahrheit kann sich bestenfalls angenähert werden, schon verschiedene Sprachregelungen und Randbedingungen relativieren eine sog. Wahrheit. Auch muss bei wissenschaftlichen Analysen, so auch in der vorliegenden, immer beachtet werden, dass es sich bei Hypothesen um Idealisierungen handelt, d.h. theoretische Aussagen gelten „nur für diejenigen Bedingungen, unter denen sie gewonnen und getestet wurden“ (Reincker, 1987, S. 9). Hypothesenbelege sind also im Weiteren als Brauchbarkeitsangaben zu verstehen.

Tab. 18: Korrelation zwischen RN-A (LZ) und AZAW

		Korrelationen	
		LZ.FLZ	GES.AZAW
LZ.FLZ	Korrelation nach Pearson	1,000	,525**
	Signifikanz (2-seitig)	,	,000
	N	52	52
GES.AZAW	Korrelation nach Pearson	,525**	1,000
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,
	N	52	52

\*\* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Der Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit (LZ), also dem aktuellen Ressourcenniveau RN-A, und der subjektiven Abstinenz-Sicherheit (AZAW) ist mit  $r = 0,525$  mittelgroß und hoch signifikant ( $p < 0,01$ ). Die Hypothese H1b ist damit belegt, die Nullhypothese kann ebenfalls wie bei H1a verworfen werden.

In der *dritten Teilhypothese (H1c)* zum Ressourceneinfluss auf die Abstinenz-Sicherheit wird behauptet, dass das aktuelle Ressourcenniveau RN-A einen größeren Einfluss hat als das personale Ressourcenniveau RN-P. Zur Prüfung dieser Hypothese werden zunächst die betreffenden Korrelationskoeffizienten, die augenscheinlich (wenngleich nicht sehr) verschieden sind (siehe oben Tab. 17 und Tab. 18), auf signifikante Verschiedenheit geprüft. Da das Statistikprogramm SPSS (Version 10) keine Möglichkeit bietet, Unterschiede zwischen einzelnen Korrelationskoeffizienten direkt bezüglich statistischer Signifikanz zu prüfen, wird das von Diehl & Staufenbiehl (2001) angebotene DOS-Programm „COR“ verwendet. Auf recht einfache Art kann anhand der Fallzahlen und der in SPSS berechneten Produkt-Moment-Koeffizienten eine Signifikanzbeurteilung erfolgen. Gegenübergestellt werden der Koeffizient  $r$  (LZ/AZAW) auf der einen Seite und die Koeffizienten  $r$  (SG/AZAW) bzw.  $r$  (VK/AZAW) auf der anderen Seite (da letztgenannte Faktoren SG und VK beide das Ressourcenniveau RN-P darstellen).

Die Auswertung über „COR“ ergab keinen signifikanten Unterschied der Korrelationskoeffizienten  $r$  (RN-A/AZAW) und  $r$  (RN-P/AZAW). Also kann nach der Unterschiedstestung auf Basis von  $N = 52$  (Fallzahl) zunächst nicht davon gesprochen werden, dass das aktuelle Ressourcenniveau RN-A signifikant stärker mit der Abstinenz-Sicherheit zusammenhängt als RN-P. Eine Erklärung neben der für diese Signifikanzunterschiede möglicherweise zu geringen Fallzahl liefert die Betrachtung der Interkorrelationen von RN-A und RN-P (Tab. 19):

Tab. 19: Interkorrelationen der psychischen Ressourcenniveaus

		<b>Korrelationen</b>		
		LZ.FLZ	SG.TPF	VK.TPF
LZ.FLZ	Korrelation nach Pearson	1,000	,628**	,389**
	Signifikanz (2-seitig)	,	,000	,004
	N	52	52	52
SG.TPF	Korrelation nach Pearson	,628**	1,000	,010
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,	,945
	N	52	52	52
VK.TPF	Korrelation nach Pearson	,389**	,010	1,000
	Signifikanz (2-seitig)	,004	,945	,
	N	52	52	52

\*\* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Die beiden Ressourcenniveaus RN-A und RN-P, die als aktuelles und personales Profil gemäß des Ressourcenmodells des Autors (vergleiche Abb. 5 in Kap. 3.2) eine theoretische Einheit (psychische Ressourcenausstattung) bilden, hängen auch statistisch zusammen, wie die signifikanten Korrelationen zwischen der aktuellen Lebenszufriedenheit (lz.flz) und der seelischen Gesundheit (sg.tpf) bzw. der Verhaltenskontrolle (vk.tpf) zeigen. Zwischen dem aktuellen und personalen Ressourcenprofil besteht ein geringer bis mittlerer Zusammenhang, es handelt sich also um durchaus unterscheidbare, aber eben doch einen Komplex bildende Faktoren. Bei der Frage nach dem Einfluss auf das Kriterium Abstinenz-Sicherheit ist so gesehen ein nicht-signifikanter Unterschied beim

direkten Korrelations-Vergleich verständlich. Die Hypothese kann trotzdem noch nicht als widerlegt gelten.

Genaueren Aufschluss nicht nur über die Stärke, sondern über die *Art* der postulierten Korrelationszusammenhänge werden nämlich nach der nächsten Teilhypothesentestung mit formell ähnlicher Aussage multiple Regressionsanalysen geben (siehe gleich)<sup>27</sup>.

In der **vierten Teilhypothese (H1d)** wird behauptet, dass im Rahmen des personalen Ressourcenprofils RN-P die seelische Gesundheit (SG) einen höheren Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit (AZAW) hat als der zweite personale Ressourcenfaktor Verhaltenskontrolle (VK). Hierzu wird erneut zunächst die obige „COR“-Prozedur eingesetzt, um die beiden Korrelationskoeffizienten auf ihre Unterschiedlichkeit zu prüfen. Auch hier ist der Unterschied zwischen  $r$  (SG/AZAW) und  $r$  (VK/AZAW) bei  $N = 52$  nicht signifikant (dies obwohl die beiden personalen Ressourcenfaktoren seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle nicht untereinander korrelieren, vergleiche oben Tab. 19).

Einfache und multiple lineare *Regressionsanalysen* aller beteiligten Faktoren des Hypothesenblocks 1 sollen nun genaueren Aufschluss über die Art der aktuellen und personalen Ressourceneinflüsse auf die Abstinenz-Sicherheit geben. Hierzu werden zunächst einfache lineare Regressionsanalysen gerechnet, die dann kombiniert werden, um die signifikanten Varianzanteile der einzelnen Faktoren und die Höhe des gemeinsamen Einflusses auf das Kriterium Abstinenz-Sicherheit aufzuklären. Die beteiligten Faktoren werden nicht simultan aufgenommen, um durch eine schrittweise Prozedur wirklich

---

<sup>27</sup> Multiple Regressionsanalysen vermögen im Unterschied zur genannten „COR“-Analyse, also dem direkten Korrelationskoeffizienten-Vergleich, besser die Art von Variablenzusammenhängen im Sinne der Einflussstärke mehrere unabhängiger Variablen auf eine abhängige Variable zu beschreiben. Kommt es nicht nur auf die *Enge* von getrennt betrachteten Zusammenhängen an, sondern wie bei den vorliegenden Hypothesen H1a und H1b darauf, welcher der Prädiktoren bei gemeinsamer Betrachtung das Kriterium in seiner *Höhe* mehr beeinflusst, ist eine Regressionsanalyse sinnvoll. Dies um so mehr, wenn die Prädiktoren untereinander korrelieren.

relevante Einflüsse zu entdecken und redundante Effekte auszuschließen (vergleiche Diehl & Staufenberg, 2001, oder Zöfel, 2001). Um die unterstellte lineare Beziehung der Prädiktoren und des Kriteriums zu prüfen, wird ein Streudiagramm untersucht. Wie Abb. 16 zeigt, resultiert bei der schrittweisen multiplen Regression aller beteiligter Faktoren ein horizontales Punkteband, das aus Punkten besteht, die zufällig um die Waage-rechte (durch 0) verteilt sind. Somit liegt eine lineare Beziehung vor.

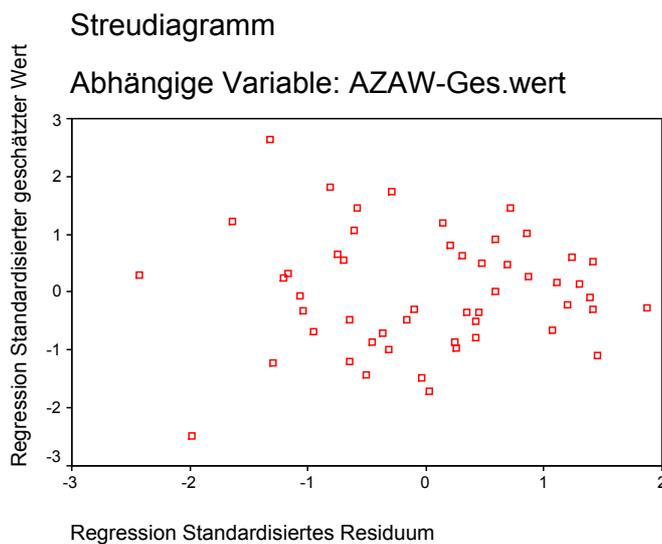


Abb. 16: Streudiagramm der linearen Regression in H1

Einfache Regressionsanalysen zwischen den einzelnen Prädiktoren und der Zielvariable stützen die obigen Hypothesen H1a und H1b dahingehend, dass alle Einflussvariablen (SG, VK, LZ) einen sehr signifikanten (bei SG und LZ) bis signifikanten (bei VK) Beitrag zur Vorhersage leisten. Der Faktor „Seelische Gesundheit“ klärt für sich genommen die Varianz im Kriterium „Abstinenz-Sicherheit“ (AZAW) zu 16 Prozent auf (Determinationskoeffizient  $r^2 = 0,161$ ), die „Verhaltenskontrolle“ zu 11 Prozent ( $r^2 = 0,108$ ) und die „Aktuelle Lebenszufriedenheit“ zu 28 Prozent ( $r^2 = 0,276$ ).

Betrachtet man die standardisierten Regressionskoeffizienten (Beta-Gewichte)<sup>28</sup>, hat letztgenannter RN-A-Faktor also den höchsten Einfluss ( $\beta = 0,525$ ) gegenüber  $\beta = 0,402$  bei SG und  $\beta = 0,329$  bei VK.

Alle drei Variablen können wegen ihres signifikanten Beitrages nun in weitere, multiple Regressionsanalysen aufgenommen werden. Hypothese H1c besagt, dass RN-A (LZ) einen höheren Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit hat als RN-P (SG, VK); Hypothese H1d meint, dass SG mehr Einfluss hat als VK. Zur Klärung von H1c werden die Vorhersagekräfte von LZ und SG bzw. LZ und VK in einer gemeinsamen Analyse verglichen. Bei der Gegenüberstellung von LZ und SG (zusammen 28 %ige Varianzaufklärung) trägt der Faktor „Aktuelle Lebenszufriedenheit“ (LZ) mit einem Beta-Gewicht von  $\beta = 0,450$  signifikant zur Vorhersage der Abstinenz-Sicherheit (AZAW) bei, während der Einfluss von SG keinen zusätzlichen Signifikanzbeitrag leistet ( $\beta = 0,119$ , n.s.). Ähnliches erkennt man beim Vergleich von LZ und VK (zusammen 29 %ige Varianzaufklärung): Während der Einfluss von VK nicht signifikant ist ( $\beta = 0,147$ ), trägt LZ mit  $\beta = 0,468$  signifikant zur Vorhersage bei. Eine schrittweise multiple Regression je nach Höhe der einzelnen Korrelationen (LZ vor SG vor VK) zeichnet zusammenfassend ein eindeutiges Bild (siehe Tab. 20): Die aktuelle Lebenszufriedenheit klärt signifikant zu 28 Prozent Varianz des Kriteriums Abstinenz-Sicherheit auf, die seelische Gesundheit und die Verhaltenskontrolle können mit geringeren Regressionsgewichten keine weitere Varianzaufklärung beitragen. Damit kann die Hypothese H1c als bestätigt gelten, wonach das aktuelle Ressourcenniveau RN-A einen größeren Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit hat als das personale Ressourcenniveau RN-P. Zusätzlich sei bemerkt, dass eine Varianzaufklärung von 28 Prozent nicht besonders hoch ist, was den psychischen Ressourceneinfluss insgesamt relativiert (zumindest den hier gemessenen), d.h. nach zusätzlichen anderen Einflussfaktoren bezüglich der Abstinenz-Sicherheit verlangt (siehe auch Hypothesen 3 bis 5 sowie Diskussionsteil, Kap. 8).

---

<sup>28</sup> Beta-Gewichte als standardisierte Regressionskoeffizienten erlauben nach ihrer absoluten Größe eine Beurteilung der unabhängigen Variablen hinsichtlich der Stärke ihres Einflusses auf die Zielvariable. Damit kann insbesondere in einer schrittweisen Regressionsanalyse beurteilt werden, welche Einflussvariablen die größte Bedeutung haben (vergleiche Bortz, 1985; Zöfel, 2001).

Tab. 20: Schrittweise Regression (LZ, SG, VK – AZAW)

**Modellzusammenfassung**

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,525 <sup>a</sup>	,276	,261	25,2319

a. Einflussvariablen : (Konstante), LZ.FLZ

**Koeffizienten<sup>f</sup>**

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
		B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	-31,640	19,431		-1,628	,110
	LZ.FLZ	,382	,088	,525	4,361	,000

a. Abhängige Variable: GES.AZAW

**Ausgeschlossene Variablen<sup>g</sup>**

Modell		Beta In	T	Signifikanz	Partielle Korrelation	Kollinearitätsstatistik
						Toleranz
1	SG.TPF	,119 <sup>a</sup>	,765	,448	,109	,605
	VK.TPF	,147 <sup>a</sup>	1,128	,265	,159	,849

a. Einflussvariablen im Modell: (Konstante), LZ.FLZ

b. Abhängige Variable: GES.AZAW

Nun noch zur Frage, ob der Faktor „Seelische Gesundheit“ (SG) einen höheren Einfluss hat als die „Verhaltenskontrolle“ (Hypothese H1d). Hierzu werden beide Faktoren ebenfalls in einer gemeinsamen multiplen Regression verglichen. Wie schon die einzelnen Korrelationen bei der Prüfung der ersten Teilhypothese (H1a, vergleiche Tab. 17) andeuten, ist der Zusammenhang mit der Abstinenz-Sicherheit bei SG etwas stärker als bei

der Verhaltenskontrolle VK. Die Höhe des Einflusses bestätigt sich im Regressionsverfahren, wenngleich die Unterschiede auch hier nicht groß sind (Tab. 21):

Tab. 21: Gemeinsame Regression (SG, VK – AZAW)

		Koeffizienten <sup>a</sup>				
		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		
Modell		B	Standardfehler	Beta	T	Signifikanz
1	(Konstante)	-18,462	22,925		-,805	,424
	SG.TPF	1,298	,418	,402	3,103	,003
2	(Konstante)	-99,020	37,273		-2,657	,011
	SG.TPF	1,287	,395	,399	3,259	,002
	VK.TPF	1,767	,665	,325	2,655	,011

a. Abhängige Variable: GES.AZAW

Beide Faktoren des personalen Ressourcenniveaus RN-P tragen signifikant (VK) bis sehr signifikant (SG) zur Vorhersage der Abstinenz-Sicherheit (AZAW) bei. Der Einfluss der seelischen Gesundheit ( $\beta = 0,399$ ) ist zwar nur gering höher als der der Verhaltenskontrolle ( $\beta = 0,325$ ), aber im Rahmen der gemeinsamen linearen Erklärung kann die Hypothese H1d beibehalten werden: Die seelische Gesundheit hat einen gering größeren Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit als die Verhaltenskontrolle.

## 7.2 Hypothesenblock 2: Abstinenz-Sicherheit

Im zweiten Hypothesenblock sollen die beiden Teilfaktoren der Zielvariablen Abstinenz-Sicherheit, nämlich die Abstinenz-Zuversicht (AZ) und Abstinenz-Wert (AW), hinsichtlich des psychischen Ressourceneinflusses (RN-P, RN-A) untersucht werden. Die zu testenden Hypothesen lauten:

- **H2a)** Der Einfluss des personalen Ressourcenniveaus *RN-P* wirkt sich gleichermaßen auf die beiden Abstinenz-Sicherheitsvariablen Abstinenz-Zuversicht *AZ* und Abstinenz-Wert *AW* aus.
- **H2b)** Der Einfluss des aktuellen Ressourcenniveaus *RN-A* wirkt sich gleichermaßen auf die beiden Abstinenz-Sicherheitsvariablen Abstinenz-Zuversicht *AZ* und Abstinenz-Wert *AW* aus.
- **H2c)** Der Zusammenhang zwischen Abstinenz-Zuversicht *AZ* und Abstinenz-Wert *AW* ist positiv, aber nur gering.

Für die Hypothesenprüfungen wird nun neben den bereits bekannten Ressourcenprädiktoren die Zielvariable differenziert. Die *ASI*-Fragebögen liefern für die beiden Teilfaktoren der abhängigen Variable „Abstinenz-Sicherheit“ (ges.azaw) je einen Gesamtwert: „Abstinenz-Zuversicht“ (ges.az) und „Abstinenz-Wert“ (ges.aw). Sie repräsentieren gemäß des theoretischen Modells des Autors die rationale und emotionale Seite der subjektiven Sicherheit, auf Alkohol zu verzichten (vergleiche Kap. 3.3).

In der *ersten Teilhypothese (H2a)* wird postuliert, dass das personale Ressourcenniveau *RN-P* sich auf *AZ* und *AW* gleichermaßen auswirkt, d.h. dass sich die Korrelationen zwischen *RN-P* und *AZ* sowie zwischen *RN-P* und *AW* nicht unterscheiden. Zur Prüfung dieser These werden die jeweiligen Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten statistisch verglichen, wobei für das personale Ressourcenprofil wiederum die beiden Faktoren „Seelische Gesundheit“ und „Verhaltenskontrolle“ herangezogen werden. Bei dieser Analyse, bei der es nicht um die Betrachtung multipler Einflussstärken von meh-

renen unabhängigen Prädiktoren geht, sondern um den Vergleich zweier abhängiger Teilkriterien, ist die im vorherigen Kapitel (Kap.7.1) beschriebene „COR“-Analyse zum Vergleich von Korrelationskoeffizienten die sinnvolle Auswertemethode. Zunächst werden in Tab. 22 die einzelnen Koeffizienten dargestellt:

Tab. 22: Korrelationen zwischen RN-P und AZ/AW

		<b>Korrelationen</b>			
		SG.TPF	VK.TPF	GES.AZ	GES.AW
SG.TPF	Korrelation nach Pearson	1,000	,010	,428**	,346*
	Signifikanz (2-seitig)	,	,945	,002	,012
	N	52	52	52	52
VK.TPF	Korrelation nach Pearson	,010	1,000	,387**	,266
	Signifikanz (2-seitig)	,945	,	,005	,056
	N	52	52	52	52
GES.AZ	Korrelation nach Pearson	,428**	,387**	1,000	,652**
	Signifikanz (2-seitig)	,002	,005	,	,000
	N	52	52	52	52
GES.AW	Korrelation nach Pearson	,346*	,266	,652**	1,000
	Signifikanz (2-seitig)	,012	,056	,000	,
	N	52	52	52	52

\*\* · Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

\* · Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Deskriptiv gesehen ist der Zusammenhang der seelischen Gesundheit (SG) und der Verhaltenskontrolle (VK) mit der Abstinenz-Zuversicht (AZ) enger als mit dem Abstinenz-Wert (AW), wobei die Korrelationen außer beim nichtsignifikanten Zusammenhang VK-AW signifikant bis sehr signifikant, aber die Korrelationen selbst recht gering sind. Vergleicht man nun die Zusammenhänge mittels „COR“-Analyse (Diehl & Staufenberg, 2001), ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Alle Vergleiche hinsichtlich des differenziellen Einflusses des personalen Ressourcenniveaus auf die Abstinenz-Zuversicht bzw. den Abstinenz-Wert liegen bei zweiseitiger Testung weit über der 5 %igen Irrtumswahrscheinlichkeit ( $p = 0,633$  bei SG bzw.  $p = 0,502$  bei VK). Die Hypothese H2a kann daher gestützt werden; also beim Einfluss des personalen Ressour-

cenniveaus RN-P gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen der Abstinenz-Zuversicht AZ und dem Abstinenz-Wert AW. Einschränkend ist festzuhalten, dass beim Ressourcenfaktor „Verhaltenskontrolle“ (VK) die Korrelation zum „Abstinenz-Wert“ (AW) selbst insignifikant ist.

In der *zweiten Teilhypothese H2b* wird hinsichtlich des Einflusses des aktuellen Ressourcenniveaus RN-A entsprechend H2a behauptet, dass sich auch RN-A auf AZ und AW gleichermaßen auswirkt. Zunächst wieder die Darstellung der einzelnen Korrelationskoeffizienten (Tab. 23):

Tab. 23: Korrelationen zwischen RN-A und AZ/AW

		<b>Korrelationen</b>		
		LZ.FLZ	GES.AZ	GES.AW
LZ.FLZ	Korrelation nach Pearson	1,000	,605**	,435**
	Signifikanz (2-seitig)	,	,000	,001
	N	52	52	52
GES.AZ	Korrelation nach Pearson	,605**	1,000	,652**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,	,000
	N	52	52	52
GES.AW	Korrelation nach Pearson	,435**	,652**	1,000
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,000	,
	N	52	52	52

\*\* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Auch hier ist deskriptiv gesehen der Zusammenhang bei der Abstinenz-Zuversicht AZ ( $r = 0,605$ ) enger als beim Abstinenz-Wert AW ( $r = 0,435$ ), wobei alle Korrelationen sehr signifikant sind und im mittleren Bereich liegen. Die zweiseitige „COR“-Analyse jedoch verneint bei gegebener Stichprobengröße ( $N = 52$ ) einen signifikanten Unterschied der Koeffizienten. Die Hypothese H2b kann ebenfalls gestützt werden, nämlich

dass sich das aktuelle Ressourcenniveau RN-A gleichermaßen auf Abstinenz-Zuversicht AZ und Abstinenz-Wert AW auswirkt.

Die *dritte Teilhypothese (H2c)* befasst sich mit der Interkorrelation zwischen den beiden Kriteriumsvariablen Abstinenz-Zuversicht und Abstinenz-Wert. Gemäß der theoretischen Annahme (s. Kap. 3.3) hängen beide Faktoren der Abstinenz-Sicherheit als kognitive und emotional-motivationale Teilaspekte bedingt zusammen, sind also nicht unabhängig; es wird angenommen, dass ein positiv signifikanter, wenngleich geringer Zusammenhang besteht, da beide Faktoren unterschiedlich ausgeprägt sein können (etwa im Sinne von „ans Können glauben, aber sich trotzdem anders fühlen“). Tab. 24 stellt die Produkt-Moment-Korrelation der Abstinenz-Zuversicht (ges.az) und des Abstinenz-Wertes (ges.aw) vor. Zur Berechnung werden die Gesamtwerte herangezogen, die über die einzelnen Subskalen der *KAZ-35*- und *KAZ-AW*-Fragebögen ermittelt werden:

Tab. 24: Interkorrelation AZ – AW

		<b>Korrelationen</b>	
		GES.AZ	GES.AW
GES.AZ	Korrelation nach Pearson	1,000	,652**
	Signifikanz (2-seitig)	,	,000
	N	52	52
GES.AW	Korrelation nach Pearson	,652**	1,000
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,
	N	52	52

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Beide Faktoren korrelieren, wie in der Hypothese behauptet, (sehr) signifikant im positiven Bereich, d.h. je höher die eine Variable, desto höher auch die andere. Gemäß der Konvention über die Stärke von linearen Zusammenhängen (siehe z.B. Zöfel, 2001)

liegt der Koeffizient ( $r = 0,652$ ) jedoch dabei im mittleren Bereich zwischen  $0,5 < r \leq 0,7$ , also nicht wie vermutet gering positiv ( $0 < r \leq 0,5$ ). Der behauptete gering positive Zusammenhang kann also (knapp) nicht angenommen werden, die Hypothese H2c muss fallengelassen werden.

### 7.3 Hypothesenblock 3: Äußere Ressourcen

Im dritten Hypothesenblock geht es um die Frage des Einflusses äußerer Ressourcen (RE-Ä), gemessen mit dem Anamneseleitfaden (*AL*), auf die Abstinenz-Sicherheit (AZAW). Die genaue Hypothese lautet:

- **H3)** Äußere Ressourcen *RE-Ä* haben keinen signifikanten Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit *AZAW*.

Geprüft werden hierzu die Mittelwerte  $AZAW_x$ , ob sie sich hinsichtlich der einzelnen *RE-Ä*-Ausprägungen (Familienstand, Bildung, Alkoholfolgen u.a.; siehe Aufzählung im Anhang, Kap. 10 G) signifikant unterscheiden. Verwendet werden einfaktorielle Varianzanalysen mit der abhängigen Variable „Abstinenz-Sicherheit“ (ges.azaw) und den jeweiligen unabhängigen äußeren Ressourcenvariablen aus dem *AL*-Fragebogen. Sind die Mittelwerte der intervallskalierten Abstinenz-Sicherheit hinsichtlich der einzelnen Ausprägungen pro Ressourcenfaktor (meist Nominaldaten, d.h. Ressource ist vorhanden oder nicht vorhanden) nicht signifikant verschieden, kann die Hypothese H3 bestätigt werden. In den folgenden Tabellen und Abbildungen werden die Signifikanzprüfungen und graphische Tendenzen der Mittelwerte vorgestellt. Nicht einzeln dargestellt, aber jeweils geprüft wurden die Varianzhomogenitäten, die zusammen mit der bereits geprüften Normalverteilung (Kap. 6.1) Voraussetzung sind für die Durchführung der ein-

faktoriellen Varianzanalyse. In allen Fällen liegt keine Verletzung der Homogenitätsbedingung vor.

Zunächst zu den Ressourcenfaktoren „Familienstand“ (fasta.al), „Kinder“ (kin.al) und „Lebenssituation“ (lesit.al), die als *soziale Bindungsfaktoren* in einer Gruppe zusammengefasst werden können. In Tab. 25 sind die Signifikanzprüfungen der Varianzanalysen dieser Stichproben hinsichtlich der abhängigen Variablen Abstinenz-Sicherheit zu sehen:

Tab. 25: ANOVA bei sozialen Bindungsressourcen

**ANOVA (fasta.al - ges.azaw)**

AZAW-Ges.wert

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	2557,853	4	639,463	,726	,578
Innerhalb der Gruppen	41379,79	47	880,421		
Gesamt	43937,64	51			

**ANOVA (kin.al - ges.azaw)**

AZAW-Ges.wert

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	192,557	3	64,186	,070	,975
Innerhalb der Gruppen	43745,09	48	911,356		
Gesamt	43937,64	51			

**ANOVA (lesit.al - ges.azaw)**

AZAW-Ges.wert

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	6262,161	7	894,594	1,045	,415
Innerhalb der Gruppen	37675,48	44	856,261		
Gesamt	43937,64	51			

Die Tabelle macht deutlich, dass beim Vergleich der sozialen Beziehungsressourcen Familienstand, Kinder und Lebenssituation keine signifikanten Mittelwertsunterschiede bei der Abstinenz-Sicherheit bestehen. Anders ausgedrückt haben diese äußeren Ressourcen keinen signifikanten Einfluss auf die Sicherheit, nicht zu trinken. Nur deskriptiv ist bei der Betrachtung der Mittelwertsgrafiken (hier nicht angeführt) eine gewisse Tendenz dahingehend zu erkennen, dass Personen, die in fester Beziehung leben und Kinder haben, abstinentzsicherer sind als getrennt lebende (v.a. Alleinerziehende).

Die nächste Gruppe der äußeren Ressourcen bildet die **Berufs- und Freizeitsituation**. Aus dem *AL*-Fragebogen können die Variablen „Bildungsgrad“ (schul.al), „Berufsausbildung“ (ausb.al), „Berufstätigkeit“ (beruf.al) sowie „Freizeitgestaltung“ (freiz.al) zu einer Gruppe zusammengestellt werden. In einzelnen einfaktoriellen Varianzanalysen ergibt sich folgendes Szenario:

Keinen signifikanten Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit hat der *Schulabschluss* (Tab. 26), jedoch ist wieder deskriptiv eine Tendenz zu erkennen hinsichtlich: Höhere Bildung macht sicherer gegen das Trinken<sup>29</sup> (Abb. 17). Ebenfalls kein signifikanter Einfluss ist bezüglich der *Berufsausbildung* zu erkennen. Untersucht wurde hier mittels einer zweifaktoriellen Varianzanalyse (wegen der Mehrfachantworten bei der Variablen „Berufsausbildung“; es wurde die Frage analysiert, ob „keine“ bzw. „abgebrochene“ Ausbildung einen Einfluss hat). Des Weiteren kann die Hypothese des mangelnden Einflusses äußerer Ressourcen hinsichtlich der derzeitigen *Berufstätigkeit* sowie des aktiven vs. passiven *Freizeitverhaltens* bejaht werden. Insgesamt haben also alle Ressourcen der Berufs- und Freizeitsituation keinen signifikanten Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit (bei „Freizeit“ mit deskriptiver Tendenz zu „aktive Freizeitgestaltung“ als

---

<sup>29</sup> Allgemein wird bei den Korrelationsaussagen kein *kausaler* Zusammenhang behauptet, was statistischerseits bekannt ist (z.B. Bortz, 1985). Beeinflussungsaussagen implizieren die Umkehrrichtung: „Eine Variable beeinflusst eine andere“ heißt möglicherweise „auch umgekehrt“. Vom Theoriemodell her gesehen sind die Ressourcen als Prädiktoren definiert, d.h. als „Ursachen“ bzw. „Basis“, untersucht werden aber streng genommen „Zusammenhänge“ in beide Richtungen.

Ressource). Tab. 26 und Abb. 17 zeigen beispielhaft die Varianzanalyse bei der Variablen „Schulabschluss“ (Bildungsgrad):

Tab. 26: ANOVA bei "Bildungsgrad"

**ANOVA (schul.al - ges.azaw)**

AZAW-Ges.wert

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	2508,444	5	501,689	,557	,732
Innerhalb der Gruppen	41429,20	46	900,635		
Gesamt	43937,64	51			

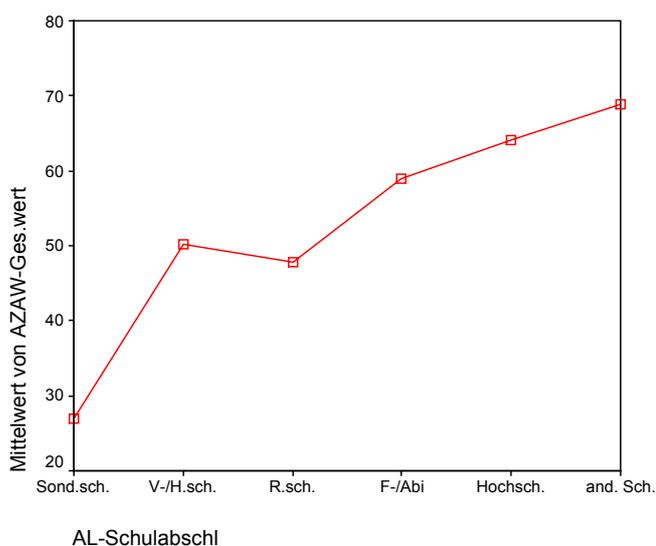


Abb. 17: Liniendiagramm des Einflusses "Bildungsgrad"

Schließlich zur Gruppe der **alkoholspezifischen äußeren Ressourcen**. Hier werden die Variablen „Alkoholismus in Familie und Partnerschaft“ (afa.al), „Alkoholspezifische Folgen“ (afo.al), „Alkoholspezifische Vorbehandlungen“ (ath.al) sowie „Abstinenzdauer“ (abst.al) zusammengefasst. Bezüglich des (fehlenden) Auftretens der *Alkoholkrankheit in der Herkunfts- bzw. jetzigen Familie* wurde (da Mehrfachantworten) eine drei-

faktorielle Varianzanalyse gerechnet, die keine signifikanten Hinweise auf Einflussunterschiede ergab. Wenn keine *rechtlich-sozialen alkoholspezifischen Folgen* bekannt sind, ist zwar in der einfaktoriellen Analyse ein Einfluss auf höhere Abstinenz-Sicherheit zu erkennen, der jedoch knapp über dem 5-Prozent-Signifikanzniveau liegt (Tab. 27):

Tab. 27: ANOVA bei "keine alkoholspez. Folgen"

**ANOVA (afo8.al - ges.azaw)**

AZAW-Ges.wert

	Quadrat-summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	3173,326	1	3173,326	3,892	,054
Innerhalb der Gruppen	40764,32	50	815,286		
Gesamt	43937,64	51			

Bei der Variablen „*Alkoholspezifische Vorbehandlungen*“ wurde in einer dreifaktoriellen Varianzanalyse der (gemeinsame) Einfluss von ambulanter Therapie, stationärer Entwöhnungstherapie und Selbsthilfegruppenbesuch analysiert (diese Variablen sind als „therapeutische äußere Ressourcen“ von Interesse). Auch hier zeigen sich keine signifikanten Effekte, jedoch überraschende deskriptive Ergebnisse bezüglich der subjektiven Abstinenz-Sicherheit: (Die Aussagen sind vorbehaltlich zu verstehen.) Grundsätzlich scheint eine Therapie besser zu sein als keine Therapie (was zunächst nicht überrascht; dies gilt auch für den stationären Entzug) – aber zuviel scheint auch nicht gut zu sein, denn die geringste Abstinenz-Sicherheit zeigen Probanden, die entweder keine Behandlungsform erfahren (haben) oder alle drei. Die deskriptiv höchste subjektive Sicherheit nicht zu trinken weisen diejenigen auf, die das ambulante Setting im breiten Sinn nutzen (Therapie inklusive Selbsthilfegruppe), im direkten Vergleich ambulante vs. stationäre Therapie schneidet jedoch letztere besser ab. Also eine Bestätigung für die praktische Erfahrung: Gut ist stationäre Entwöhnung mit ambulanter Nachsorge.

Schließlich noch zur Ressource der *Abstinenzzeit*: Auch hier gibt es keine signifikanten Unterschiede, die Produkt-Moment-Korrelation zur Abstinenz-Sicherheit ist jedoch (sehr gering) im Negativbereich. Zumindest innerhalb des ersten Jahres (gemessene Abstinenzdauer in dieser Stichprobe bis 300 Tage, wobei die meisten Probanden deutlich darunter liegen) kann also auf Basis der abstinenten Zeit keine – und wenn dann eine eher skeptische – Rückfallrisikoaussage gemacht werden (wiederum ein praktischer Erfahrungswert).

*Zusammenfassend* ist zum Einfluss der hier untersuchten äußeren Ressourcen auf die subjektive Abstinenz-Sicherheit zu sagen, dass keine signifikanten Unterschiede bezüglich eines Vorhandenseins oder Nicht-Vorhandenseins der Ressourcen erkennbar sind. Damit ist die Hypothese H3 belegt, dass äußere Ressourcen keine bedeutsame Wirkung auf die Abstinenz-Sicherheit haben, wenngleich zumindest positive Tendenzen erkennbar sind. Eines kann trotzdem festgehalten werden, betrachtet man die absoluten AZAW-Werte: Keine äußere Ressource hat einen signifikanten Negativeinfluss, die gemessenen Werte der Abstinenz-Sicherheit liegen, wie gesagt, im positiven, durchschnittlich mittleren Bereich.

#### **7.4 Hypothesenblock 4: Abhängigkeitsschwere**

Im vierten Hypothesenblock wird der Frage nachgegangen, welchen Einfluss die Abhängigkeitsschwere (AS), gemessen mit der „Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit“ (*SESA*), auf die Abstinenz-Sicherheit (AZAW) hat. Die Behauptung der Hypothese H4 lautet:

- **H4)** Je höher die Abhängigkeitsschwere *AS*, desto niedriger die Abstinenz-Sicherheit *AZAW*.

Der Zusammenhang zwischen der Abhängigkeitsschwere *AS* und der Abstinenz-Sicherheit *AZAW* sollte signifikant negativ sein, wobei zur Messung die jeweiligen Gesamtwerte der Skalen (*ges.sesa*, *ges.azaw*) herangezogen werden. In der Korrelationsrechnung, wiederum auf Intervallniveau, ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Abhängigkeitsschwere und subjektiver Abstinenz-Sicherheit, der Korrelationskoeffizient selbst ist sehr gering (Tab. 28):

Tab. 28: Korrelation zwischen *AS* und *AZAW*

<b>Korrelationen</b>			
		GES.SESA	GES.AZAW
GES.SESA	Korrelation nach Pearson	1,000	,018
	Signifikanz (2-seitig)	,	,897
	N	52	52
GES.AZAW	Korrelation nach Pearson	,018	1,000
	Signifikanz (2-seitig)	,897	,
	N	52	52

Die Hypothese H4 kann somit nicht gestützt werden, die Nullhypothese, wonach kein bedeutsam negativer Zusammenhang zwischen den beiden Faktoren besteht, muss beibehalten werden. Natürlich drängt sich die Frage auf, woran es liegt, dass zwischen Krankheitsschwere und der persönlichen Sicherheit des Alkoholverzichts kein Zusammenhang erkennbar ist; im Diskussionsteil (Kap. 8) wird dem nachgegangen.

Interessant dürfte trotzdem die genauere Analyse der **Subfaktoren** sein. Der *SESA*-Fragebogen (John, Hapke & Rumpf, 2001) erlaubt die Unterscheidung theoretisch begründeter Abhängigkeitskriterien (vergleiche Kap. 5.2). Von Bedeutung sind vor allem die „Kernmerkmale ersten Grades“, nämlich „Körperliche Entzugssymptome“ (*k.sesa*),

„Psychische Entzugssymptome“ (p.sesa) und „Toleranzsteigerung“ (t.sesa). Insbesondere die körperlichen Entzugssymptome signalisieren die physische Abhängigkeitsschwere, während die psychischen Entzugssymptome die seelische Seite des Alkoholismus wiedergeben: laut Testautoren „ein praktikabler Weg zur Messung der Stärke des Verlangens und damit der psychischen Abhängigkeit“ (S. 19). Die Berechnung der Zusammenhänge dieser Faktoren mit der Abstinenz-Sicherheit und deren Unterfaktoren Abstinenz-Zuversicht (AZ) und Abstinenz-Wert (AW) bestätigt die Gesamthypothese H4 auf Grund fehlender signifikanter Korrelationen. Die Subkriterien untereinander jedoch korrelieren im mittleren bis hohen Bereich (bezüglich AZ – AW siehe oben H2c in Kap. 7.2); die hohe Interkorrelation zwischen körperlicher und psychischer Abhängigkeitsschwere ( $r = 0,775$ ;  $a < 0,01$ ) verweist darauf, dass in der Stichprobe die klassische Abhängigkeitsausprägung des „süchtigen Trinkens“ (Gamma-Alkoholismus nach Jellinek, 1960) mit allen Alkoholismus-Kernmerkmalen häufig vorkommt. Außerdem hat kein Kernmerkmal für sich genommen einen herausragenden Einfluss auf die Sicherheit, nicht zu trinken.

## 7.5 Hypothesenblock 5: Komplexe Zusammenhänge

Im letzten Hypothesenblock werden nun komplexe Zusammenhänge zwischen psychischen Ressourcenprofilen und Abstinenz-Sicherheitsprofilen mittels multivariater Analysen untersucht. Im Vordergrund steht eine *Clusteranalyse* mit dem Versuch, die Fälle der Stichprobe in sog. Gruppen einzuteilen, basierend auf Ressourcen, Abstinenz-Sicherheit und Abhängigkeitsschwere. Weiterführende explorative Analysen sollen darüber hinaus Klarheit über den diskriminativen Ressourceneinfluss hinsichtlich hoher vs. niedriger Abstinenz-Sicherheit bringen sowie die Wirkung einzelner Teilressourcen erhellen. Die Hypothese H5 hinsichtlich der Gruppenbildung lautet:

- **H5)** Es können sinnvolle Cluster der Fälle gebildet werden aus psychischen Ressourcenprofilen (*RN-P*, *RN-A*), Abstinenz-Sicherheitsausprägungen (*AZAW*) und Abhängigkeitsausprägungen (*AS*).

Zunächst einige Vorbemerkungen zum Verfahren der Clusteranalyse. Der Statistikexperte Jürgen Bortz (1985) definiert die Methode wie folgt:

Die Clusteranalyse ist – ähnlich wie die Faktorenanalyse – ein heuristisches Verfahren zur systematischen Klassifizierung der Objekte einer gegebenen Objektmenge. Die durch einen festen Satz von Merkmalen beschriebenen Objekte ... werden nach Maßgabe ihrer Ähnlichkeit in Gruppen (Cluster) eingeteilt, wobei die Cluster intern möglichst homogen und extern möglichst gut voneinander separierbar sein sollen. (S. 684)

Unter dem Sammelbegriff Clusteranalyse verbirgt sich eine Vielzahl von diversen Techniken. Unter den gegebenen Bedingungen und der Abwägung der verschiedenen Vor- und Nachteile (siehe auch Diehl & Staufenbiel, 2001) wurde sich hier für das gebräuchlichste, agglomerative „Hierarchische Verfahren“ entschieden – insbesondere da das „Partitionierungsverfahren“ die vorherige Festlegung der Clusteranzahl erfordert, es jedoch sinnvoller erscheint, schrittweise die aussagekräftigste Clusterstruktur zu erforschen. Zwar bietet die Partitionierung den Vorteil, statt Fällen auch Variablen zu clustern, was jedoch im gegebenen Untersuchungsdesign überflüssig ist auf Grund der Verwendung standardisierter Fragebögen mit bereits faktorenanalysierten Variablen; außerdem ist die Frage der Hypothese H5 die, was bestimmte Personengruppen gemeinsam haben bzw. was diese hinsichtlich der Prädiktoren und Kriterien unterscheidet. Innerhalb des hierarchischen Verfahrens musste weiterhin geklärt werden, mit welchem Maß die Unähnlichkeit zwischen den Objekten berechnet werden soll. Hier wurde die Voreinstellung im SPSS-Menü „Quadrierter Euklidischer Abstand“ beibehalten, da die alternativen Maße als Sonderformen an dieser Stelle nicht gebraucht werden. Jedoch wurde drittens die Voreinstellung der Berechnungsmethode geändert: Ausgewählt wurde die von Bortz (1985) für Intervalldaten empfohlene sog. Ward-Methode (Minimum-Varianz-Methode), die wiederum das oben genannte Maß des quadrierten euklidischen Abstandes benötigt. Am wichtigsten jedoch war die Frage, anhand welcher Merkmale

bzw. Variablen geclustert werden soll, da diese Auswahl über das Ergebnis entscheidet. Aus inhaltlichen und methodischen Überlegungen heraus (repräsentative Merkmale in ausgewogener Anzahl) entschied sich der Autor für die Gesamtwerte der personalen und aktuellen Ressourcenprofile (sg.tpf, vk.tpf, lz.flz), den Gesamtwert der Abstinenz-Sicherheit (ges.azaw) sowie als Krankheitsmerkmal den Gesamtwert der Abhängigkeitsschwere (ges.sesa). Damit sind alle wichtigen Faktoren des Untersuchungsgegenstandes beteiligt, ohne dass durch den theoretisch ebenfalls möglichen Einbezug von Teilfaktoren die Objekte überdifferenziert wären und damit die Clusteranalyse eventuell ergebnislos sein könnte.

Um nach der eigentlichen Clusterung und der Entscheidung für die beste Gruppenanzahl inhaltliche Aussagen über die einzelnen Cluster machen zu können, werden die untersuchten Merkmale anhand ihrer Mittelwerte statistisch verglichen (inklusive einer ANOVA-Testung auf signifikante Unterschiede mit Eta-Zusammenhangsmaßen). Hier sind dann auf Kriteriumsseite auch die Subfaktoren (Abstinenz-Zuversicht, Abstinenz-Wert sowie die vier Risikobereiche der Alkoholrückfälligkeit) von Interesse sowie die differenzierten Abhängigkeitskriterien auf der Prädiktorseite. Aussagen über den Einfluss einzelner Teilressourcen werden sinnvollerweise in eigenständigen multiplen Regressionsanalysen und einer abschließenden Diskriminanzanalyse gemacht (nach der folgenden Ergebnisdarstellung der Clusteranalyse).

Die Clusterung der Stichprobe anhand der Merkmale RN-P (SG, VK), RN-A (LZ), AZAW, AS ergibt ein interessantes Bild, das im sog. Dendrogramm als graphische Darstellung der Clusterprozedur wiedergegeben ist (siehe Abb. 18). Das Dendrogramm oder Baumdiagramm wurde als Darstellungsoption gewählt, da sich von links nach rechts gut erkennen lässt, wann (d.h. mit welcher Distanz) die Cluster jeweils zusammengefügt sind. Von oben nach unten sind die Fälle aufgeführt, die nach und nach in die Gruppierungen aufgenommen werden. Entsprechend der statistischen Literatur (z.B. Zöfel, 2001) ist die optimale Clusterzahl dann erreicht, wenn sich der Abstand der euklidischen Distanzen sprunghaft erhöht.

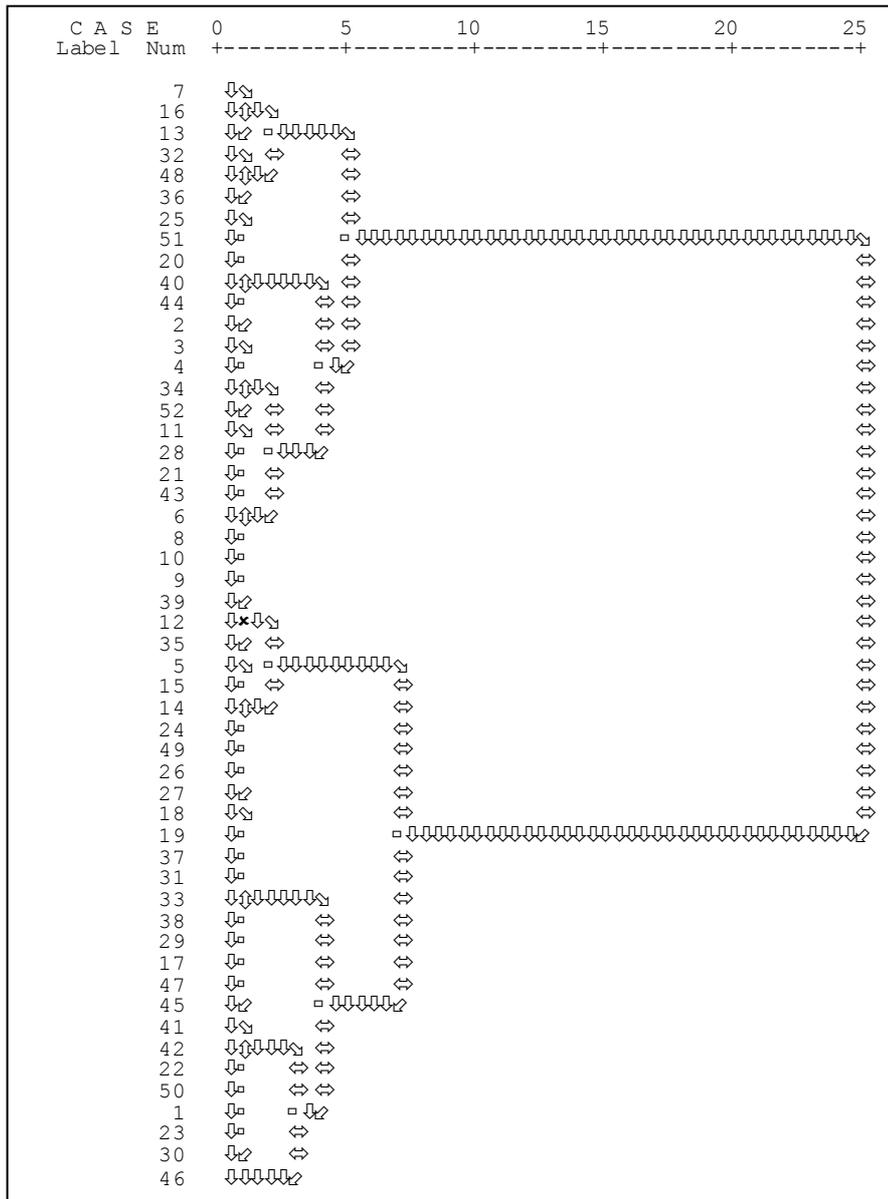


Abb. 18: Dendrogramm der Clusteranalyse

Die Clusterungen sind klar zu erkennen: Die Fälle „39“ und „12“ bilden die Grenze zweier Gruppen, bevor diese im letzten Fusionierungsschritt mit großer Distanz zusammengefügt werden. Zwei etwa gleichgroße Clustergruppen mit je 25 und 27 Personen sind sicherlich eine Möglichkeit der Stichprobenaufteilung, wobei diese vielleicht noch weiter differenziert werden könnte. Die optische Auswertung des Dendrogramms

lässt ohne weiteres auch eine vierfache Clusterung mit zwei größeren und zwei kleineren Gruppen zu, betrachtet man die beiden vorletzten Fusionierungen, die ebenfalls einen gewissen Sprung in den Distanzmaßen erkennen lassen. Quasi werden die beiden Hauptgruppen noch einmal unterteilt in wiederum zwei größere und zwei kleinere Untergruppen (Grenzen zwischen den Fällen „36“ und „25“ bzw. zwischen „27“ und „18“; siehe oben Abb. 18). Genauerem Aufschluss über die unterscheidbaren Merkmalsausprägungen in den zwei bzw. vier Gruppen sollen nun explorative Datenanalysen und Mittelwertsvergleiche liefern. Aber schon an dieser Stelle kann die Hypothese H5 als bestätigt gelten, wonach eine sinnvolle Clusterung möglich ist.

Zunächst zur **Zwei-Cluster-Lösung**: Bei genauer Datenanalyse mittels SPSS zeigt sich ein ausgeprägter Unterschied der beiden Gruppen und zwar vor allem hinsichtlich des Merkmals „Aktuelle Lebenszufriedenheit“ (Iz.flz), eine Variable, die schon in früheren Hypothesentestungen von sich reden machte (siehe Kap. 7.1). Abb. 19 demonstriert anhand eines „Boxplots“ diese Aufteilung in eine aktuell lebensunzufriedene Gruppe (ST = 1 bis 3; gemäß der FLZ-Normen) sowie eine eher zufriedene Gruppe (ST = 3 bis ST = 9).

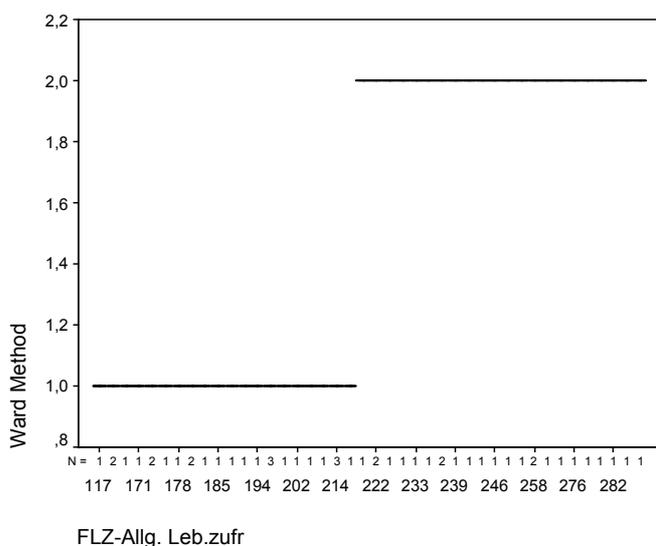


Abb. 19: Boxplott der LZ in 2 Clustern

Ein exakter Mittelwertsvergleich ( $p < 0.01$ ) mit Zusammenhangsmessung (siehe Tab. 29) bestätigt die klare Trennung der beiden Gruppen anhand der aktuellen Lebenszufriedenheit in eine Gruppe, die durchschnittlich sehr unzufrieden ist ( $ST = 1$ ) und eine Gruppe, die mit durchschnittlich  $ST = 5$  eher zufrieden ist. Die Beziehung zwischen der aktuellen Lebenszufriedenheit und der Clusteraufteilung ist sehr hoch ( $\text{Eta} = 0,821$ ).

Tab. 29: Mittelwertsvergleich LZ in 2 Clustern

**Mittelwertsvergleich**

FLZ-Allg. Leb.zufr

Ward Method	Mittelwert	N	Standardabweichung
1	186,67	27	21,97
2	252,32	25	24,57
Insgesamt	218,23	52	40,34

**Zusammenhangsmaße**

	Eta	Eta-Quadrat
FLZ-Allg. Leb.zufr * Ward Method	,821	,674

Die Untersuchung der anderen Merkmale in der Clusteranalyse liefert weitere signifikante Gruppenunterschiede (betrachte hierzu Tab. 30). Außer dem nichtsignifikanten Einfluss der Abhängigkeitsschwere, die also kein Trennkriterium darstellt (siehe H4 im vorigen Kapitel), ist die Beziehung zum persönlichen Ressourcenprofil RN-P mit der Verhaltenskontrolle und der seelischen Gesundheit sowie zur Abstinenz-Sicherheit signifikant gering bis mittelgroß ausgeprägt. Das nach der aktuellen Lebenszufriedenheit (RN-A) (an erster Stelle, siehe H1c, Kap. 7.1) zweitwichtigste Unterscheidungsmerkmal ist, jedoch mit Abstand, die seelische Gesundheit ( $\text{Eta} = 0,475$ ), gefolgt von der Abstinenz-Sicherheit bzw. genauer gesagt von deren Unterkriterium Abstinenz-Zuversicht ( $\text{Eta} = 0,436$ ). Die Verhaltenskontrolle spielt eine geringere Rolle (entsprechend der Hypothese H1d in Kap. 7.1).

Tab. 30: Mittelwertsvergleiche AS, VK, SG, AZAW in 2 Clustern

**Mittelwertsvergleiche**

Ward Method		SESA-Ges.wert	TPF-Vh.kontr	TPF-Seel. Gesu	AZAW-Ges.wert
1	Mittelwert	47,2748	44,41	49,96	40,1767
	N	27	27	27	27
	Standardabweichung	20,0892	5,49	8,08	28,5509
2	Mittelwert	49,0948	47,52	58,52	64,1552
	N	25	25	25	25
	Standardabweichung	17,8462	4,89	8,08	25,2323
Insgesamt	Mittelwert	48,1498	45,90	54,08	51,7048
	N	52	52	52	52
	Standardabweichung	18,8802	5,40	9,09	29,3517

**Zusammenhangsmaße**

	Eta	Eta-Quadrat
SESA-Ges.wert * Ward Method	,049	,002
TPF-Vh.kontr * Ward Method	,291	,085
TPF-Seel. Gesu * Ward Method	,475	,226
AZ-Ges.wert * Ward Method	,436	,190
AW-Ges.wert * Ward Method	,360	,129
AZAW-Ges.wert * Ward Method	,412	,170

*Zusammengefasst* können die beiden Cluster beschrieben werden als eine Gruppe mit relativ gesehen niedriger psychischer Ressourcenausstattung und niedriger Abstinenz-Sicherheit und als eine Gruppe mit vergleichsweise hoher Ausstattung und Sicherheit. Insbesondere die Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation unterscheidet diese beiden Gruppen innerhalb der Untersuchungsstichprobe. Abschließende, weiter unten aufgeführte Diskriminanz- und Regressionsanalysen sollen in diesem Zusammenhang bedeutsame Ressourcenausstattungen noch genauer erhellen.

Vorher aber zur **Vier-Cluster-Lösung**, ebenfalls mit dem statistischen und inhaltlichen Versuch, eine weitere Differenzierung der Stichprobe anhand der genannten Merkmale zu finden. Wie weiter oben beschrieben, können die beiden Hauptcluster nochmals unterteilt werden. Dadurch entstehen zwei größere Gruppen ( $N = 18$  und  $N = 19$ ) sowie zwei kleinere Gruppen ( $N = 9$  und  $N = 6$ ). Erneut werden explorative Datenanalysen und Mittelwertvergleiche mit Signifikanzprüfungen und Eta-Messungen angesetzt, um Aufschluss über die Unterscheidbarkeit der Fallgruppen dieser Clusterlösung zu bekommen.

Anders als bei der Zwei-Cluster-Lösung hilft hier der Faktor „*Abhängigkeitsschwere*“ (AS), die Gruppen signifikant voneinander zu unterscheiden ( $p < 0,05$ ), was für die Vier-Cluster-Lösung spricht. Trotz des mangelnden Gesamteinflusses auf die Abstinenz-Sicherheit (siehe Hypothese 4 im vorigen Kap. 7.4) besteht ein mittelgroßer Zusammenhang des *SESA*-Gesamtwertes mit der Clusteraufteilung ( $\text{Eta} = 0,421$ ). Allerdings sind dafür nur die Unterkriterien „*Körperliche Entzugserscheinungen*“ (k.sesa;  $\text{Eta} = 0,417$ ) und „*Vermeidung von Entzugserscheinungen*“ (v.sesa;  $\text{Eta} = 0,419$ ) verantwortlich, da die übrigen Skalen der *Abhängigkeitsschwere* insignifikant sind. Anders ausgedrückt unterscheiden sich die genannten Gruppen bezüglich dieses Krankheitsmerkmals hauptsächlich auf der *körperlichen Ebene*, wobei Gruppe 3 die höchste Ausprägung und Gruppe 1 die geringste *Abhängigkeitsschwere* aufweist; gemäß den Normwerten der Gesamt-Eichstichprobe des Fragebogens liegt die dritte Gruppe mit  $\text{PR} = 80$  im hohen Bereich, während die erste Gruppe mit  $\text{PR} = 56$  eine mittlere Normausprägung zeigt. Die anderen beiden Gruppen (Gruppe 2 mit zweitgeringster *Krankheitsschwere*) liegen relativ gesehen dazwischen. Tab. 31 führt die genauen Mittelwerte in den vier Clustern auf:

Tab. 31: Mittelwertsvergleiche AS in 4 Clustern

		<b>Mittelwertsvergleiche</b>		
Ward Method		SESA-Körp. Entz	SESA-Verm. Entz	SESA-Ge s.wert
1	Mittelwert	37,4961	28,7056	39,7650
	N	18	18	18
	Standardabweichung	27,6081	31,2083	18,9003
2	Mittelwert	47,5579	44,3000	47,7789
	N	19	19	19
	Standardabweichung	37,1023	39,3907	16,5324
3	Mittelwert	79,1144	75,0000	62,2944
	N	9	9	9
	Standardabweichung	31,4076	37,5000	13,1088
4	Mittelwert	63,5000	59,3333	53,2617
	N	6	6	6
	Standardabweichung	42,6578	45,3857	22,7457
Insgesamt	Mittelwert	51,3762	45,9500	48,1498
	N	52	52	52
	Standardabweichung	36,0493	39,6332	18,8802

Wie sieht es mit dem Einfluss der Ressourcenmerkmale und der Abstinenz-Sicherheit aus? Der Mittelwertsvergleich liefert bei allen Faktoren signifikante bis sehr signifikante Unterschiede in den vier Gruppen; die Liste der Zusammenhangsmaße führt wieder die aktuelle Lebenszufriedenheit an – zusammen mit der Abstinenz-Sicherheit. Hier lohnt es sich nun, auch genauer auf die Subfaktoren der Abstinenz-Sicherheit zu blicken, um differenzielle Unterschiede einzuordnen. Daher werden in die Analysen neben den beiden Unterkriterien Abstinenz-Zuversicht (ges.az) und Abstinenz-Wert (ges.aw) auch die einzelnen Rückfallrisikobereiche hinsichtlich der Abstinenz-Sicherheit – „Unangenehme Gefühle“ (ug.azaw), „Austesten der Trinkkontrolle“ (at.azaw), „Sozialer Druck“ (sd.azaw) sowie „Angenehme Gefühle“ (ag.azaw) – einbezogen. Folgende Tabelle (Tab. 32) gibt erneut einen Überblick über die Mittelwertsvergleiche und Zusammenhangsmaße der Merkmale in den vier Clustern, zunächst für die *Ressourcenfaktoren*:

Tab. 32: Mittelwertvergleiche VK, SG, LZ in 4 Clustern

**Mittelwertvergleiche**

Ward Method		TPF-Vh.kontr	TPF-Seel. Gesu	FLZ-Allg. Leb.zufr
1	Mittelwert	44,78	48,94	180,28
	N	18	18	18
	Standardabweichung	4,26	8,77	21,99
2	Mittelwert	48,74	59,47	255,32
	N	19	19	19
	Standardabweichung	4,83	8,49	26,89
3	Mittelwert	43,67	52,00	199,44
	N	9	9	9
	Standardabweichung	7,65	6,46	16,32
4	Mittelwert	43,67	55,50	242,83
	N	6	6	6
	Standardabweichung	2,73	6,25	12,37
Insgesamt	Mittelwert	45,90	54,08	218,23
	N	52	52	52
	Standardabweichung	5,40	9,09	40,34

**Zusammenhangsmaße**

	Eta	Eta-Quadrat
TPF-Vh.kontr * Ward Method	,411	,169
TPF-Seel. Gesu * Ward Method	,506	,256
FLZ-Allg. Leb.zufr * Ward Method	,842	,709

Es fällt auf, dass Gruppe 2 die höchste personale und aktuelle Ressourcenausstattung (ST = 5 bei RN-A) besitzt, gefolgt von der kleinen Gruppe 4. Gruppe 1 weist das geringste Ressourceniveau auf (ST = 1 bei RN-A), Gruppe 3 liegt mit ST = 2 knapp darüber. Es konnte also von den ursprünglichen Gruppen (1 und 2) der Zwei-Cluster-Lösung je eine Gruppe (3 und 4) mit vergleichsweise geringen Ressourcenniveaus abgespalten werden; insbesondere für die ressourcenstarke Gruppe 2 erhöht sich dadurch nochmals die Aussagekraft, wobei erneut die aktuelle Lebenszufriedenheit eine heraus-

ragende Rolle spielt (Eta = 0,842 vs. Eta = 0,506 bei seelischer Gesundheit bzw. Eta = 0,411 bei Verhaltenskontrolle, der höher ist als bei zweifacher Clusterung).

Bezogen auf das Kriterium „*Abstinenz-Sicherheit*“ und seinen Unterfaktoren (Rückfallbereichen) zeigt sich Folgendes (Tab. 33):

Tab. 33: Mittelwertsvergleiche AZAW in 4 Clustern

		<b>Mittelwertsvergleiche</b>						
Ward Method		AZ-Ges. wert	AW-Ges. wert	AZAW-Ge s.wert	AZAW-Un ang. Emo	AZAW- Test. Trink	AZAW- Soz. Druck	AZAW-An gen. Emo
1	Mittelwert	56,1161	-5,9639	25,0772	19,2833	,8889	34,7239	45,4856
	N	18	18	18	18	18	18	18
	Stand.abw.	20,5133	25,2998	20,3964	32,0871	23,5094	32,3293	29,9114
2	Mittelwert	83,5389	68,2758	75,9058	74,6579	60,8684	85,6458	82,4579
	N	19	19	19	19	19	19	19
	Stand.abw.	8,4234	19,8099	12,4858	18,3848	34,4915	16,8021	22,3453
3	Mittelwert	77,5800	63,1656	70,3756	52,0278	67,5556	81,6067	85,4678
	N	9	9	9	9	9	9	9
	Stand.abw.	16,1432	26,2005	15,0423	30,3934	27,5391	18,9240	14,1862
4	Mittelwert	69,3033	-14,5583	26,9450	25,8750	1,8333	29,3550	53,5183
	N	6	6	6	6	6	6	6
	Stand.abw.	17,2051	20,8856	17,5664	24,7233	27,6418	16,6574	27,3551
Insgesamt	Mittelwert	71,3725	32,1352	51,7048	45,9442	34,4519	60,8248	66,8415
	N	52	52	52	52	52	52	52
	Stand.abw.	19,4886	43,9050	29,3517	35,7668	42,1201	34,5558	30,2212

**Zusammenhangsmaße**

	Eta	Eta-Quadrat
AZ-Ges.wert * Ward Method	,617	,381
AW-Ges.wert * Ward Method	,860	,739
AZAW-Ges.wert * Ward Method	,836	,699
AZAW-Unang. Emo * Ward Method	,692	,478
AZAW-Test. Trink * Ward Method	,742	,550
AZAW-Soz. Druck * Ward Method	,745	,555
AZAW-Angen. Emo * Ward Method	,605	,366

Bei der Betrachtung der Gesamtwerte fällt auf, dass der emotionale Faktor „Abstinenz-Wert“ mehr Einfluss auf die vierfache Clusterbildung hat als der rational-kognitive Faktor „Abstinenz-Zuversicht“ (Eta = 0,860 bei AW gegenüber Eta = 0,617 bei AZ). Im Unterschied zur Zweifachlösung und auch im Unterschied zum getrennten Ressourceneinflussvergleich in Kap. 7.2 (wo AZ – jedoch insignifikant – wichtiger war) bekommt der „Abstinenz-Wert“ in der differenzierten Betrachtung aller wichtigen Faktoren eine höhere Bedeutung. Auch ist bemerkenswert, dass die Abstinenz-Sicherheit insgesamt innerhalb der vier Cluster deutlich an Einfluss für die Unterscheidbarkeit der einzelnen Gruppen gewinnt (Eta = 0,836 im Vergleich zu Eta = 0,412 bei 2 Clustern; vergleiche Tab. 30). Ein weiteres Argument also, dass die Vierfach-Lösung besser, da genauer, als die zweifache Clusterbildung ist. Nun ist sowohl die Prädiktoren- wie auch die Kriteriumsseite der Fragestellung der Studie dezidiert an der Gruppenbildung beteiligt.

Die höchste Abstinenz-Sicherheit in den vier Gruppen besitzt Gruppe 2 (Spitzenposition wie bei der Ressourcenausstattung), dicht gefolgt von Gruppe 3; nahe beieinander liegen am anderen Ende Gruppe 1 und 4 mit relativ geringer Sicherheit. Dabei fällt vor allem der sehr niedrige Abstinenz-Wert in letztgenannten Gruppen ins Gewicht – analysiert man zusätzlich die einzelnen Rückfallrisikobereiche (vergleiche auch Kap. 6.4), so

zeigt sich die geringste Abstinenz-Sicherheit gerade im Bereich „Testen der Trinkkontrolle“ (at.azaw) bei Gruppe 1 und 4. Im anderen Fall die höchste Sicherheit weist Gruppe 2 beim „Sozialen Druck“ (sd.azaw) auf bzw. Gruppe 3 bei „Angenehmen Emotionen“ (ag.azaw).

**Zusammenfassend** können die vier Cluster im direkten Vergleich wie folgt beschrieben werden:

- **Gruppe 1:** geringste Abhängigkeitsschwere (v.a. wenig körperlich ausgeprägt), geringste aktuelle Lebenszufriedenheit und seelische Gesundheit (Verhaltenskontrolle im Durchschnitt), geringste Abstinenz-Sicherheit (geringer emotionaler Abstinenz-Wert, insbesondere beim Austestenwollen der Trinkkontrolle)
- **Gruppe 2:** mittlere Abhängigkeitsschwere (Stichprobendurchschnitt), höchste Lebenszufriedenheit und seelische Gesundheit/Verhaltenskontrolle, höchste Abstinenz-Sicherheit (Abstinenz-Zuversicht und -Wert, insbesondere bei sozialem Druck und unangenehmen Gefühlen)
- **Gruppe 3:** höchste Abhängigkeitsschwere (v.a. körperlich ausgeprägt), geringe Lebenszufriedenheit, durchschnittliche seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle, zweithöchste Abstinenz-Sicherheit (Abstinenz-Zuversicht und -Wert, insbesondere beim Testen der Trinkkontrolle und bei angenehmen Gefühlen)
- **Gruppe 4:** mittlere Abhängigkeitsschwere (etwas über Stichprobendurchschnitt), hohe Lebenszufriedenheit, durchschnittliche seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle, zweitgeringste Abstinenz-Sicherheit (geringster Abstinenz-Wert, insbesondere beim Austestenwollen der Trinkkontrolle)

Die Clusterung ergibt so gesehen zwei (auch zahlenmäßige) Hauptgruppen: Gruppe 1 mit geringer Ressourcenstärke und Abstinenz-Sicherheit bei geringer (körperlicher) Abhängigkeitsschwere und Gruppe 2 – geprägt durch hohe Ressourcenstärke und Abs-

tinenz-Sicherheit (bei mittlerer Abhängigkeitsschwere). Zwei weitere Gruppen beschreiben kombinierte, an sich widersprüchliche Phänomene: Gruppe 3 mit hoher Abstinenz-Sicherheit trotz geringer aktueller Lebenszufriedenheit und starker Abhängigkeit sowie Gruppe 4 mit geringer Abstinenz-Sicherheit trotz hoher Lebenszufriedenheit bei mittlerer Abhängigkeit. Die Gruppen unterscheiden sich also zwar bedingt hinsichtlich der Abhängigkeitsausprägung, aber (wie schon bei Hypothese 4 in Kap. 7.4 festgestellt), kann kein bedeutsamer Zusammenhang zu Kriterien wie Abstinenz-Sicherheit aber auch Ressourcen gefunden werden. Interessant ist allemal, dass die Personen mit der geringsten Krankheitsschwere (Gruppe 1) überraschend die geringste Ressourcenausstattung und Abstinenz-Sicherheit besitzen, während diejenigen mit den ausgeprägtesten Alkoholismussymptomen bei zumindest mittlerer seelischer Gesundheit die zweithöchste Sicherheit verspüren, auf Alkohol zu verzichten.

Im Diskussionsteil wird auf diese Phänomene genauer eingegangen (siehe folgendes Kap. 8).

Den Ergebnisteil schließen, wie bereits angesprochen, zwei weitere methodische Verfahren ab, um auf der psychischen Ressourcenseite die differenzielle Bedeutung von Teilressourcen (Subskalenebene bei den *TPF*- und *FLZ*-Fragebögen) zu erhellen sowie die wichtigsten Ressourcen für eine hohe Abstinenz-Sicherheit zu bestimmen.

Zunächst werden die einzelnen psychischen Ressourcenskalen in ***schrittweisen multiplen Regressionsanalysen*** (Kriterium Abstinenz-Sicherheit) geprüft<sup>30</sup>. Dabei zeigt sich erst mal kein signifikanter Negativeinfluss der gemessenen Ressourcen, d.h. keine Ressource hat einen kontraproduktiven Einfluss. Auf der anderen Seite haben bei RN-P (personales Ressourcenprofil) zwei Ressourcen eine signifikant positive Bedeutung: Die Faktoren „Liebesfähigkeit“ (lf.tpf; Beta = 0,622) und „Selbstvergessenheit“ (sv.tpf; Beta = 0,348), die anderen Ressourcen des *TPF* (Sinnerfülltheit, Beschwerdefreiheit, Ex-

---

<sup>30</sup> Es werden für RN-P und RN-A getrennte Regressionen gerechnet, da bedingt durch Interkorrelationen sonst zu hohe Fallausschlüsse (69,2 %) resultieren. Außerdem kommt es hier auch nicht auf gemeinsame Einflüsse der personalen und aktuellen Ressourcen an.

pansivität, Autonomie, Selbstwertgefühl) bleiben insignifikant im Bezug auf die Abstinenz-Sicherheit (Tab. 34):

Tab. 34: Schrittweise Regression (RN-P Subskalen – AZAW)

		Koeffizienten <sup>a</sup>				
		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		
Modell		B	Standardfehler	Beta	T	Signifikanz
1	(Konstante)	-69,327	26,569		-2,609	,012
	LF.TPF	3,700	,805	,545	4,594	,000
2	(Konstante)	-143,425	34,268		-4,185	,000
	LF.TPF	4,223	,763	,622	5,536	,000
	SV.TPF	3,375	1,089	,348	3,098	,003

a. Abhängige Variable: GES.AZAW

Das Merkmal „Liebesfähigkeit“ im *TPF* repräsentiert neben dem „Selbstwertgefühl“ den Faktor „Selbst- und fremdbezogene Wertschätzung“ (siehe auch Fragebogenbeschreibung in Kap. 5.2). Hohe Werte bedeuten soziales Interesse, Einfühlungsvermögen, Hilfsbereitschaft und Geselligkeit. Man könnte dieses Merkmal auch als *sozial-emotionale Kompetenz* definieren. Der Faktor „Selbstvergessenheit“, der im *TPF* neben „Sinnerfülltheit“ und „Beschwerdefreiheit“ zum „Seelisch-körperlichen Wohlbefinden“ gehört, beschreibt bei hoher Ausprägung geringe Grübelneigung und Besorgnis. So gesehen könnte man dieses Merkmal auch als *Optimismus* bezeichnen. „Selbstvergessenheit“ ist ein Faktor, der zwar einen relativ hohen Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit hat, in der Stichprobe jedoch unter allen *TPF*-Skalen am schwächsten ausgeprägt ist (Kap. 6.3.2). Die häufigeren *TPF*-Ressourcen haben auf der anderen Seite weniger Einfluss.

Interessant an dieser Stelle ist noch der Blick auf die „persönlich besten Ressourcen“, gemessen im *REBE*-Fragebogen (siehe Kap. 5.2 und Kap. 6.3.2). Im Unterschied

zur relativ geringen Bedeutung der *TPF*-Variable „Verhaltenskontrolle“ im Bezug auf die Abstinenz-Sicherheit (siehe Kap. 7.1) kommt dort der Selbstkontrolle im Sinn etwa von „eigener Wille“ in der individuellen Aufmerksamkeit der Betroffenen eine deutlich höhere Bewertung zu. Werden die eigenen Kontrollfähigkeiten also subjektiv von Alkoholabhängigen überschätzt? (Dazu Kap. 8)

Beim aktuellen Ressourcenniveau RN-A (gemessen mit dem *FLZ*) treten in einer weiteren schrittweisen Regressionsanalyse auf der Subskalenebene die Bereiche „Zufriedenheit mit der Wohnung“ (woh.flz; Beta = 0,411) und „Zufriedenheit mit der eigenen Person“ (per.flz; Beta = 0,322) hervor; die übrigen Skalen sind im Hinblick auf die Abstinenz-Sicherheit nicht signifikant (Tab. 35):

Tab. 35: Schrittweise Regression (RN-A Subskalen – AZAW)

		Koeffizienten <sup>a</sup>		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
		Nicht standardisierte Koeffizienten				
Modell		B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	-21,216	16,169		-1,312	,195
	FLZ-Wohnung	1,921	,416	,547	4,616	,000
2	(Konstante)	-49,679	18,794		-2,643	,011
	FLZ-Wohnung	1,445	,434	,411	3,328	,002
	FLZ-Eig. Pers	1,422	,545	,322	2,609	,012

a. Abhängige Variable: AZAW-Ges.wert

Bei hoher Ausprägung des Merkmals „Wohnung“ im *FLZ* sind die Personen mit ihren Wohnbedingungen zufrieden, was nach Angaben der Testautoren relativ hoch mit der Zufriedenheit bezüglich finanzieller Lage, Bekannten, Freunden, Verwandten und der eigenen Person interkorreliert. Man könnte diesen Faktor auch als äußere Ressource sehen; bedingt durch die psychische „Zufriedenheit“ (vergleiche Kap. 5.2) ist es aber

eine kombinierte *sozial-psychische Ressource*. Das Merkmal „Eigene Person“ wiederum stellt eine „reine“ psychische, direkt auf die eigene Person bezogene Ressource dar und liegt als *personal-emotionale Kompetenz* inhaltlich nahe am Selbstwertgefühl im *TPF*. (Beide Faktoren sind in der Stichprobe schwach ausgeprägt, siehe Kap. 6.3.2.) Personen mit hohem Skalenwert sind mit vielen Aspekten ihrer Person zufrieden: mit äußerer Erscheinung, Fähigkeiten, Eigenart, Vitalität und Selbstvertrauen. Unklar ist an dieser Stelle, weshalb der *TPF*-Faktor „Selbstwertgefühl“ keinen bedeutsamen Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit hat – möglicherweise weil es zu sehr mit anderen Faktoren interkorreliert, und da der andere Wertschätzungsfaktor „Liebensfähigkeit“ schon genügend Varianz aufklärt (vergleiche auch weiter unten bei der Diskriminanzanalyse).

Festzuhalten bleibt nach den Regressionsklärungen, dass bezogen auf die einzelnen psychischen Ressourcen Optimismus und sozial-emotionale und personal-emotionale Kompetenzen im Sinne einer inter- und intraindividuellen Wertschätzung wichtig sind für die eigene Abstinenz-Sicherheit. Diese Ressourcen sind jedoch in der Stichprobe schwach ausgeprägt (außer „Zufriedenheit mit der Wohnsituation“, siehe Kap. 6.3.2).

In diesem Zusammenhang versucht nun eine abschließende **Diskriminanzanalyse** zu klären, welche *einzelnen Ressourcen* am besten zwischen hoher und niedriger Abstinenz-Sicherheit trennen. „Das Ziel der Diskriminanzanalyse besteht darin, durch eine optimal gewichtete Verknüpfung von Prädiktorvariablen die Gruppenzugehörigkeit möglichst genau vorherzusagen“ (Diehl & Staufenbiel, 2001, S. 444). Dazu wird die Gruppenvariable „Abstinenz-Sicherheit“ (ges.azaw) anhand ihres Stichprobenmittelwertes ( $x = 51,71$ ) in zwei Gruppen aufgeteilt ( $x \leq 51,71$ ,  $x > 51,71$ ). Für RN-A und RN-P werden dann wieder getrennte Rechnungen wegen sonst zu hoher Fallauschlüsse durchgeführt (siehe Fußnote 30); außerdem wird eine schrittweise Prozedur gewählt, um nur wirklich wichtige Prädiktoren zu erkennen. Die Diskriminanzanalyse bestätigt in beiden Analysen die obigen Regressionen und damit die Bedeutung der besprochenen psychischen Ressourcen: Beim personalen Ressourcenprofil steht als Einflussvariable im Hinblick auf eine optimale Trennung zwischen hoher und niedriger Abstinenz-Sicherheit wiederum der Faktor „Liebensfähigkeit“ vorn an, gefolgt diesmal aber vom

mehrfach erwähnten „Selbstwertgefühl“; die anderen Variablen wurden ausgeschlossen (Tab. 36):

Tab. 36: Schrittweise Diskriminanz (RN-P Subskalen – AZAW)

**Struktur-Matrix**

	Funktion
	1
TPF-Liebesfäh	,825
TPF-Selbstwe	,759
TPF-Expans <sup>a</sup>	,423
TPF-Sinner <sup>a</sup>	,379
TPF-Autor <sup>a</sup>	,209
TPF-Beschw.fre <sup>a</sup>	,169
TPF-Selbstverg <sup>a</sup>	-,096
TPF-Vh.kont <sup>a</sup>	,014

Gemeinsame Korrelationen innerhalb der Gruppen zwischen Diskriminanzvariablen und standardisierten kanonischen Diskriminanzfunktionen  
Variablen sind nach ihrer absoluten Korrelationsgröße innerhalb der Funktion geordnet.

a. Diese Variable wird in der Analyse nicht verwendet.

Beim aktuellen Ressourcenprofil sind es erneut die Variablen „Eigene Person“ und „Wohnung“, die am besten zur Unterscheidung zwischen hoher und niedriger Abstinenz-Sicherheit beitragen (Tab. 37):

Tab. 37: Schrittweise Diskriminanz (RN-A Subskalen – AZAW)

**Struktur-Matrix**

	Funktion
	1
FLZ-Eig. Pers	,835
FLZ-Wohnung	,747
FLZ-Bekannte <sup>a</sup>	,523
FLZ-Finanz <sup>a</sup>	,465
FLZ-Sex <sup>a</sup>	,438
FLZ-Freiz <sup>a</sup>	,377
FLZ-Gesu <sup>a</sup>	,329

Gemeinsame Korrelationen innerhalb der Gruppen zwischen Diskriminanzvariablen und standardisierten kanonischen Diskriminanzfunktionen  
Variablen sind nach ihrer absoluten Korrelationsgröße innerhalb der Funktion geordnet.

a. Diese Variable wird in der Analyse nicht verwendet.

→ **Zusammengefasst kann hinsichtlich aller Hypothesenprüfungen gesagt werden:**

- Die personale und die aktuelle psychische Ressourcenausstattung haben je einen signifikant positiven, mittelhohen Einfluss auf die subjektive Abstinenz-Sicherheit
- Das aktuelle Ressourcenprofil ist im Vergleich bedeutsamer als das personale
- Die Abstinenz-Sicherheits-Variablen Abstinenz-Zuversicht und Abstinenz-Wert werden gleichermaßen von Ressourcen beeinflusst; Zuversicht und Wert interkorrelieren selbst mittelstark
- Äußere Ressourcen haben keinen signifikanten Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit – jedoch als innere Zufriedenheit mit äußeren Lebensbedingungen schon (Bedeutung der psychischen Verarbeitung als Mediator)

- Die Abhängigkeitsschwere hat keinen signifikanten Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit
- Es gibt vier sinnvolle Cluster bezüglich Ressourcenprofilen, Abstinenz-Sicherheit und Abhängigkeitsschwere, geprägt durch hohe vs. niedrige Ressourcen-Abstinenzsicherheitskombinationen vs. gegenläufige Beziehungen (daher schwer interpretierbar)
- Zentrale psychische Ressourcen im Hinblick auf die Abstinenz-Sicherheit sind selbst- und fremdbezogene Wertschätzung, Optimismus und die Zufriedenheit mit der Wohnsituation (bzw. äußeren Lebenssituation), also kognitiv-emotionale Kompetenzen im weiteren Sinne – Faktoren, die jedoch bei den Abhängigkeitskranken relativ schwach ausgeprägt sind



---

## 8 Diskussion

Im Diskussionsteil werden die obigen Ergebnisse der Studie zum Einfluss von Ressourcen auf die individuelle Sicherheit beim Alkoholverzicht interpretiert und einer kritischen inhaltlichen und methodischen Betrachtung unterzogen. Im folgenden Abschnitt (Kap. 8.1) werden die Ergebnisse des deskriptiven Studienteils aus Kapitel 6 diskutiert, die Hypothesenprüfungen aus Kapitel 7 werden im Anschluss (Kap. 8.2) besprochen.

### 8.1 Diskussion des Deskriptivteils

Hinsichtlich der *demographischen und Krankheitsdaten* (Kap. 6.2) ist die Stichprobe der Studie streng genommen nicht repräsentativ im Hinblick auf alle Alkoholabhängigen der Bundesrepublik. Dies war aber auch nicht beabsichtigt, da eine gewisse Homogenisierung bzw. Eingrenzung insbesondere bei den Krankheitskriterien nötig erschien (Kap. 5.5), um bei gegebener Stichprobengröße ( $N = 52$ ) aussagekräftige Daten zu erhalten. Auch unter inhaltlichen Aspekten war eine Auswahl nötig, da die Untersuchung des Faktors Abstinenz-Sicherheit eine grundsätzliche Motivation und Fähigkeit des Patienten, auf Alkohol zu verzichten, voraussetzt. Eine klinische Stichprobe mit einer gewissen Behandlungsvorerfahrung, Abstinenz-Fähigkeit bzw. -Bereitschaft und aktueller Alkoholabstinenz ist daher sicher selektiv, gerade bei den Motivationsvariablen der Abstinenzorientierung. Aber gegenüber einer fachklinischen Rehabilitationseinrichtung mit noch stärkerer Patientenselektierung (gerade bei prognostischen Variablen) kann ein niedrighwelliges Akutkrankenhaus wie im hier genutzten Setting durchaus ein recht breites Spektrum aufweisen, das sich bei den demographischen und Krankheitsdaten widerspiegelt. Die vorliegende klinische Stichprobe ist also einigermaßen vergleichbar

mit epidemiologischen Daten: Durchschnittlich mittlere Abhängigkeitsschwere mit allen diagnostischen Kernkriterien psychischer und physischer Art, mehr Männer als Frauen, wobei letztere heutzutage auch in der Gesamtbevölkerung zahlenmäßig innerhalb der Abhängigen zunehmen, mittleres Alter, bezüglich der sozialen Schicht jedoch etwa „zu hoch ausgebildet“ (vergleiche z.B. Bayerisches Gesundheitsministerium, 2002; Soyka, 1995). Die alkoholbedingten Folgeerscheinungen sozialer, psychischer und physischer Art, die in der Stichprobe vorkommen, wie etwa der je 20 %ige Anteil an Erwerbs- und Führerscheinlosen spricht grob für den Durchschnitt der Suchtkranken in der Bevölkerung. „Zeitgemäß“ ist die lernorientierte Einstellung der Studienprobanden beim Verständnis ihrer Krankheit: Während früher die Alkoholkrankheit meist eine globale „Charakterschwäche“ war und „man erst ganz unten sein“ musste, wandelt sich das Verständnis auch hinsichtlich der Suchtüberwindung zu etwas flexibel „Lernbarem“ (65 % sind der Meinung, dass der Alkoholverzicht mühsam, aber lernbar sei). Allerdings zeigt sich auch, nach direkten Hilfen bei der Alkoholüberwindung gefragt (siehe *REBE*-Fragebogen, beschrieben in Kap. 6.3.2), dass der „reine Wille“ und die „Hilfe von außen“ in der Vorstellung der Patienten doch ebenfalls noch sehr oft vorherrschen.

Alles in allem kann die Stichprobe der Studie bei den wichtigen epidemiologischen Aspekten als vergleichbar mit Alkoholikerdaten der bundesdeutschen Bevölkerung gesehen werden mit der Einschränkung, dass es sich um eine Auswahl hinsichtlich mittlerer Krankheitsschwere und relativ hoher Veränderungsbereitschaft handelt.

Die *Ressourcendaten* (Kap. 6.3) zeichnen, gerade als transformierte Normwerte bei den standardisierten Fragebögen der psychischen Ressourcen (*FLZ*, *TPF*), ein klares Bild, das der theoretischen Vermutung und den bisherigen Befunden aus diesem Forschungsbereich entspricht (siehe Kap. 3.1) – und recht ernüchternd ist, damit aber gleichzeitig die Notwendigkeit des Ressourcenförderung einfordert: Die Stichprobe der Abhängigkeitskranken ist mit Ressourcen insgesamt nicht reich bestückt. Diese Gesamteinschätzung auch im Vergleich mit Nicht-Alkoholikern bei der Ressourcenausstattung kann getroffen werden, da bei den psychischen Ressourcen krankheitsübergreifende Normwerte der deutschen Allgemeinbevölkerung herangezogen wurden.

Bezogen auf die *äußeren Ressourcen (RE-Ä)* ist die Mehrheit der Befragten kinderlos, nicht verheiratet, in Relation zur Ausbildung beruflich eingeschränkt, eher passiv in der Freizeitgestaltung und häufig im Kontakt mit rechtlichen oder sozialen Alkoholfolgen gewesen. Die Stichprobe unterscheidet sich auch hier vom normalen, d.h. nicht-alkoholkranken Bevölkerungsdurchschnitt (siehe Statistisches Bundesamt, 2002). Allerdings ist im Bereich der äußeren Ressourcen allgemein schwer zu definieren, was genau eine Ressource darstellt und was nicht (insbesondere beim Familienstand): Nicht zuletzt auf dem Hintergrund einer flexiblen, sich soziokulturell rasch wandelnden Gesellschaft mit einer hohen Variation in den Lebensbereichen ist es sicherlich zu vereinfachend, rein demographische Variablen zur Ressourcendefinition heranzuziehen. Vielmehr müssen bei der Erhebung äußerer Ressourcen differenzierte Fragen nach sozialer und materieller Sicherheit und dem persönlichen Erleben äußerer Faktoren gestellt werden. Letzteres geschah in der vorliegenden Arbeit bei der Messung des aktuellen Ressourcenstatus (RN-A), auf die nachfolgend eingegangen wird. Hier wird allerdings der rein äußere Ressourcenstatus verlassen, was jedoch vertretbar ist, da sich diese Arbeit auf psychische Ressourcen konzentriert.

Im *psychischen Ressourcenbereich* muss bei den Befragten wie im äußeren Bereich von Defiziten gesprochen werden: Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung liegt die Alkoholiker-Stichprobe unter dem Durchschnitt, zwar nicht extrem, aber erkennbar, was hinsichtlich des Krankheitsbildes auch nachvollziehbar ist (siehe hierzu genauer Kap. 3.1). Das betrifft sowohl die persönlichkeitspezifischen Hauptressourcen der seelischen Gesundheit und der Verhaltenskontrolle (RN-P) wie auch die aktuelle Lebenszufriedenheit als bereichsspezifische Hauptressource (RN-A). Dabei zeigen sich insgesamt keine Geschlechtsunterschiede, wohl aber sind die Älteren etwas zufriedener mit ihrer aktuellen Situation als die jüngeren Probanden – vielleicht mag dies mit höherer Akzeptanz von Gegebenem zusammenhängen. Die relativ stärksten Einzelressourcen sind Autonomie, Sinnerfülltheit und Beschwerdefreiheit sowie in aktuellen Lebensbereichen die Zufriedenheit mit der Wohnung und den Kindern. Die Relation mag etwas überraschen, betrachtet man psychische Aspekte und objektive Krankheitsfolgen des Abhängigen hinsichtlich psychosozialer Abhängigkeit, gesundheitlichen Beschwerden und sozialen Verlusten (Wohnung, Arbeit, Partnerschaft). Eine gewisse Realitätsverzerrung und

Selbstüberschätzung des Süchtigen mag sich hier widerspiegeln; außerdem Ambivalenz in der Problemlösekompetenz zwischen Selbst- und Fremdhilfe – zieht man die offene Frage nach den persönlich besten Suchtbewältigungsressourcen (REBE) heran: Wille und innere Stärke (vergleichbar mit dem obigen Autonomiefaktor) werden vorrangig genannt, andererseits aber die hohe Bedeutung äußerer sozialer Unterstützung für den Betroffenen. Das sind Faktoren, die im direkten Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit jedoch eher zurückstehen, wie die Hypothesenprüfungen zeigen (siehe Kap. 7.5 und weiter unten). Ist hier eher ein allgemeines Wunschdenken des Abhängigkeitskranken nach Unabhängigkeit erkennbar? Man könnte in der Interpretation sogar noch einen Schritt weitergehen und vermuten, dass die für eine tatsächliche Abstinenz wichtigen „harten“ Ressourcen im Sinne von Selbstkontrollkompetenzen zwar vom Abhängigen als nötig, wenngleich unspezifisch, erkannt werden (siehe REBE-Fragebogen, Kap. 6.3.2). Aber sie sind realiter zu gering ausgeprägt bzw. haben als spezifische Kompetenzen zu wenig Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit (relativ geringer Einfluss der „Verhaltenskontrolle“, vergleiche Kap. 7.5). Oder, wie die späteren Ausführungen bezüglich der Hypothesenprüfungen in Kapitel 8.2 vermuten lassen, es sind im Vergleich mit den rationalen Selbstkontrollressourcen doch die emotionalen Wertschätzungsfaktoren (etwa die Zufriedenheit mit sich und anderen) wichtiger, zumindest für die subjektive Selbstwirksamkeit. Gerade Selbstwertgefühl und Wohlbefinden sind beim Abhängigkeitskranken eher schwach vorhanden.

*Methodenkritisch* kann im Hinblick auf die Ressourcenerhebung in der Studie angemerkt werden, dass der Autor viel Wert darauf gelegt hat, ein breites Ressourcenspektrum mit externen, persönlichkeitspezifischen und aktuell bereichsspezifischen Ressourcen zu erfassen und dabei einen erprobten standardisierten plus offenen Zugang gewählt hat. Zum Einen wirkt dies recht komplex, vielleicht gar zu differenziert und an manchen Stellen auch redundant. Man mag dabei auch kritisieren, daß auf der Kriteriumsseite mit der Abstinenz-Sicherheit ebenfalls eine Art Ressource gemessen wird, was als tautologisch angesehen werden kann. Eine wirkliche Tautologie kann jedoch verneint werden, da das Ressourceninventar im Unterschied zum AS-Inventar eine alkoholspezifische und generelle Messung darstellt und somit auf einer anderen Ebene liegt. Trotz seiner Breite stellt das Ressourceninventar eine (theoretisch begründete) einge-

schränkte Auswahl an Diagnostika dar und liefert damit eine bestimmte Ressourcensicht. Andere Ressourcenerfassungsinstrumente (z.B. Kufner, Vogt & Reuter, 2001) würden andere Facetten beleuchten. Da aber umfassende Ressourcendiagnostika noch in der Entwicklung bzw. Erprobung sind, schien – auch hinsichtlich des Designs der vorliegenden Arbeit mit Schwerpunkt auf psychischen Ressourcen und Selbsteinschätzung – eine Ressourcenerfassung mittels der verwendeten Fragebögen am besten geeignet (genaue Beschreibung des Inventars in Kap. 5.2). Eine sinnvolle Ergänzung zum hier gewählten Selbsteinschätzungsfokus wäre in jedem Fall eine zusätzliche Fremdeinschätzung (z.B. Tröskén & Grawe, 2001), um oben angesprochene mögliche Diskrepanzen im Selbst- und Fremdbild und auch besser äußere Ressourcen abzubilden. Die Erweiterung um eine Außenperspektive gilt zudem für die Erfassung der Abstinenzsicherheit, wenngleich diese genau genommen immer subjektiv ist, da sie eine selbstbezogene Einschätzung darstellt. Interessant wäre aber darüber hinaus der Vergleich mit dem tatsächlichen Abstinenz-Verhalten und physiologischen Daten, gerade auch um auf mehreren Ebenen (vergleiche Reinecker, 1987) die objektive körperliche und emotionale Seite des Abstinenzkriteriums zu erreichen. Zumindest gelang mit dem *ASI*-Inventar des Autors entsprechend des Untersuchungsziels eine spezifische, situative Diagnostik der subjektiven Sicherheit, auf Alkohol verzichten zu können *und* zu wollen, was eine bedeutsame Unterscheidung der rationalen und emotional-motivationalen Aspekte ermöglicht.

Die Daten der ***Abstinenz-Sicherheit*** (Kap. 6.4) ergeben folgendes Bild: Abstinenz-Zuversicht und Abstinenz-Wert, die beiden Teilfaktoren des Abstinenz-Kriteriums, sind in der Stichprobe trotz der eher geringen Ressourcenbasis durchschnittlich recht hoch ausgeprägt (allerdings sind diese Zahlen nicht normiert), wobei die rationale Zuversicht, auf Alkohol verzichten zu können vergleichsweise höher ist als die emotionale Abstinenz-Orientierung. An sich ein recht positives Bild (zumindest für diese Stichprobe), das auch die theoretischen Ausführungen in Kapitel 2.4 zum Thema Selbstwirksamkeit bestätigt – nochmals mit dem Hinweis, dass hohe Selbstwirksamkeit keine Selbstüberschätzung impliziert. Vereinfacht gesagt, traut sich der Suchtkranke bei relativ schwacher Ressourcenausstattung verstandesmäßig ganz gut zu, abstinent zu bleiben, aber fühlt sich nicht unbedingt entsprechend seiner Kompetenzeinschätzung. „Überschätzt“

sich der Alkoholranke damit emotional in seiner Abstinenzfähigkeit, ist gerade die „affektive Selbstkontrollfähigkeit“ beeinträchtigt? Diese Seite der Abstinenz-Sicherheit (also das Erleben des vorgestellten Alkoholverzichts) sowie die realen Rückfallzahlen bzw. praktischen Erfahrungen aus der Suchtarbeit lassen dies vermuten. Am schwersten fällt es dem durchschnittlichen Probanden, bei unangenehmen Gefühlen und beim Austestenwollen der Trinkkontrolle auf Alkohol zu verzichten – ein Indiz für den Wunsch, angenehme Gefühle (im weiteren Sinne eine Ressource!) künstlich durch die Alkoholwirkung zu erzeugen und der Versuchung nachzugeben, sich selbst etwas zu beweisen.

So gesehen wären dem Alkoholabhängigen ein besserer Ressourcenboden gerade im Wohlfühlbereich sowie eine adäquatere Abstinenz-Sicherheit – im Sinne realistischer Selbstwirksamkeit *und* emotionaler Positivbewertung des Abstinenzzieles – zu wünschen. Das Augenmerk richtet sich auf die emotionale Seite, sowohl bei den Ressourcen als auch bei der Abstinenz-Sicherheit: Die spätere Diskussion (insbesondere bei Hypothese 5) wird zeigen, dass hier die Zusammenhänge besonders hoch sind. Je höher das persönliche Wohlbefinden ist, desto positiver wird der Alkoholverzicht bewertet, was den realen Verzicht erleichtert. Denn: Ressourcen sind wichtig für die subjektive Abstinenz-Sicherheit (siehe nachfolgend), diese ist wichtig für die tatsächliche Abstinenz (Fäh, 1989).

## 8.2 Diskussion des Hypothesenteils

Im **Hypothesenblock 1** (Kap. 7.1) wurde der Einfluss der *psychischen Ressourcenprofile* auf die Abstinenz-Sicherheit getestet. Gemäß des theoretischen Modells des Autors (Abb. 5 in Kap. 3.2) konnte der signifikant positive Einfluss des personalen (RN-P) wie auch des aktuellen Ressourcenprofils (RN-A) bestätigt werden. Dabei ist die Wirkung

aktueller psychischer Ressourcen größer als genereller Ressourcen, was ebenfalls die theoretische Annahme bekräftigt, dass Ressourcen gegenwärtig aktiviert sein müssen, um wirken zu können. Einschränkend muss zum Ressourceneinfluss gesagt werden, dass mit knapp 30 %iger Varianzaufklärung die gemessenen Ressourcen nur zum Teil die Vorhersage der Abstinenz-Sicherheit bestimmen. An sich nichts Überraschendes, da – ebenfalls aus den theoretischen Überlegungen ableitbar – eine Prognose gerade im Suchtbereich wegen unterschiedlichster Einflussfaktoren komplex ist (vergleiche auch Kap. 3.1). Hier sind externe Variablen einschließlich äußerer Ressourcen zu berücksichtigen sowie natürlich Krankheitsfaktoren, wengleich der direkte Einfluss äußerer Ressourcen und der Abhängigkeitsschwere auf die subjektive Abstinenz-Sicherheit in der Studie nicht belegt werden konnte (siehe weiter unten). Zu erinnern ist an dieser Stelle auch an die methodenkritischen Anmerkungen aus dem vorigen Kapitel (Kap. 8.1) zu den Erfassungsinstrumenten. Die Vorhersagemöglichkeit menschlichen Verhaltens und mehr noch menschlichen Erlebens ist per se begrenzt, weshalb die hier gemessenen Korrelationen in meist mittlerer Höhe mit oft sehr starken Signifikanzen durchaus einen guten Prognosebeitrag leisten.

*Methodisch* gesehen war der Einsatz schrittweiser Regressionsanalysen sehr geeignet, um verschiedene Einflussstärken zu vergleichen, aber auch um Redundanzen ähnlicher Ressourcenwirkungen zu reduzieren. Bei den gemessenen Variablen sowohl auf Prädiktor- wie auch auf Kriteriumsseite ist eine solche Redundanz nicht auszuschließen, da der Einsatz eines Pakets aus Messinstrumenten und ein hypothetisches Selbstwirksamkeits-Kriterium mit eigenem, wengleich sehr spezifischem Ressourcencharakter gewisse Vermischungen beinhalten. Trotz dieser Einschränkungen konnte die Priorität des aktuellen und bereichsspezifischen Prädiktors „Lebenszufriedenheit“ herausgefiltert werden sowie die Bedeutung des theoretischen Konstrukts „Seelische Gesundheit“ (Becker, 1995; Näheres in Kap. 2.3) mit größerem Einfluss als die „Verhaltenskontrolle“.

Der *Hypothesenblock 2* (Kap. 7.2) befasste sich mit dem Kriterium „Abstinenz-Sicherheit“ und seinen Teilfaktoren „*Abstinenz-Zuversicht*“ und „*Abstinenz-Wert*“. Entsprechend der Alternativhypothesen wirken die Ressourcenprofile gleichermaßen auf

die beiden Teilfaktoren, jedoch ist der direkte Zusammenhang zwischen Zuversicht und Wert etwas höher als angenommen. Damit kann gesagt werden, dass der kognitiv-rationale Faktor und der emotional-motivationale Faktor zwei durchaus unterscheidbare Seiten einer Medaille sind, die von Ressourcen in ähnlicher Weise beeinflusst werden (siehe auch Kap. 3.3). Die Unterscheidbarkeit zweier Facetten der Abstinenz-Sicherheit ist auch deshalb von Bedeutung, da der Einbezug einer affektorientierten bzw. bedürfnisbezogenen Variable („wollen“) eine Erweiterung des eher rational orientierten Selbstwirksamkeitskonstrukts mit Kompetenzfokus („können“) (Bandura, 1977a, 1977b, 1997) darstellt. Zwar ist der Zusammenhang des emotionalen Abstinenz-Wertes mit den Ressourcenprofilen im Einzelvergleich deskriptiv etwas geringer als bei der kognitiven Abstinenz-Zuversicht. Dies mag auch daran liegen, dass der emotionale Faktor, verbal erfasst basierend auf individueller Imaginationsfertigkeit, weniger spezifisch zu bestimmen ist, sowie die hier verwendete Skala mit Positiv- und Negativrichtung eine größere Varianz beinhaltet. Andererseits zeigt sich bei der späteren Gesamtbetrachtung aller wichtigen Variablen in der Clusteranalyse deutlicher die Bedeutung des emotionalen Abstinenz-Wertes (siehe weiter unten bei der Diskussion des Hypothesenblocks 5).

Im **Hypothesenblock 3** (Kap. 7.3) wurde die Frage analysiert, welchen Einfluss *äußere Ressourcen* auf die Abstinenz-Sicherheit haben. Hier sind gewisse Tendenzen zu erkennen, die jedoch nicht signifikant belegt werden können. Tendenzen hinsichtlich höherer Abstinenz-Sicherheit bestehen bei Personen, die in fester Beziehung leben und Kinder haben, einen guten sozioökonomischen Status aufweisen und wenig alkoholspezifische Negativfolgen kennen. Diese Tendenzen, die durchaus plausibel erscheinen, sind jedoch, wie gesagt, insignifikant und entsprechen der widersprüchlichen Forschungslage in diesem Bereich (Kap. 3.2), weshalb die theoretische Annahme bekräftigt ist, dass der Einfluss externer Ressourcen bei Alkoholkranken skeptisch betrachtet werden muss. Zwar haben sie keinen Negativeinfluss (mit Ausnahme der Abstinenzdauer im ersten Jahr, die durch das generelle Rückfallrisiko keinerlei Positivaussage erlaubt), aber äußere Ressourcen sollten immer im Lichte ihrer psychischen Verarbeitung verstanden werden (vergleiche Kap. 3.1 und 3.2). Als Einflussvariable auf Alkoholkonsum vs. Alkoholverzicht kann die gleiche Ressource unterschiedliche Funktion haben, je nachdem ob

sie eher dem Trinken oder Nichttrinken „dient“ (siehe etwa das Phänomen der externen Co-Abhängigkeit als dysfunktionale soziale Unterstützung). Wichtig ist also hier eine differenzierte verhaltensanalytische Betrachtung der Ressourcenwirkung, die kognitive und Verstärkungsmechanismen im biopsychosozialen System untersucht (vergleiche dazu Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996). Ähnliche Funktionsunterschiede gelten natürlich auch für psychische Ressourcen, wenngleich diese als innere Faktoren näher an den kognitiven Prozessen sind und daher per se mehr in eine positive Richtung weisen. Der oben diskutierte, etwas ernüchternde Anteil an Varianzaufklärung der psychischen Ressourcenprofile im Hinblick auf die Abstinenz-Sicherheit sowie die mittelgroßen Korrelationen könnten hier ihre beste Erklärung finden: Auch psychische Ressourcen können so oder so wirken, je nachdem wie und wofür sie vom Betroffenen genutzt werden. „Zufriedenheit mit der eigenen Person“ als psychische Ressource beispielsweise ist zwar prinzipiell ein guter Boden für Abstinenz-Sicherheit, aber als unkritische Selbstzufriedenheit ohne adäquate Selbstkontrollkompetenzen womöglich kontraproduktiv, heißt trinkfördernd.

Im **Hypothesenblock 4** (Kap. 7.4) wurde der Einfluss einer weiteren Variable im Ressourcen-Abstinenz-Modell überprüft – und zwar der Einfluss der „*Abhängigkeitschwere*“ als standardisiert gemessener Repräsentant des Krankheitseinflusses. Die Analyse eines Krankheitsfaktors erschien deshalb wichtig, da neben den Ressourcen als Positivmedium direkte negative Wirkfaktoren hinsichtlich der Abstinenz-Sicherheit berücksichtigt werden müssen – gerade auch wegen der angesprochenen Varianzaufklärung. Das Ergebnis dürfte jeden Alkoholkranken ermutigen: Es kann nicht behauptet werden, dass die Krankheitsschwere die eigene Sicherheit, auf Alkohol zu verzichten, signifikant reduziert. Der Zusammenhang selbst ist äußerst gering. Das bedeutet, daß auch schwer Abhängigkeitskranke (wobei hier nicht die Extremformen etwa mit hirnor-ganischer Beeinträchtigung oder Krankheitsuneinsicht bzw. fehlendem Abstinenzwillen in die Untersuchung einbezogen wurden) durchaus eine gute Abstinenz-Sicherheit aufweisen können. Dies ist natürlich ein subjektiver und kein objektiver Verhaltenswert, also über die tatsächliche Abstinenz wird direkt keine Aussage gemacht (wenngleich der Zusammenhang subjektive Selbstwirksamkeit und objektive Abstinenz bestätigt ist, siehe Fäh, 1989). Die in der Praxis bzw. der Gesellschaft oft noch anzutreffende ab-

schätziqe Einstellung, der Alkoholranke – besonders der langjähriqe – sei „ein hoffnungsloser Fall“, der im Alkoholverzicht gar nicht zuversichtlich sein kann und will, ist so nicht haltbar. Es gibt, wie die im Folgenden zu diskutierende Clusteranalyse zeigt, Patienten mit hoher Abstinenz-Sicherheit trotz hoher Abhängigkeitschwere und auf der anderen Seite Patienten mit geringer Sicherheit trotz niedriger Krankheitsausprägung. Relativierend muss allerdings das Phänomen der Selbstüberschätzung im ersten Fall sowie die Vermutung des Nichtverzichten-*Wollens* bei Patienten mit wenig Krankheits-symptomen beachtet werden.

Für die meisten Patienten mit mittlerer Abhängigkeitsausprägung ist es jedoch in jedem Fall sinnvoller, genauer auf die Ressourcenausstattung zu schauen als auf die Krankheitsschwere, wenn die Abstinenz-Sicherheit und indirekt auch das Abstinenz-Verhalten prognostiziert werden sollen.

Die letzten Ausführungen leiten direkt über in die Diskussion des **Hypothesenblocks 5** (Kap. 7.5) mit seinen *komplexen Zusammenhängen*. Als sehr hilfreiche, weil feine Unterschiede aufdeckende Methode, erwies sich eine Clusteranalyse, die unter Berücksichtigung aller wichtigen Variablen auf Prädiktor- und Kriteriumsseite vier Gruppen bildet. Auf die Prozedur und die Detailergebnisse der Clusterung braucht an dieser Stelle nicht genauer eingegangen werden, da dies bereits in Kapitel 7.5 geschah. Zusammenfassend gesagt konnten zwei Hauptgruppen mit klar unterscheidbaren Ressourcen-Abstinenz-Kombinationen gebildet werden: Eine Gruppe mit niedriger psychischer Ressourcen-ausstattung bei niedriger Abstinenz-Sicherheit und eine andere Gruppe mit hoher Ressourcenbasis bei entsprechend hoher Sicherheit im Alkoholverzicht. Dabei spielt das aktuelle psychische Ressourcenprofil (allgemeine Lebenszufriedenheit) wie schon in anderen Hypothesenprüfungen eine größere Rolle als das generelle Profil (seelische Gesundheit, Verhaltenskontrolle). Die relativ breite Gesamtstichprobe, sprich die trotz einer gewissen Homogenisierung ein recht weites Merkmalsfeld in den Abhängigkeits-kriterien abdeckt (siehe auch obige Ausführungen am Anfang des Kap. 8.1), verlangt nach einer weiteren Differenzierung. Zwei (fallmäßig kleinere) Gruppen konnten dabei gebildet werden, die allerdings die Interpretation nicht leichter machen. Denn hier zeigen sich gegenläufige Beziehungen: trotz guter Ressourcen eine geringe Abstinenz-

Sicherheit und umgekehrt. Es lässt sich eine relativ einfache Schlussfolgerung ziehen, die gleichzeitig komplex ist, da sie eine Prognose schwierig macht, und sich an die obigen Anmerkungen zur Abhängigkeitsschwere anschließt: Es existiert, zumindest bei bestimmten Patienten, keine klare Vorhersagemöglichkeit. Auch ein Patient mit gutem Ressourcenprofil mag in seiner Abstinenz unsicher sein, während ein anderer Patient trotz ungünstiger Ressourcenausprägung abstinent-sicher sein kann. Möglicherweise verschafft der Blick auf die aktuelle Verhaltensebene (siehe oben) gerade an dieser Stelle mehr Klarheit, wobei die geschehene Differenzierung des Kriteriums in eine Kompetenz- und Gefühlsseite schon zur Aufklärung beiträgt. Besonders der emotionale Faktor „Abstinenz-Wert“ ist es, der in der Clusteranalyse auf Kriteriumsseite die Gruppen unterscheiden hilft. Anders gesagt, kann die Abstinenz besser prognostiziert werden, wenn neben der eher rational orientierten Zuversicht hinsichtlich des Verzichtens-Könnens auch die emotionale Seite des Verzichtens-Wollens berücksichtigt wird.

Auf Prädiktorseite gelang durch abschließende, differenzierte Regressions- und Diskriminanzanalysen ebenfalls eine Kräftigung dieser „emotionalen Sichtweise“. Innerhalb der psychischen Ressourcenprofile heben sich die Faktoren „Liebesfähigkeit“, „Selbstvergessenheit“ und die „Zufriedenheit mit der eigenen Person“ (und der Wohnsituation) heraus. In der Diskriminanzanalyse, die zwischen Personen mit hoher und niedriger Abstinenz-Sicherheit unterscheidet, kommt noch das „Selbstwertgefühl“ hinzu. Es sind also *sozial-emotionale und personal-emotionale Ressourcenfaktoren* im Sinne einer fremd- und selbstbezogenen Wertschätzung und eines persönlichen Wohlbefindens, die in besonderer Weise mit der eigenen Abstinenz-Sicherheit in Verbindung stehen. Eher kompetenz- bzw. handlungsorientierte Ressourcen (also eher rational geprägte) wie „Autonomie“, „Selbstaktualisierung“ oder „Verhaltenskontrolle“ sind eher nachrangig (vergleiche hierzu auch die Diskussion in Kap. 8.1). Damit können die theoretischen Ausführungen zur Forschungslage hinsichtlich kognitiver „Coping“-Faktoren (Kap. 3.2) um einen wichtigen Aspekt ergänzt werden.

Interessant ist daneben sicherlich auch, dass beim Thema externe Ressourcen die „Zufriedenheit mit der eigenen Wohnsituation“ als Repräsentant einer psychisch moderierten äußeren Ressource einen hohen Stellenwert einnimmt. Gemäß des Ressourcen-

Abstinenz-Sicherheitsmodells (siehe Abb. 5 in Kap. 3.2) kann geschlussfolgert werden, dass entsprechend positiv erlebte äußere Ressourcen durchaus einen positiven Einfluss auf die Abstinenz-Sicherheit haben, wenngleich die psychischen – und hier insbesondere die emotional geprägten – Ressourcen vergleichsweise wichtiger sind.

Die World Health Organisation (WHO) (zitiert nach Soddy, 1961) definierte im Jahr 1947 Gesundheit als „complete physical, mental and social well-being“ und betonte schon damals den Wert des psychischen Wohlbefindens als Basis für die Gesundheit. Eine „optimale emotionale Entwicklung“ (ebd.) ist neben einer „Kompetenz zum aktiven Gestalten“ (Tönnies, Plöhn & Krippendorf, 1996) in eigenen und sozialen Belangen wichtiger Bestandteil psychischer Gesundheit. Der Suchtkranke macht hier keine Ausnahme, vielmehr sind emotionale Ressourcen zentrale Förderer seiner Sicherheit, nicht zu trinken – was ihm und anderen zugutekommt.

---

## 9 Zusammenfassung und Ausblick

Diese Studie hat sich zum Ziel gesetzt, bei alkoholkranken Patienten persönliche Ressourceneinflüsse auf die subjektiv empfundene Sicherheit hinsichtlich des Alkoholverzichts zu untersuchen. Theoretische Grundlage war die Annahme, dass psychische Ressourcen im Verständnis einer aktuell aktivierten Basisausstattung die Abstinenzsicherheit in kognitiver und emotionaler Hinsicht positiv beeinflussen. Im Großen und Ganzen konnten die daraus abgeleiteten Hypothesen beibehalten werden (siehe auch die Zusammenfassung am Ende des Kap. 7):

Die *aktuelle psychische Ressourcenausstattung* beeinflusst in bedeutsamer Weise positiv den Glauben und insbesondere den Wunsch, auf Alkohol zu verzichten, mehr noch als die persönlichkeitspezifische Basis oder gar externe Ressourcen, die an sich keine eindeutige Wirkung zeigen wie auch nicht die Abhängigkeitsschwere (für Alkoholranke sicher ein Trost und eine Hoffnung). Wenngleich auch gesagt werden muss, dass Ressourcen zwar einen guten, aber (bei einer knapp 30 %igen Varianzaufklärung) doch nicht den absolut entscheidenden Beitrag zur Vorhersage der Abstinenzsicherheit leisten. Aber dass sie allemal einen „guten Boden“ darstellen, auf dem der Alkoholverzicht „gesät“ werden kann, darf keineswegs unterschätzt werden. Dies umso mehr, weil der Ressourcenboden der Abhängigkeitskranken dünn ist.

Unter explorativen Gesichtspunkten konnten bei der genauen Analyse dieses Ressourcenbodens einzelne *Teilprofile* herausgefiltert werden, um damit hoffentlich einen Beitrag zu leisten, die diagnostische und therapeutische Effizienz in der Alkoholismusbehandlung zu erhöhen: Therapeuten tun gut daran, insbesondere auf die Zufriedenheit des Patienten mit seiner eigenen Person, auf die emotionale Offenheit für andere und

auf eine gute Portion allgemeinen Optimismus zu achten und diese zu stärken. Diese emotionalen Ressourcen sind quasi die „besten Dünger“ für den Alkoholverzicht.

Denn auf der Prädiktor- wie auch auf Kriteriumsseite wurde die Bedeutung *emotionaler Bewertungen und Erwartungen* bekräftigt. Diese haben bei den Ressourcen als gefühlsmäßige Wertschätzungs- und Zufriedenheitsfaktoren sowie bei der Abstinenz-Sicherheit als emotionale und motivationale Erwartung an die Folgen des Alkoholverzichts einen besonderen Stellenwert. Es reicht eben nicht, nur rationale Kompetenz-Aspekte des Abstinenzorientierten zu fördern (was natürlich nicht erst seit der „emotionalen Wende“ in der Verhaltenstherapie, vergleiche Kanfer, 1989, bekannt ist). Selbstkontrolle darf Spaß machen – wichtig ist, (vorhandene und mangelnde) Selbstkontrollressourcen gezielt und wohlbefindensnah zu fördern. Neben problemorientiertem Coping ist es nicht zuletzt die „emotionsorientierte Bewältigungsdimension“ (Laux & Weber, 1993; Lazarus & Folkman, 1984), die aversive Zustände reduzieren hilft (siehe auch die Bedeutung von Hoffnung und Humor; vgl. Dumbs, 2002). Als direkte positive Gefühlsreaktion auf erfolgreiche Bewältigung (Weber & Laux, 1991) im Kontrast vorheriger Belastung ist der Wert emotionalen Erlebens nicht zu unterschätzen. Dies gilt es, dem Suchtkranken immer wieder erlebnisnah bewusst zu machen: Der Alkoholverzicht ist eine große Mühe (dies gilt es positiv zu verstärken), und das Wohlbefinden ohne Alkohol ist größer (dies gilt es zu entdecken).

Auf der anderen Seite ist und bleibt Alkohol ein Suchtmittel mit starken emotionalen und physiologischen, eigendynamischen Auswirkungen, so dass eine Berücksichtigung dieser Ebenen für das Verständnis des Alkoholeinflusses auf das biopsychosoziale System nötig ist. Die dysfunktionale „Opiat-Neuroadaptation“ des Süchtigen (beschrieben z.B. bei Birbaumer & Schmidt, 1990) mit autogenem Endorphinmangel und gestörter positiver Selbstaktivierung in den mesolimbisch-mesocortikalen Belohnungszentren verlangt geradezu nach gezielter suchtmittelalternativer „emotionaler Stärkung“ durch Ressourcenförderung. Da sich diese Arbeit auf die subjektiv-kognitive Erfassung salutogener Faktoren konzentriert hat, könnten weitere Forschungen mit anderen Methoden (z.B. experimentelle Messung physiologischer Parameter beim Erleben des Alkoholverzichts unter verschiedenen Ressourceneinflüssen) weitere Aufklärung dieser Phänomene bringen. Bandura (1997) verwies in diesem Zusammenhang auf positive empirische

Effekte des Ressourcenfaktors Selbstwirksamkeit auf opioide neurohormonelle Aktivierungen und Immunmechanismen im Organismus.

Wunsch des Autors ist, dass die sich in Forschung und Praxis allmählich systematisch etablierende Ressourcenperspektive gestärkt werde. Die vorliegenden Ergebnisse können dazu beitragen, den Stellenwert der Ressourcen gerade im Suchtbereich als Ergänzung zur lange vorherrschenden Defizitperspektive zu festigen. Keineswegs negiert bzw. abgeschwächt werden soll damit die Tatsache des Krankheitswertes der Suchtproblematik mit ihren psychischen, physischen und sozialen Funktionseinschränkungen. Bezogen auch auf die therapeutische Beziehung bleibt die Notwendigkeit einer klaren, symptom- und verhaltensorientierten Haltung des Behandlers, nicht zuletzt um sich selbst gegen die allgegenwärtige Gefahr der Co-Abhängigkeit oder Blauäugigkeit zu wappnen. Gerade aber die Verhaltens- und Funktionsperspektive, die uns die Verhaltenstherapie nahe legt, ermöglicht eine „ganzheitliche“ Sichtweise auf Defizite und eben auch Positiva und Aktiva der Patienten. Ein so verstandenes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen, das die Eigenkräfte und damit auch die Eigenverantwortung des Patienten betont, wie besonders der Selbstmanagement-Ansatz vermittelt (vergleiche Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996), hilft am besten bei Krankheitsbewältigung, Problemlösung und Erhöhung des Wohlbefindens.

Zu wünschen ist, dass eine praxisorientierte Forschung, die auch der Autor als forschungsinteressierter Praktiker zu realisieren versucht hat, sich weiter um eine systematische Erfassung und Aktivierung von Ressourcen kümmert im Sinne einer allgemeinen und gleichzeitig störungsspezifischen Psychotherapie. Ein interessantes Feld wäre in diesem Zusammenhang etwa die Frage, inwiefern es „störungsspezifische Ressourcen“ gibt, die sich zwischen verschiedenen psychischen Krankheiten bzw. deren Bewältigung differenzieren lassen und die damit speziell zu nutzen sind, oder ob es doch eher auf eine generelle Ressourcenaktivierung zur Erhöhung der allgemeinen Selbstwirksamkeit des Patienten ankommt - die Befunde der vorliegenden Arbeit plädieren für gezielte Ressourcenaktivierung, die generell ist im Sinne einer störungsübergreifenden Förderung. Ein anderes Thema ist die notwendige forschende Beschäftigung mit der thera-

peutischen Ressourcenaktivierung an sich, also mit dezidierten Möglichkeiten und Methoden, prinzipiell vorhandene Ressourcen im Therapieprozess nutzbringend einzusetzen. Das Wissen jedenfalls, dass Ressourcen nicht einfach die Umkehrung von Defiziten sind, auf mehreren Ebenen angesiedelt sind und verschiedene Funktionen haben können (siehe dazu auch die Ausführungen zu äußeren Ressourcen in der vorliegenden Arbeit), macht eine solche Forschung sicherlich komplex. Im Rahmen der Alkoholthematik könnte auch ein nächster Forschungsschritt sein, den Zusammenhang einzelner Ressourcen mit dem „tatsächlichen“ Abstinenzverhalten (also über die subjektive Abstinenz-Sicherheit hinaus) zu erkunden. Insgesamt sollte gerade auf der Ressourcenebene weiter differenziert und verhaltensnah geforscht werden (in diese Richtung tendieren ja die Forschungsgruppen um Kufner in München und Grawe in Bern).

Zweck der vorliegenden Studie war es, grundsätzliche Ressourceneinflüsse auf psychischer, verbal vermittelter Ebene zu klären (daher die Begrenzung auf standardisierte persönlichkeitsorientierte und bereichsspezifische Messungen). Nun könnten bei differenziellen Fragestellungen einzelfallanalytisch oder experimentell Ressourcen der Störungsgruppe Alkoholiker weiter untersucht werden. Darauf aufbauend sollte in Evaluationsstudien daran gearbeitet werden, wichtige Ressourcen zielgerichtet zu aktivieren (d.h. also auch deren Wirkung im Blick<sup>31</sup>). Eines bleibt jedoch bei allem guten Ausblick festzuhalten – und das ist, glaube ich, einfach die Realität des Menschen (nicht nur in der Psychotherapie):

Auch die beste Ressource ist kein Allheilmittel und keine Garantie gegen Krankheit, eine Veränderungsprognose gerade im Suchtbereich wird immer schwierig sein. Die oft mühsame Arbeit gegen das Problem Alkohol wird durch Ressourcen nicht einfach aufgehoben. Aber diese können für Betroffene und Helfer ein fruchtbarer Boden der Unter-

---

<sup>31</sup> Eine Frage könnte beispielsweise beim Wirkungsthema sein, welche und inwiefern bestimmte Ressourcen unter emotionalen und motivationalen Gesichtspunkten *alternativ* zur Suchtmittelwirkung (hinsichtlich suchtsensibler Bereiche der Bedürfnisregulation, z.B. Stress, Lust, soziale Nähe) positiven Einfluss haben, um diese gezielt zu fördern.

stützung sein, was die therapeutische Arbeit für alle Beteiligten wirksamer, angenehmer und noch spannender macht. Werden die spezifischen Widerstandsfaktoren und die positiven Seiten jenseits der Defizite erkannt und entsprechend gefördert, ist der Kranke nicht mehr nur Kranker, sondern ein Mensch mit vielen gesunden Anteilen, der Zuversicht, Wohlbefinden und Selbstverantwortung gewinnt – und sei es auch in der Akzeptanz von Defiziten bzw. Einschränkungen. Manches im Leben kann am besten mit Gelassenheit im eigentlichen Wortsinne erreicht werden, mit Tun durch Lassen. Auf Alkohol verzichten zu „müssen“ ist eine solche Einschränkung, die aber den Raum und die Chance bietet, sich von pathogener Versuchung zu lösen und salutogenen Bereichen zu öffnen. Interessante verhaltenstherapeutische Forschungen hierzu kommen aus dem Konzept der sog. „Acceptance- und Commitment Therapie“ (vergleiche O’Donohue, W., Fisher, J.E. & Hayes, S.C., 2003). Therapeutischer Fokus ist einerseits die Wirkung von Gedanken und Emotionen insbesondere durch Techniken des Akzeptierens und LoslöSENS und der Veränderung von Kontextbedingungen statt der direkten Veränderung von unerwünschten Gefühlen und Gedanken. Andererseits werden existenzielle Lebensziele erarbeitet, um die Motivation zu engagiertem und entschlossenem Handeln zu fördern und ein wert- und sinnvolles Leben zu ermöglichen.

Eine solche Sichtweise als Betroffener anzunehmen und das Beste daraus zu machen, hat etwas Erleichterndes und ist selbst eine Ressource.



---

## **10 Anhang**

Der Anhang enthält Originalseiten bzw. Extrakte der für die Studie verwendeten diagnostischen Instrumente (theoretische Beschreibung siehe Kap. 5.2) sowie Variablenoperationalisierungen.

### **A. Anamneseleitfaden (AL)**

*Anmerkung:* Es wird der vom Autor der Studie entwickelte AL im Original wiedergegeben. Der Fragebogen wird vom Probanden ausgefüllt und gegebenenfalls danach ergänzt.

(siehe folgende Seite)

**Anamnese-Leitfaden (AL)**

**Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen**  
(Befragungs-Nr. und Patienten-Code freilassen)

Befragungs-Nr.: Patienten-Code:      

**Geschlecht:**  1 männlich  
 2 weiblich

**Alter bei Erhebung:**  **Geburtsdatum:**      **Kinderzahl:**  **Familienstand:**

- 1 ledig  
 2 verheiratet  
 3 getrennt lebend  
 4 geschieden  
 5 verwitwet

**Alkoholismus in Familie, Bezieh.**

(Mehrfachantworten möglich):

- 1 in Herkunftsfamilie  
 2 bei PartnerIn  
 3 nicht bekannt

**Lebenssituation:**

- 1 allein lebend, ohne feste Beziehung  
 2 allein lebend, in fester Beziehung  
 3 mit Eltern(teil)  
 4 allein mit Kindern  
 5 mit PartnerIn  
 6 mit PartnerIn und Kindern  
 7 mit Freunden/Bekannten  
 8 mit sonstigen Personen

**Höchster Schulabschluss:**

- 1 ohne Schulabschluss  
 2 Sonderschule  
 3 Volks-/Hauptschule  
 4 Realschule/Mittlere Reife  
 5 (Fach-)Abitur, Fachhoch.reife  
 6 Hochschulabschluss  
 7 anderer Schulabschluss

**Berufsausbildung (Mehrfachantworten möglich):**

- 1 ohne Berufsausbildung  
 2 abgebrochen  
 3 in Ausbildung  
 4 Lehre  
 5 Fachhochschule/Ingenieurschule  
 6 Hochschule/Universität  
 7 Sonstiges

**Derzeitige Berufstätigkeit:**

- 1 SchülerIn, Azubi, StudentIn  
 2 Angestellte(r), Beamte(r)  
 3 ArbeiterIn, FacharbeiterIn  
 4 Selbstständige(r)  
 5 Erwerbslose(r)  
 6 Hausfrau/-mann,  
mithelfende(r) Angehörige(r)  
 7 RentnerIn  
 8 Wehrpflichtiger  
 9 in beruflicher Rehabilitation  
 10 Sonstiges

**Freizeitverhalten:**

- 1 vorwiegend aktiv  
 2 vorwiegend passiv

**Alkoholspezifische Folgen (rechtlich, sozial) in Vorgeschichte (Mehrfachantworten möglich):**

- 1 Verurteilung, Geldstrafe  
 2 Entzug der Fahrerlaubnis  
 3 Unterbringung  
 4 Arbeitsplatzverlust  
 5 Schulden  
 6 Trennung des Partners  
 7 sonstige negative Folgen  
 8 nicht bekannt

**Alkoholspezifische Vorbehandlungen (Mehrfachantworten möglich):**

- 1 ambulante Behandlung  
 2 stationäre Entzugstherapie   (Anzahl)  
 3 stationäre Entwöhnungstherapie  
 4 Selbsthilfegruppe  
 5 Suchtberatung  
 6 keine Vorbehandlungen

**Krankheitsverständnis:**

- 1 Nur wer ganz tief unten ist, hört auf  
 2 Der Alkoholverzicht ist reine Willenssache  
 3 Stark sein gegen Alkohol ist mühsam, aber lernbar

**Letzter Alkoholkonsum:** vor   Tagen

## **B. Zielskala (ZS)**

(Körkel & Schindler, 1996)

*Anmerkung:* Es wird die Zielskala im Original wiedergegeben. Der Fragebogen wird vom Probanden durch Ankreuzen einer der Antwortalternativen ausgefüllt.

Mein Ziel im Umgang mit Alkohol ist:

- (a) trinken wie bisher
- (b) kontrolliert trinken
- (c) die meiste Zeit abstinent bleiben und nur ab und zu Alkohol trinken
- (d) erst einmal über längere Zeit abstinent bleiben und dann weitersehen
- (e) totale Abstinenz - nie mehr Alkohol trinken

### **C. Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA)**

(John, Hapke & Rumpf, 2001)

*Anmerkung:* Es werden Beispiel-Items der einzelnen Subskalen wiedergegeben. Der Fragebogen bezieht sich auf die letzten Trinkgewohnheiten. Beantwortet werden die Fragen durch Ankreuzen von „nie“, „seltener als einmal pro Monat“, „einmal pro Monat oder öfter“, „einmal pro Woche oder öfter“, „täglich“.

<i><b>Skala</b></i>	<i><b>Item-Nr./Inhalt</b></i>
<i>Einengung des Trinkverhaltens</i>	<b>4</b> Es war schwierig für mich, Gedanken an Alkohol loszuwerden
<i>Körperliche Entzugssymptome</i>	<b>5</b> Ich zitterte morgens stark am ganzen Körper, wenn ich nichts Alkoholisches zu trinken hatte
<i>Alkoholkonsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen</i>	<b>9</b> Ich trank morgens Alkohol, um das Zittern loszuwerden
<i>Psychische Entzugssymptome</i>	<b>14</b> Alkohol zog mich wie magisch an
<i>Toleranzsteigerung</i>	<b>20</b> Ich vertrug im Laufe der Jahre immer mehr Alkohol
<i>Extreme Toleranzsteigerung</i>	<b>24</b> Ich vertrug mindestens die zehnfache Trinkmenge gegenüber früher
<i>Toleranzumkehr</i>	<b>25</b> Ich vertrug erst mehr Alkohol als früher und zuletzt weniger

## D. Ressourcen-Inventar (RESI)

### 1. Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF)

(Becker, 1989)

*Anmerkung:* Es werden Beispiel-Items der einzelnen Subskalen wiedergegeben. Der Fragebogen bezieht sich auf „Verhaltensweisen, Gefühle und Gedanken, die mehr oder weniger häufig gezeigt werden“. Beantwortet werden die Fragen durch Ankreuzen von „immer“, „oft“, „manchmal“, „nie“.

<i>Skala</i>	<i>Item-Nr./Inhalt</i>
<i>Verhaltenskontrolle</i>	<b>101</b> Ich handele ... bedächtig und wohlüberlegt
<i>Seelische Gesundheit</i>	<b>81</b> Ich fühle mich ... voller Energie und Tatkraft
<i>Sinnerfülltheit vs. Depressivität</i>	<b>82</b> Der Gedanke, dass mein Leben sinnlos sein könnte, ist mir ... gekommen
<i>Selbstvergessenheit vs. Selbstzentrierung</i>	<b>35</b> Ich grübele ... über mein bisheriges Leben nach
<i>Beschwerdefreiheit vs. Nervosität</i>	<b>49</b> Ich leide ... unter körperlichem Unwohlsein
<i>Expansivität</i>	<b>14</b> Wenn mir etwas nicht passt, sage ich das ... sehr deutlich
<i>Autonomie</i>	<b>34</b> Es fällt mir ... schwer, Entscheidungen selbstständig zu treffen
<i>Selbstwertgefühl</i>	<b>24</b> Ich finde mich ... sehr sympathisch
<i>Liebesfähigkeit</i>	<b>36</b> Ich kann mich in andere Menschen ... sehr gut einfühlen

## 2. Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

(Fahrenberg et al., 2000)

*Anmerkung:* Es werden Beispiel-Items der einzelnen Subskalen wiedergegeben. Der Fragebogen bezieht sich auf die persönliche Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen. Beantwortet werden die Fragen durch Ankreuzen von „sehr unzufrieden“, „unzufrieden“, „eher unzufrieden“, „weder/noch“, „eher zufrieden“, „zufrieden“, „sehr zufrieden“.

<i>Skala</i>	<i>Item-Inhalt</i>
<i>Gesundheit</i>	Mit meinem körperlichen Gesundheitszustand bin ich ...
<i>Arbeit und Beruf</i>	Mit meiner Position an meiner Arbeitsstelle bin ich ...
<i>Finanzielle Lage</i>	Mit meinem Lebensstandard bin ich ...
<i>Freizeit</i>	Mit der Abwechslung in meiner Freizeit bin ich ...
<i>Ehe und Partnerschaft</i>	Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich ...
<i>Beziehung zu den eigenen Kindern</i>	Wenn ich daran denke, wie meine Kinder und ich miteinander auskommen, bin ich ...
<i>Eigene Person</i>	Mit meinen Fähigkeiten und Fertigkeiten bin ich ...
<i>Sexualität</i>	Mit meiner körperlichen Attraktivität bin ich ...
<i>Freunde, Bekannte, Verwandte</i>	Mit dem Kontakt zu meinen Nachbarn bin ich ...
<i>Wohnung</i>	Mit dem Zustand meiner Wohnung bin ich ...

### 3. Fragebogen zur persönlich besten Ressource bezüglich des Alkoholverzichts (REBE)

*Anmerkung:* Es wird der vom Autor der Studie entwickelte REBE im Original wiedergegeben. Der Fragebogen wird vom Probanden durch Eintragen eigener, frei formulierter Antworten ausgefüllt. Mehrfachantworten werden bei der Auswertung zugelassen. Die Auswertung geschieht über ein Kategoriensystem (siehe Anhang, Punkt F).

#### **Meine wichtigsten Stärken und Hilfen gegen den Alkohol**

Es gibt verschiedene innere und äußere Einflüsse (sogenannte Ressourcen), die Gesundheit, Wohlbefinden und auch den Verzicht auf Alkohol positiv unterstützen. *Innere Einflüsse* sind persönliche Stärken und Eigenschaften, während *äußere Einflüsse* Hilfen außerhalb der eigenen Person sind.

Überlegen Sie sich bitte, welche Ressourcen Ihnen am besten helfen, auf Alkohol zu verzichten. Fragen Sie sich: Was gibt mir Kraft und Sicherheit gegen die Versuchung zu trinken? Beschreiben Sie bitte je *eine innere Stärke* und *eine äußere Hilfe*.

\* Meine beste **innere Stärke** im Bezug auf den Alkoholverzicht:

\* Meine beste **äußere Hilfe** im Bezug auf den Alkoholverzicht:

## E. Abstinenz-Sicherheits-Inventar (ASI)

### 1. Kurzfragebogen zur Abstinenz-Zuversicht (KAZ-35)

(Körkel & Schindler, 1996)

### 2. Kurzfragebogen zum Abstinenz-Wert (KAZ-AW)

*Anmerkung:* Es werden mehrere Beispiel-Items der einzelnen Subskalen wiedergegeben. Die Subskalen und die Items sind in beiden Fragebögen identisch. Der Fragebogen KAZ-35 bezieht sich auf die „persönliche Zuversicht“ hinsichtlich der Alkoholabstinenz in verschiedenen Trinksituationen. Beantwortet werden die Fragen durch Ankreuzen von „überhaupt nicht zuversichtlich“, „wenig zuversichtlich“, „einigermaßen zuversichtlich“, „ziemlich zuversichtlich“, „sehr zuversichtlich“, „total zuversichtlich“. Der Fragebogen KAZ-AW bezieht sich auf die „gefühlsmäßige Bedeutung“, die ein Alkoholverzicht in den jeweiligen Situationen hätte. Beantwortet werden die Fragen durch Ankreuzen von „sehr negativ (unangenehm)“, „eher negativ“, „weder negativ noch positiv“, „eher positiv“, „sehr positiv (angenehm)“.

<b>Skala</b>	<b>Item-Nr./Inhalt</b>
<i>Unangenehme Gefühle</i>	<b>1</b> ... wenn ich mich von Freunden abgelehnt fühle
	<b>23</b> ... wenn mir alles schief geht
<i>Austesten der Trinkkontrolle</i>	<b>4</b> ... wenn ich anfangen zu glauben, dass Alkohol kein Problem mehr für mich ist
	<b>30</b> ... wenn ich denke, dass ein wenig Alkohol mir nichts ausmachen kann

Fortsetzung siehe nächste Seite

Fortsetzung ASI

*Sozialer Druck*

**6** ... wenn ich mit Freunden in eine Kneipe gehe

**19** ... wenn ich auf einem Fest bin und  
andere Leute trinken

*Angenehme Gefühle*

**10** ... wenn ich mich zuversichtlich  
und entspannt fühle

**27** ... wenn etwas Angenehmes eintritt und mir  
nach feiern zumute ist

## F. REBE-Kategoriensystem

*Anmerkung:* Zur Auswertung des REBE-Fragebogens werden die Antworten bezüglich der subjektiven inneren (REBE-I) und subjektiven äußeren (REBE-Ä) Abstinenz-Ressourcen anhand des folgenden Kategoriensystems quantifiziert:

<b>Subjektive innere Abstinenz-Ressourcen (REBE-I)</b>	<b>Subjektive äußere Abstinenz-Ressourcen (REBE-Ä)</b>
<b>1</b> Wille, Entschlossenheit, innere Stärke, Selbstkontrolle	<b>1</b> Alkoholtherapie (ambulant/stationär, Entzug/Entwöhnung)
<b>2</b> Einsicht, Krankheitsakzeptanz	<b>2</b> Alkohol-Selbsthilfegruppe, Beratung
<b>3</b> Denken an negative Alkoholfolgen	<b>3</b> Unterstützung durch Familie
<b>4</b> Denken an positive Abstinenzfolgen	<b>4</b> Unterstützung durch Freunde, Bekannte, sonstige Personen
<b>5</b> Optimismus, Hoffnung, Zuversicht	<b>5</b> Konfrontation mit Alkoholfolgen
<b>6</b> Selbstaufwertung, Stolz	<b>6</b> Beruf, Arbeit
<b>7</b> Zufriedenheit, Wohlbefinden, Achtsamkeit	<b>7</b> Freizeit
<b>8</b> Soziale Kompetenz, Selbstsicherheit	<b>8</b> Wohnung
<b>9</b> Problembewältigungskompetenz	<b>9</b> Finanzen
<b>10</b> Alltagsstrukturierung, positive Lebensgestaltung	<b>10</b> Tagesstruktur
<b>11</b> Alkoholvermeidung, Ablenkung	<b>11</b> Alkoholfreie Umgebung

## G. Operationalisierung der Variablen

Die Variablen der obigen Fragebögen für die empirischen Messungen werden im metrischen bzw. zum geringeren Teil im Nominalniveau definiert. Nachkommastellen werden auf zwei Stellen gerundet. Im Folgenden werden die einzelnen Variablen benannt (in den Klammern stehen die Variablen-Namen).

### 1. Äußere Ressourcen: RE-Ä

Die Variablen der äußeren Ressourcen werden im Nominalniveau aus den unskalierten Antworten des Anamnese-Leitfadens (AL) gebildet (die Variable „Bildungsgrad“ wird ordinal gebildet je nach Höhe des Schulabschlusses, die Variablen „Abstinenzdauer“ und Kinderzahl sind intervallskaliert). Die Variablen „Alkoholismus in Familie/Beziehung“ (afa.al), „Berufsausbildung“ (ausb.al), „Alkoholspezifische Folgen“ (afo.al) und „Alkoholspezifische Vorbehandlungen“ (ath.al) werden als dichotome Mehrfachantworten-Sets für die Auswertung definiert. Theoretische Vorüberlegungen und bisherige empirische Erkenntnisse (vergleiche auch Kap. 2.2 und 3.2) bestimmen, welche anamnestischen Daten äußeren Ressourcencharakter haben.

Externe Ressourcen werden zwar auch mit dem REBE (freie Antworten) und dem FLZ (standardisiert) erfasst; dort sind sie jedoch subjektiv gefärbt als Bestandteil individueller Wahrnehmung und werden daher dem persönlichen Ressourcenprofil (RESI) zugeordnet (siehe unten). Die Variablen RE-Ä sind im Einzelnen:

#### **Anamneseleitfaden AL**

- Familienstand, z.B. verheiratet (fasta.al)
- Kinder (kin.al)
- Lebenssituation, z.B. mit Partner/in lebend (lesit.al)
- nicht: ohne/abgebrochene Berufsausbildung (ausb.al)

- Bildungsgrad (schul.al)
- nicht: erwerbslos (beruf.al)
- aktive vs. passive Freizeitgestaltung (freiz.al)
- kein Alkoholismus in der jetzigen/Herkunfts-Familie (afa.al)
- keine rechtlich-sozialen alkoholspezifischen Folgen (afo.al)
- Alkoholspezifische Vorbehandlungen (ath.al)
- aktuelle Abstinenzdauer (letzter Alkoholkonsum) (abst.al)

## 2. Psychische Ressourcen : RN-P, RN-A, REBE

Die Variablen der psychischen Ressourcen werden im metrischen Niveau (außer REBE: nominal) aus den Antworten des Ressourceninventars (RESI) gebildet, d.h. des Trierer Persönlichkeitsfragebogens TPF (Becker, 1989), des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit FLZ (Fahrenberg et al., 2000) sowie der individuellen Einschätzung durch den Probanden bezüglich seiner besten (internen, externen) Abstinenzressourcen (REBE-I, REBE-Ä). Die REBE-Variablen werden als Mehrfachantworten-Sets bei der Auswertung dichotom kategorisiert. Die Skalen des TPF sind vierstufig, die des FLZ siebenstufig, die des REBE frei formulierbar. Die Variablen im Einzelnen sind:

### **Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF**

- Seelische Gesundheit (sg.tpf)
  - Verhaltenskontrolle (vk.tpf)
  - Sinnerfülltheit (se.tpf)
  - Selbstvergessenheit (sv.tpf)
  - Beschwerdefreiheit (bf.tpf)
  - Expansivität (ex.tpf)
  - Autonomie (au.tpf)
  - Selbstwertgefühl (sw.tpf)
  - Liebesfähigkeit (lf.tpf)
- }

*personales Ressourcenniveau RN-P*

**Fragebogen zur Lebenszufriedenheit FLZ**

- Allgem. Lebenszufriedenheit (lz.flz)  
(= Summenbildung aus den folgenden Teil-  
skalen außer Arbeit; Ehe; Kinder)

*aktuelles Ressourcenniveau RN-A*

- Gesundheit (gsu.flz)
- Arbeit und Beruf (arb.flz)
- Finanzielle Lage (fin.flz)
- Freizeit (frei.flz)
- Ehe und Partnerschaft (ehe.flz)
- Kinder (kin.flz)
- Eigene Person (per.flz)
- Sexualität (sex.flz)
- Bekannte, Verwandte (bek.flz)
- Wohnung (woh.flz)

**Innere Abstinenzressourcen REBE-I**

- Wille, Entschlossenheit, innere Stärke (will.i)
- Einsicht, Krankheitsakzeptanz (eins.i)
- Denken an negative Alkoholfolgen (neg.i)
- Denken an positive Alkoholfolgen (pos.i)
- Optimismus, Hoffnung, Zuversicht (opt.i)
- Selbstaufwertung, Stolz (stolz.i)
- Zufriedenheit, Wohlbefinden, Achtsamkeit (wohl.i)
- Soziale Kompetenz, Selbstsicherheit (soz.i)
- Problembewältigungskompetenz (probl.i)
- Alltagsstrukturierung, positive Lebensgestaltung (allt.i)
- Alkoholvermeidung (verm.i)

**Äußere Abstinenzressourcen REBE-Ä**

- Alkoholtherapie (thera.e)
- Alkohol-Selbsthilfegruppe (sehi.e)
- Unterstützung durch Familie (fam.e)
- Unterstützung durch Freunde, Bekannte, Sonst. (freund.e)
- Konfrontation mit Alkoholfolgen (konfr.e)
- Beruf, Arbeit (beruf.e)
- Freizeit (freiz.e)
- Wohnung (wohn.e)
- Finanzen (finanz.e)
- Tagesstruktur (tag.e)
- Alkoholfreie Umgebung (alkfr.e)

### 3. Abstinenz-Sicherheit : AZAW

Die Variablen der Abstinenz-Zufriedenheit (AZ) und des Abstinenz-Wertes (AW) werden im metrischen Niveau aus den Antworten des Abstinenz-Sicherheits-Inventars (ASI), bestehend aus den Fragebögen KAZ-35 (Körkel & Schindler, 1996) und KAZ-AW gebildet. Die Skala des KAZ-35 ist sechsstufig, die des KAZ-AW fünfstufig angelegt. Die Variablen, die sog. Rückfallrisikobereiche widerspiegeln, sind im Einzelnen (zusammen aufgeführt, da bei beiden Fragebögen identisch):

#### **Abstinenz-Sicherheits-Inventar ASI (KAZ-35, KAW-AW)**

- Unangenehme Gefühle (ug.az, ug.aw)
- Austesten der Trinkkontrolle (at.az, at.aw)
- Sozialer Druck (sd.az, sd.aw)
- Angenehme Gefühle (ag.az, ag.aw)
- Gesamt-Abstinenzzuversicht (ges.az)  
(= Mittelwert aus den 4 Risikobereichen im KAZ-35)
- Gesamt-Abstinenzwert (ges.aw)  
(= Mittelwert aus den 4 Risikobereichen im KAZ-AW)
- Gesamt-Abstinenz-Sicherheit (ges.azaw)  
(= Mittelwert aus ges.az und ges.aw)
- Abst.sicherheit je Risikobereich (ug.azaw, at.azaw, sd.azaw, ag.azaw)

#### 4. Abhängigkeitsschwere: AS

Die Variablen der Abhängigkeitsschwere werden im metrischen Niveau aus den Antworten des SESA-Fragebogens (John, Hapke & Rumpf, 2001) gebildet. Die Skalen sind vier- bzw. zweistufig. Die Variablen im Einzelnen sind:

##### **Skala zur Erfassung der Abhängigkeitsschwere SESA**

- Einengung des Trinkverhaltens (e.sesa)
- Körperliche Entzugssymptome (k.sesa)
- Vermeidung von Entzugssymptomen (v.sesa)
- Psychische Entzugssymptome (p.sesa)
- Toleranzsteigerung (t.sesa)
- Extreme Toleranzsteigerung (te.sesa)
- Toleranzumkehr (tu.sesa)
- Gesamt-Abhängigkeitsschwere (ges.sesa)

---

## 11 Literaturverzeichnis

- Abele, A. & Becker, P. (Hrsg.). (1991). *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik*. Weinheim: Juventa.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New York: Prentice Hall.
- Annis, H.M. (1982). *Situational Confidence Questionnaire*. Toronto. Addiction Research Foundation.
- Annis, H.M. & Davis, C.S. (1988). Self-efficacy and the Prevention of Alcoholic Relapse: Initial Findings from a Treatment Trial. In T.B. Baker & D.S. Cannon (Ed.), *Assessment and treatment of addictive disorders* (pp. 88-112). New York: Praeger Publishers.
- Annis, H.M. & Graham, J.M. (1988). *Situational Confidence Questionnaire (SCQ 39) Users' Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993a). Gesundheitsforschung vs. Krankheitsforschung. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit: Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (S. 3-14). Tübingen: DGVT.
- Antonovsky, A. (1993b). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science & Medicine*, 37, 969-981.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (dt. erw. Hrsg. v. A. Franke). Tübingen: DGVT.
- Arend, H. (1994). *Alkoholismus: Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Atkinson, J.W. (1964). *An introduction to motivation*. New York: Van Nostrand.

- Bandura, A. (1977a). Social learning theory. Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977b). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1978). Reflections on self-efficacy. Analyse of Bandura's theory of behavioural change. *Advances in Behaviour Research on Therapy*, 1, 237-269.
- Bandura, A. (1979). Sozial-Kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. New York: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research. An International Journal*, 1, 77-98.
- Bandura, A. (1995). On rectifying conceptual ecumemism. In J.E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaption, and adjustment: theory, research, and application* (pp. 347-376). New York: Plenum Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M. & Krause, R. (1992). *Problemanalyse im therapeutischen Prozess. Leitfaden für die Praxis* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bayerisches Gesundheitsministerium (Hrsg.). (2002). *Alkohol: Trinkgewohnheiten, Missbrauch, Abhängigkeit. Eine Informationsschrift der Bayerischen Staatsregierung*. München: Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.
- Beck, A.T. (1976). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen*. München: Pfeiffer.
- Becker, P. (1982). *Psychologie der seelischen Gesundheit, Bd. 1: Theorien, Modelle, Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1989). *Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1990). Prävention. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S.429-438). Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1992). Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 64-75.
- Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle*. Göttingen: Hogrefe.

- Becker, P. & Minsel, B. (1986). *Psychologie der seelischen Gesundheit*, Bd. 2: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. & Polenz, W. (1997). Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der habituellen körperlichen Gesundheit im Betrieb. *Trierer Psychologische Berichte*, 24 (2).
- Bengel, J., Strittmacher, R. & Willmann, H. (1998). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BZgA.
- Berg, I.K. & Miller, S.D. (1998). *Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz* (3. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Bezirk Mittelfranken (Hrsg.). (2002). *Bezirks-Report*, 35 (1), S. 5.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R.F. (1990). *Biologische Psychologie*. Berlin: Springer.
- Blackburn, I.-M. & Twaddle, V. (1996). *Cognitive therapy in action. A practioner's case book*. London: Souvenir Press.
- Bortz, J. (1985). *Lehrbuch der Statistik: für Sozialwissenschaftler* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Lienert, G.A. (1998). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung: Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben*. Berlin: Springer.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Brodd, W. & Schimm, A. (1986). Rückfall bei Alkoholabhängigen. Empirische Rückfallanalyse und Vergleich von rückfälligen und nichtrückfälligen Alkoholabhängigen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Westfälische Wilhelms-Universität Münster: Psychologisches Institut I.
- Burtscheidt, W. (2001). *Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit. Ein Therapiemanual*. Berlin: Springer.
- Burtscheidt, W., Löll, A., Lüthcke, H., Gaebel, W. (1999). Ambulante Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigen. Ergebnisse einer experimentellen Untersuchung. *Sucht*, 45, 245-249.
- Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body*. New York.

- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1986). Self and the control of behaviour. In L.M. Hartman & K.R. Blankstein (Eds.), Perception of self in emotional disorder and psychotherapy. Advances in the study of communication and affect (Vol. 11, pp. 5-35). New York: Plenum.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press.
- Csikszentmihalyi, M. (1995). Flow. Das Geheimnis des Glücks. Stuttgart: Klett-Cotta.
- De Jong-Meyer, R., Heyden, T., Schiereck, H. & Skaletz, R. (1988). Vergleich rückfälliger und nichtrückfälliger Alkoholabhängiger. Suchtgefahren, 34, 81-89.
- De Saint-Exupery, A. (1956). Der Kleine Prinz. Düsseldorf: Karl Rauch.
- DeShazer, S. (1995). Der Dreh: Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. (4. Aufl.). Heidelberg: C. Auer.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V., DG-Sucht, (Hrsg.). (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. Sucht, 47 (S2).
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.). (1990). Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden (4. Aufl.). Tübingen: DVGt.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). (2001). Alkohol. Basisinformationen (4. Aufl.). Lahr: Kaufmann.
- DiClemente, C.C., Carbonari, J.P., Montgomery, R. & Hughes, S.O. (1993). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. Journal of Studies on Alcohol, 55, 141-148.
- DiClemente, C.C., Fairhurst, S.K. & Piotrowski, N.A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. In J.E. Maddux (Ed.), Self-efficacy, adaption, and adjustment: theory, research, and application (pp. 109-142). New York: Plenum Press.
- Diehl, J.M. & Staufenbiel, T. (2001). Statistik mit SPSS, Version 10.0. Eschborn: Klotz.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.). (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kap. V (F), Forschungskriterien. Bern: Huber.
- Dörner, D. (1982): Verhalten, Denken und Emotionen. Memorandum 11, Universität Bamberg: Lehrstuhl Psychologie II.
- Dörner, D. & Selg, H. (Hrsg.). (1985). Psychologie. Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder. Stuttgart: Kohlhammer.

- Dumbs, F. (2002). *Humor in der Psychotherapie*. Pabst Science Publishers, Lengerich.
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Ellis, A. (1977). *Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung*. München: Pfeiffer.
- Emrick, C.A. (1974). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 523-549.
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1981). *Hypnotherapie*. München: Pfeiffer.
- Fäh, M. (1989). *Der Glaube ans Widerstehen-Können. Eine empirische Untersuchung über den Einfluss von Eigenwirksamkeitserwartungen auf die Abstinenz von stationär behandelten Alkoholikern*. Zürich: Zentralstelle der Studentenschaft.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1994). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) (6. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Fangauf, U. (2001). Respektvolles Miteinander. *Deutsches Ärzteblatt*, 98, 442.
- Fiedler, P. (1997). Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Von der allgemeinen zur phänomen- und störungsspezifischen Behandlung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18, 7-39.
- Finney, J.W. & Moos, R.H. (1992). The long-term course of treated alcoholism: Predictors and correlates of 10-year functioning and mortality. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 142-153.
- Försterling, F. (1986). *Attributionstheorie in der klinischen Psychologie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63-73.

- Haley, J. (1996). *Die Psychotherapie Milton H. Ericksons* (4. Aufl.). München, Pfeiffer.
- Hand, I. (1989). Verhaltenstherapie und kognitive Therapie in der Psychiatrie. In I. Hand & H.U. Wittchen (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in der Medizin*. Berlin: Springer.
- Heckhausen, H. (1980). *Motivation und Handeln*. Lehrbuch der Motivationspsychologie. Berlin: Springer.
- Heim, T. (2002). Suchttherapie im Aufbruch. *Deutsches Ärzteblatt für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*, 2, 73-74.
- Herkner, W. (Hrsg.). (1980). *Attribution. Psychologie der Kausalität*. Bern: Huber.
- Herkner, W. (1986). *Einführung in die Sozialpsychologie* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (1998). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien* (3. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Humphreys, K., Moos, R.H. & Cohen, C. (1997). Social and community resources and long-term recovery from treated and untreated alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 237-238.
- Hunt, G.M. & Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research & Therapy*, 11, 91-104.
- Jacobson, E. (1991). *Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis*. München: Pfeiffer.
- Janke, W., Erdmann, G. & Boucsein, W. (1984). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Jellinek, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press.
- Jessor, R. & Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study*. New York: Academic Press.
- John, U., Hapke, U. & Rumpf, H.-J. (2001). *Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kanfer, F.H. (1961). Comments on learning in psychotherapy. *Psychological Reports*, 9, 681-699.
- Kanfer, F.H. (1971). The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement. In A. Jacobs & L.B. Sachs (Eds.), *The psychology of private events*. New York: Academic Press.

- Kanfer, F.H. (1977). Selbstmanagement-Methoden. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Hrsg.), *Möglichkeiten der Verhaltensänderung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kanfer, F.H. (1987). Indikation unterschiedlicher Behandlungsdauern in der stationären Therapie von Alkoholabhängigen. In K.H. Bönner & M. Waldow (Hrsg.), *Indikation und individualisierte Verweildauer in der stationären Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger*. Marburg: Elwert.
- Kanfer, F.H. (1989). Basiskonzepte in der Verhaltenstherapie: Veränderungen während der letzten 30 Jahre. In I. Hand & H.-U. Wittchen (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in der Medizin* (S. 1-13). Berlin: Springer.
- Kanfer, F.H. & Hagermann, S. (1981). The role of self-regulation. In L.P. Rehm (Ed.), *Behavior therapy for depression: Present status and future directions* (pp. 659-686). New York: Academic Press.
- Kanfer, F.H. & Karoly, P. (1972). Self-control: A behavioristic excursion into the lion's den. *Behavior Therapy*, 3, 398-416.
- Kanfer, F.H. & Philips, J.S. (1966). Behavior therapy: A panacea for all ills or a passing fancy? *Archives of General Psychiatry*, 5, 114-128.
- Kanfer, F.H. & Philips, J.S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. New York: Wiley.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagementtherapie* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538.
- Kanfer, F.H. & Schmelzer, D. (2001). *Wegweiser Verhaltenstherapie: Psychotherapie als Chance*. Berlin: Springer.
- Karoly, P. (1993). Mechanisms of self-regulation: A systems view. *Annual Review of Psychology*, 44, 23-52.
- Kernis, M.H. (Ed.). (1995). *Efficacy, agency and self-esteem*. New York: Plenum Press.
- Kirschenbaum, D.S. (1987). Self-regulatory failure. A review with clinical implication. *Clinical Psychology Review*, 7, 77-104.

- Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In J.S. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 3-32). Hillsdale, N.H.: Erlbaum.
- Körkel, J. (Hrsg.). (1998). *Praxis der Rückfallbehandlung. Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer* (2. Aufl.). Wuppertal: Blaukreuz-Verlag.
- Körkel, J. & Kruse, G. (1997). *Mit dem Rückfall leben. Abstinenz als Allheilmittel?* (3. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Körkel, J. & Schindler, Ch. (1996). Der Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35). Ein Instrument zur Erfassung der abstinenorientierten Kompetenzzuversicht Alkoholabhängiger. *Sucht*, 42, 156-166.
- Kohlmann, C.-W. (1997). Stressbewältigung, Ressourcen und Persönlichkeit. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 174-195). Weinheim: PVU.
- Kraft, U., Udris, I., Mussmann, C. & Muheim, M. (1994). Gesunde Personen – salutogenetisch betrachtet. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2 (3), 216-239.
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. & Fischer, M. (1988). Kontrollüberzeugungen in der Alkoholismusforschung. *Literaturüberblick und theoretische Bezüge. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 2, 100-117.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47, S1.
- Kryspin-Exner, I. (1990). Alkoholismus. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (S. 166-195). Göttingen: Hogrefe.
- Kryspin-Exner, I. (1995). Alkoholismus. In H. Reinecker (Hrsg.), *Fallbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (S. 113-127). Göttingen: Hogrefe.
- Küfner, H. (1981). Zur Persönlichkeit von Alkoholabhängigen. In E. Knischewski (Hrsg.), *Alkoholismustherapie* (S. 23-40). Kassel: Nicol.
- Küfner, H. (2000). Ergebnisse von Kurzinterventionen und Kurztherapien bei Alkoholismus. Ein Überblick. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 4, 181-192.

- Küfner, H., Feuerlein, W. & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der Vier-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34, 157-271.
- Küfner, H., Vogt, M. & Reuter, B. (2001). Psychometrische Weiterentwicklung des Problem- und Ressourcenorientierten Diagnostiksystems PREDI und Evaluation psychosozialer Beratung. München: IFT-Berichte, Bd. 128.
- Lang, P.J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- Lanyon, R.I. & Lanyon, B.J. (1976). Behavioural assessment and decision-making: The design of strategies for therapeutic behaviour change. In M.P. Feldman & A. Broadhurst (Eds.), *Theoretical and experimental bases of behaviour therapies*. London: Wiley.
- Laskowski, A. (2000). Was den Menschen antreibt. Entstehung und Beeinflussung des Selbstkonzepts. Frankfurt: Campus.
- Laux, L. (1983). Psychologische Stresskonzeptionen. In H. Thoma (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Motivation und Emotion*. Bd. 1: Theorien und Formen der Motivation (S. 453-535). Göttingen: Hogrefe.
- Laux, L. (1996). *Stressbewältigung und Wohlbefinden in der Familie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Laux, L. & Weber, H. (1993). *Emotionsbewältigung und Selbstdarstellung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leppin, A. (1994). *Bedingungen des Gesundheitsverhaltens. Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen*. Weinheim: Juventa.
- Lindenmeyer, J. (1994). *Lieber schlau als blau: Informationen zur Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Lindenmeyer, J., Bents, H., Fiegenbaum, W. & Ströhm, W. (1994). „In der Realität ist alles anders ...“ – Exposition in-vivo – bei der Rückfallbehandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Vortrag beim 10. Kongress für klinische Psychologie und Psychotherapie. Berlin, 20.-25.2.1994.

- Litman, G.K., Eiser, J.R., Rawson, S.B. & Oppenheim, A.N. (1979). Differences in relapse precipitants and coping behaviour between alcohol relapsers and survivors. *Behaviour research and therapy*, 17, 89-94.
- Lutz, R. (1996a). Gesundheit und Genuss: Euthyme Grundlagen der Verhaltenstherapie. In Margraf, J. (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen (S. 113-128). Berlin: Springer.
- Lutz, R. (1996b). Euthyme Therapie. In Margraf, J. (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen (S. 335-352). Berlin: Springer.
- Lutz, R. (Hrsg.). (1999). *Beiträge zur Euthymen Therapie*. Freiburg: Lambertus.
- Maddux, J. E. (Ed.). (1995). *Self-efficacy, adaption, and adjustment: theory, research, and application*. New York: Plenum Press.
- Madelung, E. (1996). *Kurztherapien. Neue Wege zur Lebensgestaltung*. München: Kösel.
- Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg.). (1998). *Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (2. Aufl.). Ulm: G. Fischer.
- Margraf, J. (Hrsg.). (1996). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. Berlin: Springer.
- Marlatt, G.A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse. A cognitive-behavioral approach. In P.E. Nathan, G.A. Marlatt & T. Loberg (Eds.), *Alcoholism. New directions in behavioral research and treatment* (pp. 271-314). New York: Plenum Press.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Marlatt, G.A. & Nathan, P.E. (Eds.). (1978). *Behavioral approaches to alcoholism*. New Brunswick: Journal of Studies on Alcohol.
- Miller, W.R. (1987). Techniques to modify hazardous drinking patterns. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism* (Vol. 5, pp. 425-438). New York: Plenum Press.
- Miller, W.R. & Hester, R.K. (1986). The effectiveness of alcoholism treatment. What research reveals. In W.R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 121-174). New York: Pergamon Press.

- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people behavior*. New York: Guilford.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg: Lambertus.
- Miller, W.R. & Sanchez, V.C. (1993). *Motivating young adults for treatment and lifestyle change*. In G. Howard (Ed), *Issues in alcohol use and misuse by young adults*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- Miller, W.R., Leckman, A.L., Delaney, H.D. & Tinkcom, M. (1992). *Long-term follow-up of behavioral self-control training*. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 249-261.
- Mischel, W. (1976). *Introduction to Personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Mischel, W. (1981). *A cognitive-social learning approach to assessment*. In T.V. Merluzzi, C.R. Glass & M. Genest (Eds.), *Cognitive assessment*. New York: Guilford.
- Mischel, W. & Mischel, H.N. (1977). *Self-control and the self*. In T. Mischel (Ed.), *The self: Psychological and philosophical issues*. Totowa, N. J.: Rowan and Littlefield.
- Missel, P. & Zemlin, U. (1994). *Neuere Entwicklungen in der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Suchterkrankungen*. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie* (S.141-163). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Monahan, S.C. & Finney, J.W. (1996). *Explaining abstinence rates following treatment for alcohol abuse: a quantitative synthesis of patient, research design and treatment effects*. *Addiction*, 91, 787-805.
- Mummendey, H.D. (1987). *Die Fragebogen-Methode. Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Niklewski, G. (2002). *Aktuelle Entwicklungen in der Suchttherapie*. *Bayerisches Ärzteblatt*, 2, 60-61.
- O'Donohue, W., Fisher, J.E. & Hayes, S.C. (2003). *Cognitive Behavior Therapy. Applying empirically supported techniques in your practice*. Wiley & Sons.
- Oerter, R. (1982). *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Pentz, M.A. (1985). *Social competence and self-efficacy as determinants of substance use in adolescence*. In Shiffmann, S. & Wills, T.A. (Eds.), *Coping and substance use* (pp. 117-142). San Diego: Academic Press.

- Pervin, L.A. (1987). *Persönlichkeitstheorien* (2. Aufl.). München: Reinhardt.
- Peter, B., Kraiker, Ch. & Revenstorf, D. (Hrsg.). (1991). *Hypnose und Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
- Petry, J. (1985). *Alkoholismustherapie. Vom Einstellungswandel zur kognitiven Therapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Popper, K.R. (1969). *Logik der Forschung*. Tübingen: Mohr.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood: Dow Jones-Irwin.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good*. New York: Avon Books.
- Reinecker, H. (1978). *Selbstkontrolle. Verhaltenstheoretische und kognitive Grundlagen, Techniken und Therapiemethoden*. Salzburg: Otto Müller.
- Reinecker, H. (1985). *Verhaltenstherapie*. In D. Dörner & H. Selg (Hrsg.), *Psychologie. Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder* (S. 300-312). Stuttgart: Kohlhammer.
- Reinecker, H. (1986). *Methoden der Verhaltenstherapie*. In Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.), *Verhaltenstherapie: Theorien und Methoden* (S. 64-178). Tübingen: DGVT.
- Reinecker, H. (1987). *Grundlagen der Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Reinecker, H. (1994). *Zwänge. Diagnose, Theorien und Behandlung* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Revenstorf, D. (1993). *Psychotherapeutische Verfahren, Bd. 3: Humanistische Therapien* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rollnick, S. & Heather, N. (1982). *The application of Bandura's self-efficacy theory to abstinence-oriented alcoholism treatment*. *Addictive Behaviours*, 7, 243-250.
- Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice Hall.
- Rotter, J.B. (1982). *The development and application of a social learning theory. Selected papers*. New York: Praeger.
- Sandhal, C., Lindberg, S. & Rönnerberg, S. (1990). *Efficacy expectations among alcohol-dependent patients. A Swedish version of the Situational Confidence Questionnaire*. *Alcohol & Alcoholism*, 25, 67-73.

- Schachter, S. & Singer, J.E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional states. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Schaeff, A.W. (1998). *Co-Abhängigkeit. Die Sucht hinter der Sucht* (5. Aufl.). München: Heyne.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy & Research*, 16, 201-228.
- Scholz, H. (1996). *Syndrombezogene Alkoholismustherapie: Ein verlaufsorientierter Stufenplan für die Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, R. (1985). Suchtverhalten aus lerntheoretischer und verhaltenstheoretischer Sicht. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Süchtiges Verhalten* (S. 48-65). Hamm: Hoheneck.
- Schneider, R. (1989). Stationäre Verhaltenstherapie von Alkoholabhängigkeit. In I. Hand, H.U. Wittchen (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in der Medizin*. Berlin: Springer.
- Schneider, R. (2001). Einer geht noch, ... - geht einer doch? Anmerkungen zum "Kontrollierten Trinken". *Salü*, 1, 1-7.
- Schröder, K.E.E. (1997). Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2. überarb. u. erweit. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schröder, K.E.E. & Schwarzer, R. (1997). Bewältigungsressourcen. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S.174-195). Weinheim: PVU.
- Schulte, D. (1997). Die Bedeutung der Therapiemotivation in Klinischer Psychologie und Psychotherapie. In B. Rockstroh, T. Elbert und H. Watzl (Hrsg.), *Impulse für die Klinische Psychologie* (S. 129-142). Göttingen: Hogrefe.

- Schwartz, G.E. (1982). Integrating psychobiology and behavior therapy. A systems perspective. In Wilson, G.T. & Franks, C.M. (Eds.), *Contemporary behavior therapy. Conceptual and empirical foundations*. New York: Guilford Press.
- Schwarzer, R. (Hrsg.). (1997). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2. überarb. u. erweit. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartungen. Zur Erfassung einer kognitiven Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40, 105-123.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1988). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M.E.P. (1993). *Pessimisten küsst man nicht. Optimismus kann man lernen*. München: Knaur.
- Shiffman, S. & Wills, T.A. (Eds.). (1985). *Coping and substance use*. San Diego: Academic Press.
- Soddy, K. (Ed.). (1961). *Cross-Cultural Studies in Mental Health. Identity. Mental Health and Value Systems*. London: Tavistock, World Federation for Mental Health.
- Soyka, M. (1995). *Die Alkoholkrankheit: Diagnose und Therapie*. Weinheim: Chapman & Hall.
- Stäudel, T. (1985). Emotion und Motivation. In D. Dörner & H. Selg (Hrsg.), *Psychologie. Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder* (S. 86-101). Stuttgart: Kohlhammer.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2002). *Datenreport 2002. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe Bd. 376*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Stavemann, H. (1995). *Emotionale Turbulenzen. Kognitive Verhaltenstherapie von Angst, Aggressionen, Depression und Verzweiflung*. Weinheim: Beltz.
- Stierlin, H. (1994). *Ich und die anderen: Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strittmatter, R. (1995). *Alltagswissen über Gesundheit und gesundheitliche Protektivfaktoren*. Frankfurt/Main: Lang.

- Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.). (1997). *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: PVU.
- Thomae, H. (Hrsg.). (1983). *Enzyklopädie der Psychologie: Motivation und Emotion*. Bd. 1: Theorien und Formen der Motivation. Göttingen: Hogrefe.
- Tönnies, S., Plöhn, S. & Krippendorf, U. (1996). *Skalen zur psychischen Gesundheit (SPG)*. Heidelberg: Asanger.
- Tretter, F. (1998). *Ökologie der Sucht. Das Beziehungsgefüge Mensch-Umwelt-Droge*. Göttingen: Hogrefe.
- Trösken, A. (2000). *Fragebogen zur Ressourcenselbsteinschätzung (RES)*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Bern: Psychotherapeutische Praxisstelle.
- Trösken, A. (im Druck). *Das Berner Ressourceninventar. Konstruktion und Validierung zweier Instrumente zur Erfassung von Patientenressourcen für die klinische Forschung und Praxis*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bern: Institut für Psychologie.
- Trösken, A. & Grawe, K. (2001). *Das Berner Ressourceninventar. Instrumente zur Erfassung von Patientenressourcen aus der Selbst- und Fremdbeurteilungsperspektive*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Bern: Institut für Psychologie.
- Viehhauser, Ralph (2000). *Förderung salutogener Ressourcen. Entwicklung und Evaluation eines gesundheitlichen Trainingsprogramms*. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Watzl, H. (1997). *Behandlung der Alkoholabhängigkeit: Wirkfaktoren und ihre empirische Überprüfung*. In B. Rockstroh, T. Elbert & H. Watzl (Hrsg.), *Impulse für die Klinische Psychologie* (S. 117-127). Göttingen: Hogrefe.
- Watzl, H. & Rockstroh, B. (Hrsg.). (1997). *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen*. Göttingen: Hogrefe.
- Weber, H. & Laux, L. (1991). *Bewältigung und Wohlbefinden*. In A. Abele & P. Becker (1991). *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik*. Weinheim: Juventa.
- Weiner, B. (1972). *Theories of motivation. From mechanism to cognition*. Chicago: Markham.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. Berlin: Springer.
- Weithmann, G., Hoffmann, M., Rothenbacher, H. (2000). *Lebenskontexte von stationär und ambulant behandelten Personen mit Alkoholproblemen. Eine Untersuchung*

- mit dem Life Stressors and Social Resources Inventory (LISRES). *Sucht*, 46, 142-152.
- Wetterling, T. & Veltrup, C. (1997). *Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Ein Leitfaden*. Berlin: Springer.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Zielke, M. & Sturm, J. (Hrsg.). (1994). *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Zöfel, P. (2001). *Statistik verstehen. Ein Begleitbuch zur computergestützten Anwendung*. München: Addison-Wesley.

---

## 12 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

### Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Einflussgrößen bei Therapiezielen (modifiziert nach Reinecker, 1987) .....	9
Abb. 2: Hierarchische Struktur der TPF-Skalen .....	30
Abb. 3: Beziehung zwischen Eigenwirksamkeits- und Ergebniserwartung .....	35
Abb. 4: Die drei Teufelskreise der Sucht (modifiziert nach Kufner, 1981) .....	44
Abb. 5: Ein Modell zum Ressourceneinfluss auf die Abstinenz .....	57
Abb. 6: Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Ressourcen und Selbstwirksamkeit .....	59
Abb. 7: Selbstwirksamkeit im Motivations- und Handlungsprozess (Prochaska & DiClemente, 1984).....	65
Abb. 8: Selbstwirksamkeit in Marlatts Rückfallmodell (Marlatt & Gordon, 1985).....	67
Abb. 9: Differenzielle Zusammenhänge zwischen Ressourcen und Abstinenz-Sicherheit .....	71
Abb. 10: Häufigkeiten der familiären Situation.....	111
Abb. 11: Häufigkeiten bei Schulabschluss und Beruf .....	113
Abb. 12: Häufigkeiten der Abstinenzdauer .....	116
Abb. 13: Subskalenmittelwerte der seelischen Gesundheit .....	122
Abb. 14: Subskalenmittelwerte der Lebenszufriedenheit .....	124
Abb. 15: Subskalenmittelwerte der Abstinenz-Sicherheit.....	133
Abb. 16: Streudiagramm der linearen Regression in H1 .....	141
Abb. 17: Liniendiagramm des Einflusses "Bildungsgrad" .....	152
Abb. 18: Dendrogramm der Clusteranalyse .....	159
Abb. 19: Boxplot der LZ in 2 Clustern.....	160

---

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Skala „Verhaltenskontrolle“ (nach Becker, 1995, S. 38) .....	25
Tab. 2: TPF-Skalen (modifiziert nach Becker, 1995, S. 35) .....	32
Tab. 3: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung .....	109
Tab. 4: Häufigkeiten bei Berufsausbildung .....	113
Tab. 5: Signifikanztestungen bei AL-Variablen .....	114
Tab. 6: Deskriptive Daten der SESA-Skala .....	117
Tab. 7: Skalenvergleich des TPF-Fragebogens .....	121
Tab. 8: Zusammenhang SG – VK .....	122
Tab. 9: Skalenvergleich des FLZ-Fragebogens .....	124
Tab. 10: Häufigkeiten im REBE-I-Fragebogen .....	126
Tab. 11: Häufigkeiten im REBE-Ä-Fragebogen .....	128
Tab. 12: Deskriptive Daten des ASI-Inventars .....	129
Tab. 13: Skalenvergleich der Abstinenz-Zuversicht .....	131
Tab. 14: Skalenvergleich des Abstinenz-Wertes .....	131
Tab. 15: Skalenvergleich der Abstinenz-Sicherheit .....	132
Tab. 16: Interkorrelationen der Abstinenz-Sicherheit .....	134
Tab. 17: Korrelationen zwischen RN-P (SG, VK) und AZAW .....	136
Tab. 18: Korrelation zwischen RN-A (LZ) und AZAW .....	138
Tab. 19: Interkorrelationen der psychischen Ressourcenniveaus .....	139
Tab. 20: Schrittweise Regression (LZ, SG, VK – AZAW) .....	143
Tab. 21: Gemeinsame Regression (SG, VK – AZAW) .....	144
Tab. 22: Korrelationen zwischen RN-P und AZ/AW .....	146
Tab. 23: Korrelationen zwischen RN-A und AZ/AW .....	147
Tab. 24: Interkorrelation AZ – AW .....	148
Tab. 25: ANOVA bei sozialen Bindungsressourcen .....	150
Tab. 26: ANOVA bei "Bildungsgrad" .....	152
Tab. 27: ANOVA bei "keine alkoholspez. Folgen" .....	153
Tab. 28: Korrelation zwischen AS und AZAW .....	155
Tab. 29: Mittelwertsvergleich LZ in 2 Clustern .....	161
Tab. 30: Mittelwertsvergleiche AS, VK, SG, AZAW in 2 Clustern .....	162
Tab. 31: Mittelwertsvergleiche AS in 4 Clustern .....	164
Tab. 32: Mittelwertsvergleiche VK, SG, LZ in 4 Clustern .....	165
Tab. 33: Mittelwertsvergleiche AZAW in 4 Clustern .....	166
Tab. 34: Schrittweise Regression (RN-P Subskalen – AZAW) .....	170
Tab. 35: Schrittweise Regression (RN-A Subskalen – AZAW) .....	171
Tab. 36: Schrittweise Diskriminanz (RN-P Subskalen – AZAW) .....	173
Tab. 37: Schrittweise Diskriminanz (RN-A Subskalen – AZAW) .....	174