

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)
der Universität Hamburg

Direktor: Prof. Dr. Jens Reimer

**Veränderung der Abstinenzsicherheit im Verlauf einer stationären
qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung und ihre Beeinflussung durch soziale
und suchtspezifische Faktoren, Depressivität und Craving.**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von
Susanne Schulze
aus Erfurt

Hamburg 2016

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 18.01.2017**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Erster Gutachter: Prof. Dr. Jens Reimer

Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Rainer Thomasius

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
1.1 Akutversorgung von Patienten mit Alkoholabhängigkeit	7
1.1.1 Organisation der stationären Akutversorgung von Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit in Deutschland	7
1.1.2 Behandlungskonzept der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Asklepios Klinik Nord in Hamburg	11
1.2 Theorie zur Abstinenzzuversicht	15
1.2.1 Abstinenz & Abstinenzbewegungen	15
1.2.2 Abstinenz und Rückfall	18
1.2.3 Abstinenzzuversicht	18
1.2.4 Bestimmung der Abstinenzzuversicht	22
1.2.5 Einflussfaktoren der Abstinenzzuversicht	25
1.2.6 Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und tatsächlicher Abstinenz	27
2. Fragestellung und Hypothesen	29
3. Material und Methoden	31
3.1 Studiendesign	31
3.2 Erhebungsinstrumente	35
3.3 Statistische Methoden	37
4. Ergebnisse	38
4.1 Stichprobenbeschreibung	38
4.1.1 Behandlungsdauer und Weitervermittlung	39
4.1.2 Soziale Situation	40
4.1.3 Gesundheitliche Situation und Verlauf der Abhängigkeitserkrankung	41
4.2 Abstinenzzuversicht und ihre Veränderung im Behandlungsverlauf	44

4.3 Einfluss sozialer und suchtbezogener Faktoren auf die Abstinenzzuversicht	47
4.3.1 Alter & Geschlecht und Abstinenzzuversicht	47
4.3.2 Krankheitsdauer & Konsummenge und Abstinenzzuversicht	49
4.3.3 Soziale Faktoren und Abstinenzzuversicht	50
4.4 Einfluss der Depressivität auf die Abstinenzzuversicht	55
4.5 Einfluss des Cravings auf die Abstinenzzuversicht	59
5. Diskussion	63
5.1 Interpretation der Ergebnisse	63
5.2 Studiendesign und Methodik	73
5.3 Einordnung der Studie in die bisherige Forschungslandschaft	75
6. Schlussbemerkung	77
7. Zusammenfassung	78
8. Literaturverzeichnis	80
9. Anhang	88
9.1 Entzugsschema Oxazepam	88
9.2 Entzugsschema Clomethiazol	88
9.3 Fragebogen KAZ-35	89
9.4 Fragebogen BDI	91
9.5 VAS zum Craving	94
10. Danksagung	95
11. Lebenslauf	96
12. Eidesstattliche Erklärung	98

1. Einleitung

Alkohol
ist dein Sanitäter in der Not
Alkohol
ist dein Fallschirm und dein Rettungsboot
Alkohol
ist das Drahtseil, auf dem du stehst
Alkohol
ist das Schiff mit dem du untergehst

[Herbert Grönemeyer: Alkohol]

Alkohol gilt als Lösungsmittel und Alkohol verbindet – die Menschen vor Ort, wie die Menschen über die Zeit. Die Kulturgeschichte des Alkohols lässt sich bis in die Antike zurückverfolgen, als Bacchus und Dionysos Götter waren und das bis heute geläufige Symposion als „Trinkgelage, bei dem das (philosophische) Gespräch im Vordergrund stand“ [Duden online, o.J.] erfunden wurde.

Zugleich ist Alkohol ein Nervengift, ein Rausch- und Suchtmittel und genauso alt wie des Menschen Hang zum „Spiritus“ ist sein Bemühen, von ihm loszukommen. Die „Abstinenzbewegung“ allerdings bildete sich erst im 19. Jahrhundert heraus und heute gilt der völlige Verzicht auf alle alkoholischen Getränke zwar als anzustrebendes, nicht aber einziges therapeutisches Ziel bei einer Erkrankung, die sich „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ [Graubner, 2014] nennt.

Der Medizinhistoriker Prof. Dr. Heinz Schott aus Bonn stellte 2001 in einem Artikel für das Deutsche Ärzteblatt eine „Typologie vom Alkoholiker im historischen Wandel“ vor [Schott, 2001] und analysierte den „fröhlichen Zecher“, den „lasterhaften bzw. unverbesserlichen Trunkenbold“, den „zu asylierenden Trunksüchtigen“, den „Alkoholiker als quasi Geisteskranken“ und schließlich den „Alkoholabhängigen“ oder „Suchtkranken“ unserer Tage als Ausdruck des jeweils herrschenden Zeitgeistes.

In der Vielfalt der Assoziationen, die sich mit dem Begriff „Alkohol“ verbinden, lässt sich die ganze unauflösliche Ambivalenz gegenüber der Substanz beschreiben: Medizin und Gift, „flüssiges Brot“ und „flüssiges Feuer“, „Lebenswasser“ und „Geißel der Menschheit“ [Wehberg, 1887].

Während ein mäßiger Konsum allgemein hin als unbedenklich gilt, Rotwein als „gut für die Gefäße“ mit ärztlicher Billigung getrunken wird, eine ganze Party- und

Freizeitszene sich auf die lockernde Wirkung der Substanz verlässt, legt die Medizinstatistik bedenkliche Zahlen vor: Im Jahr 2012 wurde „eine psychische oder verhaltensbezogene Störung durch Alkohol [...] als zweithäufigste Einzeldiagnose in Krankenhäusern mit 345.034 Behandlungsfällen diagnostiziert“ [dhs online, 2015]. Die Prävalenz alkoholbezogener Störungen nach DSM-IV bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 64 Jahre in Deutschland betrug im Jahr 2012 7,5 % [Pabst, 2013]. Über 1,6 Millionen Menschen (4,7 % der Männer und 1,5 % der Frauen) betrieben einen Alkoholmissbrauch. Bei mehr als 1,7 Millionen (4,8 % der Männer, 2,0 % der Frauen) wurde eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert [ebd.]. Jährlich sterben etwa 74.000 Menschen in Deutschland an den Folgen von regelmäßigem Alkoholkonsum allein bzw. in Kombination mit Tabak [John, 2002].

Neben den individuellen gesundheitlichen und sozialen Störungen, die ein fortgesetzter Alkoholmissbrauch bzw. eine Alkoholabhängigkeit verursachen kann, wird die öffentliche Wahrnehmung der Erkrankung auch von gesamtgesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Aspekten geprägt. So gehen gesundheitsökonomische Schätzungen für das Jahr 2007 von Kosten in Höhe von 26,7 Mrd. Euro aus, die direkt und indirekt durch den Alkoholkonsum verursacht wurden [Adams, 2011]. Mehr als 10 Millionen Lebensjahre (disability adjusted life-years, DALY) gehen europaweit durch Erkrankungen, Unfälle und Verletzungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum verloren [Rehm, 2006; dhs online, 2014].

Gemäß der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10) sind es folgende sechs Kriterien, aus denen sich eine Alkoholabhängigkeit diagnostizieren lässt, wobei mindestens drei davon über einen Zeitraum von 12 Monaten erfüllt sein müssen:

- Starkes („unstillbares“) Verlangen, die Substanz zu konsumieren (Craving, „Suchtdruck“)
- Kontrollverlust bzgl. Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- Auftreten körperlicher Entzugserscheinungen bei Reduktion oder Beendigung des Konsums
- Toleranzentwicklung bzgl. der Wirkung von Alkohol (meist verbunden mit einer Steigerung der Konsummenge)

- Vernachlässigung anderer Interessen, erhöhter Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum des Alkohols sowie Erholung vom Rausch
- Fortsetzung des Alkoholkonsums trotz eingetretener körperlicher, psychischer oder sozialer Schäden [Graubner, 2013].

Ein Alkoholmissbrauch bzw. ein schädlicher Gebrauch liegt vor, wenn trotz bereits eingetretener körperlicher oder psychischer Gesundheitsstörungen, die auf den Alkohol zurückzuführen sind, weiterhin Alkohol konsumiert wird.

Das "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM) nutzt im Wesentlichen die gleichen Diagnosekriterien. In der aktuellen (fünften) Fassung wird jedoch die Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch aufgegeben und durch den Begriff der Substanzgebrauchsstörung ersetzt. Diese liegt vor, wenn innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten mindestens zwei der hier nun elf Kriterien erfüllt werden. In der Auswertung werden moderate (zwei bis drei Kriterien erfüllt) und schwere (vier oder mehr Kriterien erfüllt) Substanzgebrauchsstörungen unterschieden. [Rumpf, 2011].

1.1 Akutversorgung von Patienten mit Alkoholabhängigkeit

1.1.1 Organisation der stationären Akutversorgung von Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit in Deutschland

Nur ein Zehntel der Menschen, die an einer Alkoholabhängigkeit leiden, nehmen medizinisch-therapeutische Hilfe in Anspruch [Drogenbeauftragte online, 2014]. Oft geschieht dies mit einer zeitlichen Latenz von zehn bis fünfzehn Jahren nach Beginn der Erkrankung [ebd.]. Dabei ist die Eigenmotivation in vielen Fällen nur gering ausgeprägt [Simon, 2009].

Die Akutbehandlung und Entgiftung alkoholabhängiger Patienten erfolgt in Deutschland stationär in psychiatrischen Kliniken oder internistischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern, darüber hinaus auch ambulant in psychiatrischen, internistischen oder hausärztlichen Praxen oder in eigens dafür eingerichteten Suchtambulanzen. Die Kosten der Behandlung trägt die gesetzliche Krankenversicherung [LWL online, 2014]. Der Vorteil einer Entzugsbehandlung in Kliniken für Innere Medizin scheint im weniger stigmatisierenden Zugang und der Möglichkeit der frühzeitigen Intervention innerhalb der medizinischen

Basisversorgung zu liegen [Schulz, 2000; Poppele, 2005]. Allerdings ergeben sich hier seit der Einführung des DRG-Systems Grenzen durch Einschränkungen der Kostenübernahme von Seiten der Krankenkassen [Croissant, 2003].

Unter „Qualifiziertem Entzug“ (QE) versteht man eine strukturierte interdisziplinäre Motivationsbehandlung Abhängigkeitserkrankter, die über den reinen (medikamentenunterstützten) körperlichen Entzug hinausgeht. Ihr Ziel ist gemäß DG-Sucht- und DGPPN-Leitlinie *„das Erreichen von Krankheitseinsicht des Patienten, die Vermittlung erster Techniken im Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung, die Motivierung zur Inanspruchnahme weiterführender Behandlung der Abhängigkeit (Entwöhnung) und deren Planung und damit langfristig das Erzielen von Dauerabstinenz“* [DGS, DGPPN, 2003]. Die S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) von 2015 beschreibt in ihrer Kurzfassung die Besonderheit des Qualifizierten Entzuges in Abgrenzung zur körperlichen Entgiftung wie folgt: *„Essentiell für eine qualifizierte Entzugsbehandlung sind psycho- und soziotherapeutische sowie psychosoziale Interventionen zur Förderung der Änderungsbereitschaft, der Änderungskompetenz und der Stabilisierung der Abstinenz. Im Rahmen der QE soll die Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen gesteigert und entsprechende Kontakte in das regionale Hilfesystem gebahnt werden (z.B. Selbsthilfe, Psychotherapie, Soziale Arbeit).“* [AWMF, 2016]

Als Standardelemente des QE gelten nach Poppele et al. (2005):

1. Strukturiertes Wochenprogramm mit

- Gruppensitzungen und Einzelgesprächen
- psychoedukativen Gruppen zu Krankheitsverständnis und –akzeptanz
- Informationsgruppen zu medizinischen Themen und zum Suchthilfesystem
- Körperbezogene Therapien wie Physiotherapie und Entspannungsübungen
- Kreativtherapie wie Beschäftigungs- oder Kunsttherapie
- Rückfallvermeidungstraining
- Sozialberatung
- enge Anbindung an das Suchthilfesystem wie Beratungsstellen, Fachkliniken und Selbsthilfegruppen
- Angehörigeninformation
- Nachsorgegruppe

2. Interprofessionelle Patientenbetreuung mit Bezugstherapeutensystem (Arzt, Suchttherapeuten, Psychologen, Pflegepersonal)
3. Suchtspezifische Fortbildung des Mitarbeiterstabes
4. externe Teamsupervision [Poppele, 2005].

Die Behandlungsdauer umfasst in der Regel drei Wochen.

Der Begriff „Qualifizierter Entzug“ tauchte erstmalig 1988 im Rahmen der „Empfehlungen zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen / psychosomatischen Bereich auf Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung“, erstellt von einer Expertenkommission im Auftrag der Bundesregierung, auf [Poppele, 2009].

1995 veröffentlichten Karl Mann und seine Kollegen ein Konzept zum Qualifizierten Alkoholentzug, das auf den in einer Modellstation an der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnissen beruhte. Begleitend zu dem bedarfsorientiert medikamentenunterstützten körperlichen Entzug erfolgte frühzeitig die Integration der Patienten in ein strukturiertes Therapieprogramm, bestehend aus Informations- und Motivationsgruppe, Gruppenvisite, Angehörigengruppe, Autogenem Training, Bewegungstherapie in der Gruppe, Selbsthilfegruppe und Kognitivem Training. Die Teilnahme an den genannten Therapieeinheiten war – sobald der körperliche Zustand es zuließ – für jeden Patienten verpflichtend. Das Wissen um den motivierenden Faktor Beziehung wurde durch die Einführung eines Bezugspflegesystems angewendet [Mann, 1995].

Im Verlauf der 1990er Jahre wurde das Konzept des QE deutschlandweit etabliert.

Die traditionelle Entzugsbehandlung hatte im Wesentlichen die Sicherung des Überlebens der Patienten und die Verhinderung entzugsbedingter Komplikationen (Delir, generalisierte Krampfanfälle) zum Ziel, sah aber keine Auseinandersetzung mit der Grunderkrankung Alkoholabhängigkeit vor. Die Erkenntnis, dass diese Form der Behandlung allein kaum langfristige Wirkungen im Rahmen der Abhängigkeitserkrankung erzielt, stammt nach Mann schon aus den 1960er Jahren. Bereits damals wurden „extrem hohe Rückfallraten“ und eine „Mortalität von 40 Prozent“ beschrieben, welcher mit einer „gezielten Förderung der Motivation zur weiterführenden Entwöhnungsbehandlung“ zu begegnen sei. Hierin sei die zentrale Aufgabe des Qualifizierten Entzuges zu sehen [ebd.]. Tatsächlich weisen alle

entsprechenden Untersuchungen eine Verbesserung der Abstinenzrate auf [Bauer, 2000; Löber, 2009]. Langfristig führe der qualifizierte gegenüber dem rein körperlichen Entzug zudem zu einer Reduktion der Behandlungskosten um 50 Prozent [Löber, 2009].

Bezüglich der notwendigen Behandlungsdauer teilten Schmidt et al. 2002 mit, dass diese drei Wochen nicht unterschreiten solle. Andernfalls sei mit einer raschen Rückfälligkeit und dadurch langfristig mit häufigeren Behandlungen und höheren Kosten zu rechnen [Schmidt, 2002].

Die Postakutbehandlung schließt sich an die Alkoholentgiftung an und umfasst Maßnahmen der Alkoholentwöhnung und der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung im Rahmen einer Nachsorge. Diese können stationär, teilstationär, ambulant oder in kombinierten Formen durchgeführt werden. *„Während die Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen alle Maßnahmen umfasst, die unmittelbar ihrer Beseitigung oder Milderung dienen, hat die Postakutbehandlung das Ziel der Vermeidung oder Minderung von aus alkoholbezogenen Störungen folgenden Behinderungen [...]“* [Greyer, 2006]. Die Angebote der Postakutbehandlung richten sich in erster Linie an Patienten mit schweren Formen des Alkoholmissbrauchs und mit Alkoholabhängigkeit. Der Zugang erfolgt über die Akutbehandlung in psychiatrischen oder somatischen Krankenhäusern, über Suchtberatungsstellen, niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten, betriebsärztliche Dienste, über Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe, per strafgerichtlicher Anordnung (§64 StGB) oder direkt durch den Betroffenen [ebd.]. Die Kosten für die Behandlung werden nach entsprechender Antragstellung und –prüfung von den jeweils zuständigen Rehabilitationsträgern (Rentenversicherung, Krankenversicherung, Sozial- und Jugendhilfe) übernommen [ebd.].

„Speziell bei Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit ist das Behandlungsziel die Abstinenz von Alkohol sowie von weiteren psychotropen Substanzen (z.B. Benzodiazepinen und illegalen Drogen). Ist dauerhafte Abstinenz (zunächst) nicht umsetzbar, tritt das Ziel der Schadensminimierung in den Vordergrund. Für Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum kann neben dem Ziel abstinenter Lebensführung auch die Trinkmengenreduktion (sog. „Kontrolliertes Trinken“) ein geeignetes Ziel sein [...] sowie die Abstinenz in besonderen Gefährdungssituationen (sog. Punktabstinenz)“ [Greyer, 2006; Sobell, 1993].

1.1.2 Behandlungskonzept der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Asklepios Klinik Nord in Hamburg

Auf der Station O32A, die innerhalb der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll den Qualifizierten Entzug von Alkohol und Medikamenten anbietet, wurde ein Großteil der dieser Arbeit zu Grunde liegenden Daten erhoben.

Das im Jahr 2000 verfasste Behandlungskonzept der Station greift die ursprünglichen Bedingungen des Alkoholentzuges auf und stellt sie den an der Individualität des Patienten orientierten Therapieprinzipien von Miller und Rollnick [Miller, Rollnick, 1999] gegenüber. So sei es in der Vergangenheit üblich gewesen, Betroffene durch einen „harten Entzug“ mit den Folgen ihres Alkoholkonsums zu konfrontieren und so von Rückfällen abzuschrecken. Entsprechend seien die Hürden für die stationäre Aufnahme hoch und permanente Motivationsbeweise gewissermaßen Grundbedingung für den Aufenthalt gewesen. Im Sinne des Qualifizierten Entzuges versteht die Station O32A ihre Aufgabe darin, den alkoholabhängigen Patienten einerseits eine „differenzierte, somatisch gut fundierte Behandlung der Entzugssymptome und der körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen“ anzubieten [Schwoon, 2000] und ihnen andererseits eine „handlungsanleitende Motivation zu Therapie, Abstinenz und Veränderungen im Verhalten und in der Lebensgestaltung“ [ebd.] zu verschaffen. Der dieserart geleitete und begleitete Prozess sei als „kontinuierlich und nie abgeschlossen“ zu verstehen und erfordere „ständig und kreativ neue Variationen“ hinsichtlich Medikation, Psychoedukation und Psychotherapie. Zentrales Ziel der Behandlung ist die Überlebenssicherung. Daneben ordnen sich Teilziele wie Trinkmengenreduktion oder Abstinenz, Soziale Absicherung und Verbesserung der Lebensqualität, Sicherung der Gesundheit und der Schutz anderer Personen (z.B. Kinder, Lebenspartner) an. Abstinenz wird dabei dezidiert als ein mögliches von mehreren gleichberechtigten Zielen angesehen. Die dauerhafte Abstinenz wird als Fernziel verstanden und stellt – ebenso wie der Null-Promille-Nachweis bei Aufnahme – keine zwingende Behandlungsbedingung dar.

Neben der Selbsterfahrung durch gezielte Übungen und Belastungserprobungen, wird der Partizipation des Patienten an Entscheidungen hinsichtlich seiner suchtspezifischen Weiterbehandlung – z.B. durch eine regelmäßige Vorstellung der

Fachkliniken und Beratungsstellen durch deren eigene Mitarbeiter – ein hoher Stellenwert eingeräumt. Zudem sollen die Patienten bereits innerhalb der Akutbehandlung Erfahrungen mit gruppentherapeutischen Angeboten sammeln und zum Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe angeregt werden. *„Ängste vor Gruppen, die vor allem mit Leistungserwartungen und Abwertungsbefürchtungen verbunden sind, lassen sich gezielt abbauen durch eine Konzentration auf positive Rückmeldungen zur Steigerung des Selbstwertgefühls und zur Förderung einer ganzheitlichen Selbstwahrnehmung“* [ebd., S.4]. Als weitere Säule der Behandlung sind nonverbale Therapien wie Sport-, Ergo- und Kunsttherapie sowie Progressive Muskelentspannung oder Autogenes Training vorgesehen. Schließlich kommt der Beratung und Betreuung Angehöriger eine wesentliche Bedeutung zu.

Das Behandlungsteam setzt sich aus Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Pflegefachkräften, Psychologen, Sozialpädagogen, Kunsttherapeuten und Bewegungstherapeuten zusammen [Asklepios online, O32B, 2014].

Als sinnvolle Behandlungsdauer werden – wie allgemein im Qualifizierten Entzug üblich – drei Wochen angesehen. Innerhalb eines strukturierten Tages- und Wochenprogramms soll der Patient weniger ein Konsument von Therapieangeboten, sondern aktiv Gestaltender sein und z.B. auch „Aufgaben und Verantwortung im Stationsalltag im Sinne einer Milieuthérapie“ [Schwoon, 2000] übernehmen. Expositionsversuche in Form von Ausgängen, die der Wiederannäherung an das häusliche und soziale Umfeld oder der Bewältigung bestimmter Aufgaben dienen, orientieren den Patienten selbst und das Behandlungsteam auf den Erhalt der Eigenverantwortlichkeit. Als Mittel der therapeutischen Grenzsetzung wird zuweilen eine disziplinarische Entlassung, z.B. bei wiederholten oder schweren Rückfällen durchgeführt.

Die Station stellt sich in einem online einsehbaren Patienteninformationsfaltblatt folgendermaßen vor:

„Die Station O32A der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen bietet Menschen mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit einen geschützten Raum für den qualifizierten Entzug unter professioneller Begleitung.

Gemeinsam mit unserem multiprofessionellen Behandlungsteam arbeiten die Patientinnen und Patienten an der Erreichung folgender Ziele:

- Akzeptanz und Verständnis der Sucht als chronischer Erkrankung

- Stabilisierung auf allen Ebenen
- medikamentöse Einstellung
- (Wieder-)Entdeckung von Möglichkeiten der Freizeitgestaltung und kreativer Fähigkeiten
- Entwicklung neuer Lebensperspektiven
- Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen
- ggf. Organisation einer tagesklinischen oder ambulanten Weiterbetreuung

Unser integratives Behandlungsspektrum umfasst

- therapeutische Einzelgespräche
- therapeutische Gesprächsgruppen
- Psychoedukation in der Gruppe
- soziales Kompetenztraining in der Gruppe
- co-therapeutische Betreuung durch das Pfllegeteam
- sozialarbeiterische Betreuung
- Kunsttherapie
- Bewegungstherapie
- Akupunktur
- Aromatherapie

Für jeden Patienten erstellen wir einen individuellen Maßnahmenplan. Voraussetzung für den Behandlungserfolg ist eine aktive Teilnahme an den Behandlungsangeboten“ [Asklepios online, Patienteninformation O32A, 2014].

Darüber hinaus formuliert das Behandlungskonzept die Behandlungsziele und deren Umsetzung in der Zuversicht ihres „Schon-vollbracht-Seins“:

„- Entgiftung und Entzug verlaufen weitgehend komplikationslos und beschwerdearm. Diesem Ziel wird der Einsatz von Medikamenten angepasst, wobei der Grundsatz gilt, so niedrig dosiert und so rasch ausschleichend wie irgend möglich zu verordnen.

- *Die Patienten machen in der Behandlung positive Erfahrungen mit sich, den Mitpatienten und dem Personal. Sie werden dadurch vom Stigma des Versagens und von Schamgefühlen entlastet, und die Schwellen für Wiederholungsbehandlungen nach eventuellen Rezidiven werden niedrig gehalten.*

- Den Patienten wird eine individuelle, differenzierte Abhängigkeitsdiagnose vermittelt. Sie können ein angemessenes Krankheitskonzept entwickeln und müssen die Tatsache der Erkrankung nicht mehr verleugnen, sondern können sie in ihr Selbstbild integrieren.
- Somatisch-medizinische und psychopathologische Befunde werden diagnostisch detailliert abgeklärt und in verständlicher Form den PatientInnen vermittelt, und es wird sichergestellt, dass die entsprechenden Behandlungsmaßnahmen eingeleitet und ambulant bzw. stationär weitergeführt werden. Die besondere Aufmerksamkeit richtet sich auf zusätzliche psychische Störungen („Komorbidität“) wie Angsterkrankungen, Depressionen, psychotische Syndrome.
- Gegebenenfalls wird eine Einstellung auf eine psychopharmakologische, antikonvulsive oder rückfallprophylaktische Medikation vorgenommen, wobei besonders auf die Sicherung der Compliance nach Abschluss der stationären Phase geachtet wird.
- Belastungsfaktoren in der sozialen Situation (Familie, Wohnen, Arbeit) für und durch den Patienten werden abgeklärt. Lösungsansätze werden erarbeitet, und die Patienten beginnen mit der Umsetzung.
- Die Patienten bauen eine therapeutische Perspektive über die Entzugsbehandlung hinaus auf. Sie gehen von der Notwendigkeit aus, eine abstinente und ggf. teilabstinente [...] Lebensweise abzusichern und dafür belastende, verführende oder andere rückfallbegünstigende Lebensumstände grundlegend zu verändern. Sie haben einen Überblick über die bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangebote aus dem professionellen Umfeld, aus den Selbsthilfegruppen und aus ihrem privaten Umfeld gewonnen und haben damit begonnen, diese für sich zu nutzen.
- Schließt sich eine weiterführende Therapie nicht unmittelbar an, werden Überbrückungshilfen vorbereitet, die eine aktuelle Rückfallvermeidung bzw. -unterbrechung unterstützen.“ [Schwoon, 2000].

Ein wesentlicher Baustein der Entzugsbehandlung ist die medikamentöse Therapie, die der Reduktion von Entzugsbeschwerden wie Unruhe, Bluthochdruck, Schwitzen, Tremor, Angst oder Schlafstörungen sowie der Prävention von Entzugskomplikationen, z.B. Krampfanfall oder Delir, dient. In der Asklepios Klinik Nord hat sich innerhalb vieler Jahre die Anwendung bestimmter Entzugsschemata bewährt, nach denen die üblichen Entzugsmedikamente Distaneurin und Oxazepam über fünf

bzw. zehn Tage abdosiert und ausgeschlichen werden (s. Anhang). Ergänzend erfolgt bei Bedarf eine antiepileptische (z.B. Levetiracetam), antihypertensive (z.B. Clonidin) oder schlafanstoßende (z.B. Prothipendyl) Medikation.

Die Behandlung von Patienten mit einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit ohne weitere psychische oder schwerwiegende somatische Komorbidität erfolgt in der Regel auf der Station O32A. Daneben werden auf Station O31A Patienten mit einer Alkohol- und komorbiden Drogenabhängigkeit oder schwereren körperlichen Erkrankung behandelt. Tabelle 1.1 gibt die Behandlungszahlen der Jahre 2011 bis 2013 wieder.

Tab. 1.1: Behandlungsfälle in der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Asklepios Klinik Nord, 2011 bis 2013.

Jahr	2011	2012	2013
Patienten insgesamt	3309	3065	3315
davon Entzugsbehandlungen legaler Drogen	1539	1305	1419
davon Männer in Prozent	71	72	72
Altersdurchschnitt in Jahren	45,7	46,4	45,8
durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	11	11	12

1.2 Theorie zur Abstinenzzuversicht

1.2.1 Abstinenz & Abstinenzbewegungen

Der Begriff Abstinenz führt sich auf das lateinische Wort *abstinere* zurück, was so viel wie sich enthalten oder fernhalten bedeutet. Im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung bedeutet Abstinenz den völligen Verzicht auf den Konsum des Suchtmittels.

Die so genannte Abstinenz- oder Temperenzbewegung breitete sich zu Beginn des 19. Jahrhunderts ausgehend von Irland über England und Skandinavien in ganz Europa und den USA aus. Wirtschaftliche und gesellschaftliche Veränderungen im Vorfeld der Industrialisierung gingen auch mit einem Wandel der Trinkgewohnheiten einher: während Bier nicht mehr länger als Nahrungs-, sondern vielmehr als Genussmittel diente und als solches vorübergehend an Bedeutung verlor, entstand insbesondere im ländlichen Raum eine Vielzahl von Brennereien. Der in der Herstellung billige Kartoffelschnaps wurde alsbald Nahrung und Lohn für eine breite

Bevölkerungsschicht und in der Erkenntnis damit verbundener pathologischer Prozesse prägte sich der Begriff „Branntweinpest“ [Tappe, 2002]. Als Reaktion auf die im Alkoholproblem sichtbar gewordene Verelendung eines nicht geringen Teiles der Gesellschaft riefen sowohl bürgerliche Reformer als auch konservative Kleriker zum „Kreuzzug“ gegen den Branntwein auf [Brunold online, 2013]. Entsprechend heterogen waren die Argumentationen zu Gunsten einer Mäßigung im Schnapskonsum: während die liberalen Bürger auf alkoholbedingte Mängel der allgemeinen Sicherheit, des Familienzusammenhaltes und der Arbeitsmoral sowie steigende Kosten der Armenfürsorge verwiesen, sahen kirchliche Prediger das christliche Prinzip der Mäßigkeit als Voraussetzung für eine lebendige Gottesbeziehung verletzt. Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts gründeten sich zahlreiche Enthaltensvereine, die insgesamt eine Mitgliederzahl von fast einer Million erreichten.

Mit der Revolution von 1848 und den sich ändernden politischen und gesellschaftlichen Verhältnissen kam es zum Niedergang der ersten Anti-Alkohol-Bewegung in Deutschland. Die eben nicht wissenschaftlich-medizinische, sondern rein moralische Argumentation der klerikalen Alkoholgegner löste eine Art stellvertretenden Widerstand aus, der sich in einer deutlichen Steigerung des Branntweinkonsums manifestierte [ebd.].

Die politischen Dimensionen der Anti-Alkohol-Bewegung traten in ihrer zweiten Hochzeit während des deutschen Kaiserreichs noch deutlicher zutage. 1883 gründeten bürgerliche Sozialreformer den Deutschen Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke (DVMG). Zu seinen Mitgliedern gehörten viele Vertreter höherer Gesellschaftsschichten, Intellektuelle, Beamte und Unternehmer, deren Hauptmotiv die Beendigung des Klassenkampfes war, was durch eine Verbesserung der Lebensbedingungen der Arbeiter und deren Integration in das gesellschaftliche Leben erreicht werden sollte. Die proletarische Anti-Alkohol-Bewegung verstand die Abstinenz hingegen gerade als Instrument des Klassenkampfes. Zu den Methoden des DVMG gehörte neben Aufklärungs- und Präventionskampagnen auch eine intensive Bemühung um Veränderungen in der Gesetzgebung, die beispielsweise den Alkoholausschank an Minderjährige und Vieltrinker sowie das Trinken während der Arbeit untersagen sollte. (Interessenskonflikte u.a. mit den ostelbischen Schnapsbrennern führten jedoch zunächst zum Scheitern der Gesetzentwürfe). Zudem förderte der Verein die wissenschaftliche Forschung zum Thema Alkohol

[ebd.]. Daraus entstand mit der Zeit das „moderne Suchtparadigma“, demzufolge die Alkoholabhängigkeit als eine chronisch-progrediente Erkrankung und nicht mehr als persönliche moralische Verfehlung des Betroffenen anzusehen war. Die Abstinenz wurde zur einzig möglichen Heilmethode erklärt. Mit der wissenschaftlichen Fundierung stieg die Überzeugungskraft der Antialkoholiker.

Zum Ende des 19. Jahrhunderts entstanden in Deutschland Abstinenzvereine nach schweizerischem und amerikanischem Vorbild, die bis heute aktiv sind, darunter das Blaue Kreuz, die Guttempler oder die Heilsarmee. Während diese Vereine die ausnahmslose Enthaltensamkeit propagierten, trat der DVMG zunächst weiter für eine Mäßigkeit im Alkoholkonsum ein. Dieser Konflikt wurde mit teilweise großer Vehemenz ausgetragen und rückte erst durch die veränderte Interessen- und Allianzenlage im Ersten Weltkrieg in den Hintergrund.

Zur Zeit der Weimarer Republik konnten die Kontroversen insoweit konstruktiv geführt werden, als man die unterschiedlichen Dachverbände der Abstinenz- und der Mäßigkeitsbewegung in die Deutsche Reichshauptstelle gegen den Alkoholismus integrierte [ebd.].

Im weiteren Verlauf entwickelte sich vor dem Hintergrund der Erb- und Rassenlehren eine „Degenerationstheorie“, wonach der Alkohol schädliche Wirkung auf das „Erbgut“ habe und „Trinker“ immer neue „Trinker“ zeugten. Heiratsverbote und Zwangssterilisationen wurden als probate Mittel im Sinne der "Rassenhygiene" durchgesetzt.

Seit 1968 ist die Alkoholabhängigkeit nach einem Grundsatzurteil in Deutschland als Krankheit anerkannt und somit im Rahmen einer medizinischen Grundversorgung zu Lasten der Krankenversicherung behandelbar [Mann, 2002].

Eine Prohibition, also ein staatliches Alkoholverbot, wie es in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts nicht nur in den USA, sondern z.B. auch in Finnland, Island, Norwegen, Kanada oder Russland bestand, wurde in Deutschland nie durchgesetzt. Allerdings gibt es im Zusammenhang mit alkoholassozierten Verkehrsunfällen und Straftaten immer wieder Diskussionen um ein gesetzliches Reglement des Alkoholkonsums. Zahlreiche öffentliche Einrichtungen und Arbeitgeber machen von ihrem Recht, ein lokales oder temporäres Alkoholkonsumverbot auszusprechen, Gebrauch.

1.2.2 Abstinenz und Rückfall

Während hinsichtlich der Bedeutung des Begriffes Abstinenz weitgehend Einigkeit herrscht – so bezeichnet wird die Enthaltensamkeit von bzw. der völlige Verzicht auf eine bestimmte Substanz oder Handlung, meistens ein Suchtmittel – lässt sich der Rückfall nicht eindeutig definieren. Körkel und Schindler stellen in ihrem Buch „Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen“ [Körkel, Schindler, 2003] unterschiedliche Auffassungen des als Rückfall bezeichneten Vorganges vor. So besage die „enge Rückfalldefinition“, dass jeder nach einer Phase der Abstinenz konsumierte Alkohol, unabhängig von Art, Menge und Konsumdauer als Rückfall zu bezeichnen sei. Hingegen ermögliche die Differenzierung von Trinkmengen und Trinkmustern (z.B. mäßiger Konsum, kontrollierter Konsum) ein individuelleres präventives und therapeutisches Vorgehen. Marlatt unterschied zwischen „Ausrutscher“ (lapse) und Rückfall (relapse) [Marlatt, 1985a] und unterstrich dabei die Erfahrung, dass nicht jeder Verzehr einer Weinbrandbohne oder eines einzelnen Bieres zum „Totalabsturz“ führe. Anders als bei der Abstinenz gibt es beim Rückfall durchaus subjektive Definitionen, die sich aus der Festlegung individueller Konsumschwellen (z.B. „ein Glas Sekt zum Geburtstag ist erlaubt“) ableiten [Sohns, 1995; Marlatt, 1985b]. Schließlich lassen sich ein „nasser“ und ein „trockener“ Rückfall unterscheiden. Letzterer besteht in Denk- und Handlungsweisen, die dem früheren Trinkverhalten entsprechen, ohne dass es zum Alkoholkonsum kommt [Hunter, 1987].

In der Literatur [u.a. Mann et al., 2010; Vollmer et al., 2015] werden innerhalb eines Katamnesezeitraums von einem Jahr nach Durchführung einer Entzugsbehandlung Rückfallraten von 40 bis 60 Prozent beschrieben. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass durchschnittlich jeder Zweite nach der Entgiftung langfristig abstinent bleibt.

1.2.3 Abstinenzzuversicht

Der kanadische Psychologe Albert Bandura (*1925) begann Ende der 1970er Jahre das Konzept der Selbstwirksamkeit (self efficacy) zu entwickeln [Bandura, 1977]. Die Erwartung, selbst etwas schaffen, ein bestimmtes Problem lösen oder eine

Herausforderung bestehen zu können, also „selbst wirksam“ zu sein, speist sich nach seiner Auffassung aus vier prinzipiellen Informationsquellen:

- eigene frühere Leistungen und Erfolgserlebnisse (performance accomplishments): der Rückblick auf eigene Erfolge bzw. auf Erfahrungen mit schwierigen Situationen, die durch eigene Anstrengung letztlich erfolgreich bewältigt wurden, stärkt die Zuversicht, auch künftige Herausforderungen meistern zu können. Das wiederholte Erlebnis eines frühen Scheiterns hingegen führt zu einer Reduktion der Selbstwirksamkeit.
- stellvertretende Erfahrungen (vicarious experience): gemäß der Prämisse „Was andere können kann ich vielleicht auch“ werden die beobachteten Erfolge von in bestimmter Weise als ähnlich oder vorbildlich anerkannten Personen zur Quelle der eigenen Selbstwirksamkeit.
- positives Feedback, verbale Bestärkung (verbal persuasion): Das Gespräch mit der Erörterung der Problemlage und ihrer Lösungsmöglichkeiten in Verbindung mit einer grundsätzlich zuversichtlichen und bestärkenden Haltung des Anderen („ich glaube fest an Dich!“, „Du wirst es schaffen!“) unterstützt – sofern sie als ehrlich angenommen wird – die Selbstwirksamkeit.
- körperlicher und psychischer Zustand (physiological states / emotional arousal): Die Wahrnehmung körperlicher oder psychischer Stresssymptome und ihre Interpretation als (Versagens-)Angst können eine Situation bedrohlicher und die eigenen Bewältigungschancen geringer erscheinen lassen, als sie eigentlich sind. Dagegen stärkt das Empfinden von Ruhe und Gelassenheit – z.B. hervorgerufen durch die sichere Anwendung von Entspannungsverfahren – die Zuversicht und damit die Selbstwirksamkeit. [ebd.].

Die Erwartung der eigenen Selbstwirksamkeit bestimmt unter anderem, ob, wie und mit wie viel Aufwand ein Problem angegangen wird und wie lange die Person trotz Hindernissen und Rückschlägen bereit und in der Lage ist, an den eigenen Zielen festzuhalten¹.

Bezogen auf Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit lässt sich daraus das Konzept der Abstinenzzuversicht ableiten, wie es insbesondere Marlatt und Gordon in ihren Überlegungen zum Rückfall etablierten. Demnach beruhen Selbstwirksamkeitser-

¹ ebd. „whether coping behavior will be initiated, how much effort will be expended, and how long it will be sustained in the face of obstacles and aversive experiences”

wartung und Abstinenzzuversicht auf einem „I-know-I-can-handle-it-feeling“ [Marlatt, 1999].

Das Craving, also der dringende und überwältigende Wunsch („urgent and overpowering desire“ [Jellinek, 1960]) nach dem Suchtmittel und damit auch das Rückfallrisiko nehme mit jeder erfolgreich bewältigten potentiellen Rückfallsituation ab. Umgekehrt proportional steige die Abstinenzzuversicht [Marlatt, 1985a,b]: Wem es gelinge, in einer „high-risk“-Situation standhaft zu bleiben bzw. effektiv eine gelernte Coping-Strategie anzuwenden, werde „belohnt“ durch ein Empfinden von Kontrolle und Macht. Dies wiederum erhöhe die Wahrscheinlichkeit, auch in einer späteren Risikosituation widerstehen zu können. [Marlatt, 1999].

Nach Marlatt und Gordon sind es insbesondere folgende acht intra- und interpersonale Faktoren bzw. Situationen, welche mit einem hohen Rückfallrisiko einhergehen:

- negative emotionale Zustände
- negative körperliche Zustände
- positive emotionale Zustände
- Austesten eigener Kontrollmöglichkeiten
- Alkoholverlangen (Craving)
- interpersonale Konflikte
- soziale Verführungssituationen
- positive emotionale Zustände im Zusammensein mit anderen [Müller, 2012].

Wobei etwa drei Viertel aller Rückfälle auf den drei Faktoren Negativer emotionaler Zustand, interpersonale Konflikte und soziale Verführungssituation beruhen [Marlatt, 1999].

So wie das Widerstehen in Hochrisikosituationen zu einer Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung und einer Festigung der Abstinenzzuversicht führt, bewirkt ein Rückfall in den Alkoholkonsum für viele Betroffene diesbezüglich eine schlagartige Veränderung: Kann – aus welchen Gründen auch immer – die gelernte Coping-Strategie nicht umgesetzt werden, geht dies mit einer Minderung der Selbstwirksamkeitswahrnehmung einher. Dies wird häufig begleitet von einem Gefühl der Hilflosigkeit und führt zur passiven Selbstaufgabe. Wird Alkohol als vertraute Möglichkeit der Stressreduktion wiederentdeckt, ist der Rückfall nahezu sicher [ebd.]. Der Abstinenzwille muss also als eine Art Geisteshaltung aufgefasst werden, die es immer wieder neu zu entwickeln gilt. Die Abstinenzzuversicht beruht auf Erfahrungen

mit der eigenen Person und dem eigenen Verhalten, insbesondere in Situationen, die scheinbar unerwartet zum Rückfall verführen. Das viel zitierte „Yes, we can“ des amerikanischen Präsidenten kann auch hier als Schlagwort für ein ganzes Erklärungsmodell dienen.

Martin Fishbein und Icek Ajzen entwickelten ungefähr zeitgleich mit Bandura ihre Theorie des geplanten Verhaltens (auch: Theorie des überlegten Handelns; Theory of planned behavior [Ajzen, Fishbein, 1975; Ajzen, 1980]), der zufolge ein kausaler Zusammenhang zwischen der Absicht eines Individuums und seinem Verhalten besteht. Die Absicht als Ausdruck einer Motivation und Entschlossenheit hinsichtlich eines bestimmten Handelns kann mit dem Abstinenzvorhaben gleichgesetzt werden [Körkel, 1988]. Das Verhalten entspricht dann dem tatsächlichen Alkoholverzicht. Drei Faktoren sind es, so Ajzen und Fishbein, die die Absicht beeinflussen:

1. Die Einstellung zum Verhalten: Wie bewertet die alkoholabhängige Person die Abstinenz? Akzeptiert sie sie als persönliches Therapieziel und als dauerhaftes Lebenskonzept? Oder lehnt sie sie (womöglich stillschweigend) für sich selbst ab? Welche Vor- und Nachteile bietet die Abstinenz?
2. Die Subjektive Norm: von welchen Einstellungen seines Umfeldes gegenüber der Abstinenz geht die alkoholabhängige Person aus? Ist eher eine Bestärkung oder eine Ablehnung des Verhaltens durch nahe Bezugspersonen zu erwarten? (Hier ist beispielsweise eine Konstellation der Ambivalenz denkbar, wenn ein Patient sich zwischen den Erwartungen seiner (nicht Alkohol trinkenden) Familie und denen der ebenfalls abhängigen Peergroup „entscheiden“ muss).
3. Die wahrgenommene Kontrolle: wie groß ist die Überzeugung der alkoholabhängigen Person, ihre Absicht mit eigenen Mitteln und langfristig umsetzen zu können? Dies entspricht im Wesentlichen der Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura.

Diese drei Faktoren sind entscheidend für die Absichtsbildung. Aus ihnen lassen sich Rückfallursachen ableiten und möglicherweise präventive Strategien entwickeln. Ob die Handlung dann tatsächlich umgesetzt – die Abstinenz also „durchgehalten“ – wird, lässt sich aus ihnen jedoch nicht eindeutig vorhersagen [Jonas, 1995].

Entsprechend ist auch die Abstinenzzuversicht kein verlässlicher Prädiktor für die tatsächliche Abstinenz. Sie stellt aber einen wesentlichen Ansatzpunkt therapeutischer Interventionen dar.

1.2.4 Bestimmung der Abstinenzzuversicht

1996 stellten Prof. Dr. Joachim Körkel und Dipl. Psych. Christine Schindler den Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35) vor [Körkel, Schindler, 1996]. Dieser erfasst mittels 35 Items in vier Skalen die Zuversicht von an Alkoholabhängigkeit Erkrankten, in Situationen, die mit einem erhöhten Rückfallrisiko einhergehen, abstinent bleiben zu können. Auf einer sechsstufigen Skala mit den Polen „überhaupt nicht zuversichtlich“ (0 %) und „total zuversichtlich“ (100 %) sind Situationen zu bewerten, die sich in die Kategorien „unangenehme Gefühle“, „Austesten der eigenen Kontrolle“, „sozialer Druck“ und „angenehme Gefühle“ einordnen lassen.

Der Fragebogen stellt eine Modifikation des im englischen Sprachraum gebräuchlichen Situational Confidence Questionnaire (SCQ-100) nach Helen M. Annis [Annis, Davis, 1988] dar. Dieser wiederum baut unmittelbar auf das Rückfall-Präventions-Modell von Marlatt auf, indem er die von ihm benannten acht typischen Rückfallsituationen (unangenehme Gefühle, unangenehme körperliche Zustände, angenehme Gefühle, Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten, Alkoholverlangen, interpersonelle Konflikte, sozialer Druck und soziale Verführung) aufgreift. Zur besseren Handhabbarkeit wurden die ursprünglich 100 Fragen in Gruppen zusammengefasst und reduziert, ohne dass es dadurch zu einem wesentlichen Informationsverlust kam [Breslin, 2000]. Annis und Graham stellten 1988 eine Version mit 39 Items – SCQ-39 – vor, die die acht genannten Unterskalen beibehielt [Annis, Graham, 1988]. In Schweden wurde von Sandahl et al. 1990 eine Variante mit 35 Fragen zu nunmehr vier Unterskalen (unangenehme Gefühle, angenehme Gefühle, Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten, sozialer Druck) veröffentlicht [Sandahl, 1990]. Körkel und Schindler entwickelten aus diesen Vorlagen den KAZ-35 mit dem Ziel, *„einen für den deutschen Sprachraum testtheoretisch abgesicherten, zeitökonomisch einsetzbaren und auf das Abstinenzziel abgestimmten Kompetenzfragebogen für Alkoholabhängige“* [Körkel, 1996] zur Verfügung zu

stellen. Sie erprobten ihn erstmalig 1995 im Rahmen einer Studie mit 57 jüngeren (Durchschnittsalter 27,75 Jahre) männlichen alkoholabhängigen Teilnehmern einer Langzeit-Entwöhnungstherapie und wiesen dabei eine hohe Konsistenz der vier Skalen (Cronbachs Alpha für Skala 1: $r = .96$, für Skala 2: $r = .95$, für Skala 3: $r = .96$, für Skala 4: $r = .91$ und für Gesamtskala: $r = .97$ [Dorsch Lexikon der Psychologie, o.J.]) bei mäßiger Interkorrelation ($r = .62$) nach. Es konnte eine gute diskriminante Validität hinsichtlich Abstinenzzuversicht und Depressivität gezeigt werden. Mit schriftlich formulierten Instruktionen und Hinweisen zur Fragebogenauswertung könne der KAZ-35 zudem als *„testtheoretisch objektives Verfahren zur Erfassung alkoholspezifischer Kompetenzüberzeugungen bezeichnet werden“* [ebd., S.163]. In einer Folgestudie mit 119 alkoholabhängigen Männern und 17 alkoholabhängigen Frauen wurde der Fragebogen 1997 bezüglich seiner Validität und Reliabilität untersucht, wobei sich erneut eine gute diskriminante Validität im Vergleich mit Beck's Depressionsinventar (BDI) und eine hohe Interne Konsistenz, Retest-Reliabilität und Split-Half-Reliabilität ergaben [Schindler, 1997]. Die Änderungssensitivität zeigte sich durch eine deutliche Steigerung der Abstinenzzuversicht am Ende der Langzeittherapie im Vergleich zum Beginn. Eine Untersuchung zur Validität der Selbsteinschätzung mittels der Gegenüberstellung einer entsprechenden Beurteilung von Therapeutinnen Seite ergab „zwei sehr markante Sachverhalte“ [ebd., S.325]: zum Einen war die Zuversicht der Patienten, ihre Abstinenz betreffend, deutlich höher als die der Therapeutinnen, wobei diese sich in ihren Einschätzungen untereinander unterschieden. Zum Anderen fand sich „kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Zutrauen der Patienten und der Fremdeinschätzung durch die Therapeutinnen“ [ebd.].

Die prognostische Bedeutung des Fragebogens wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Während sich viele Autoren lediglich auf den Zuwachs der Abstinenzzuversicht im Therapieverlauf konzentrieren [u.a. Schindler, 1997; Burling, 1989], kommen Schneider et al. zu dem Ergebnis, dass der Anstieg der Abstinenzzuversicht im stationären Behandlungsverlauf bei den später tatsächlich Abstinenter geringer ausfällt als bei den Rückfälligen [Schneider, 2002]. Trotz vielfacher Rückfallerfahrung wiesen Therapiewiederholer bereits zu Beginn der Behandlung eine hohe Abstinenzzuversicht auf, worin eine für Abhängigkeits-erkrankte charakteristische Selbstüberschätzung zu erkennen sei [ebd.]. Diese These werde durch die Beobachtung gestützt, dass ein Großteil der später

Abstinenten einen nur geringen Zuwachs auf der KAZ-35-Skala „Angenehme Gefühle“ aufweise. Die Untersuchung wirft schließlich die Frage auf, ob der KAZ-35 überhaupt geeignet sei, *„unabhängig von der Stichprobe [...] die Abstinenzzuversicht im Sinne einer Selbstwirksamkeitserwartung zu erfassen“* [ebd.].

Loeber und seine Kollegen stellten in ihrer Vergleichsuntersuchung von Patienten im rein körperlichen (KE) mit jenem im qualifizierten Entzug (QE) mittels der deutschen Version des SCQ fest, dass Letztere zum Ende der Behandlung eine signifikant höhere Abstinenzzuversicht angaben. Patienten, die bereits sehr viele Entgiftungsbehandlungen absolvierten hatten, wiesen allerdings in beiden Gruppen eine verminderte Selbstwirksamkeitserwartung auf [Loeber et al., 2009].

Sowohl im deutschen, als auch im englischen Sprachraum gibt es noch weitere Erhebungsinstrumente zur Bestimmung der Abstinenzzuversicht bei Suchtkranken. Beispielhaft sollen hier die „Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht“ (HEISA-16 und HEISA-38), der „Alkoholabstinenz-Selbstwirksamkeitsfragebogen“ (AASE-G) und der "Drug-taking Confidence Questionnaire" (DTCQ) Erwähnung finden. Bei Ersterem handelt es sich um eine speziell auf Drogenabhängige orientierte Version des KAZ-35, bei der mittels 16 bzw. 38 Fragen in den Kategorien „Unangenehme Gefühle, Versuchungen und Verlangen, Leichtsinnigkeit im Denken und angenehme Gefühle“ [dgps online, o.J.; Körkel et al., 2002] die *„Zuversicht, diese Situation ohne die bisherigen Suchtmittel bewältigen zu können, auf einer sechsstufigen Skala von 0 (überhaupt nicht zuversichtlich) bis 100 (total zuversichtlich)“* [dgps online, o.J.] bestimmt wird. Statt von Alkohol ist in den Fragestellungen allgemeiner von „Problemdroge“ die Rede.

Mit dem AASE-G [Bott et al., 2003] werden 20 Situationen zu den Subskalen Negativer Affekt, Positive bzw. angenehme soziale Situation, Körperliche Beschwerden, Schmerzen oder Sorgen und Craving und Entzugserscheinungen dargestellt, die mittels einer 5-stufigen Skala hinsichtlich Versuchung („Wie sehr sind Sie in der Situation versucht zu trinken?“) und Abstinenzzuversicht („Wie sicher sind Sie, in dieser Situation nicht zu trinken?“) beurteilt werden sollen.

Der von Annis und Martin 1985 entwickelte DTCQ [Annis, Martin, 1985] erfragt anhand von 50 Beispielsituationen die Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich der Abstinenzfähigkeit. Auch diesen Fragen orientieren sich an den von Marlatt und Gordon herausgestellten typische Rückfallszenarien [Marlatt, Gordon, 1980, 1985]

und ordnen sich in die acht Kategorien "unangenehme Gefühle", "körperliches Unwohlsein", "angenehme Gefühle", "Austesten der eigenen Kontrolle", "Suchtdruck / Craving", "zwischenmenschliche Konflikte", "sozialer Druck" und "gute Zeit mit Anderen". Die Bewertung erfolgt mittels einer sechsstufigen Skala von 0 = "überhaupt nicht zuversichtlich" bis 100 = "sehr zuversichtlich" [DTCQ in Allan, Wilson, 2003].

1.2.5 Einflussfaktoren der Abstinenzzuversicht

Als suchtspezifische Form der Selbstwirksamkeitserwartung ist die Abstinenzzuversicht kein stabiles Persönlichkeitsmerkmal. Vielmehr unterliegt sie dem Einfluss zahlreicher individueller und Umgebungsfaktoren und ist damit zeit- und situationsabhängig mitunter starken Schwankungen unterworfen.

Die Mehrheit der Patienten, die zu einem bestimmten Zeitpunkt eine stationäre Entzugsbehandlung in Anspruch nehmen, sind Therapiewiederholer. Richter und seine Kollegen sprechen von „Heavy users“, wenn mindestens drei Entgiftungen pro Jahr durchgeführt wurden. 50 und mehr Vorbehandlungen seien, so stellten sie in ihrer Studie fest, „keine Seltenheit“ [Richter et al., 2002]. Merkmale der sehr häufig wiederkehrenden Patienten sei ihre oft schlechte körperliche Verfassung, verbunden mit einer nur gering ausgeprägten Behandlungsmotivation und fehlendem sozialem Rückhalt. Damit stießen sie in den Klinik zumeist auf ein „pessimistisches bis resigniertes“ Behandlungsteam und hätten es mit Kostenträgern zu tun, deren Bereitschaft, wieder und wieder einen stationären Aufenthalt zu bezahlen, immer weiter abnehme [ebd.]. Richter und seine Kollegen verglichen in ihrer Untersuchung „Heavy user“ mit Patienten, die innerhalb der vorausgegangenen 12 Monate nicht oder nur einmal in stationärer Entzugsbehandlung gewesen waren. Neben einer Reihe von Fragebögen legten sie ihnen auch den KAZ-35 zur Untersuchung der Abstinenzzuversicht vor. Dabei zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Auch die Selbsteinschätzung bzgl. der Lebensqualität und der psychischen Befindlichkeit war in beiden Gruppen gleich. Die Erfahrung zahlreicher Rückfälle und nur jeweils kurzer Abstinenzphasen schien demnach keinen wesentlichen Einfluss auf die Abstinenzzuversicht während des erneuten Entzuges zu haben.

Schindler und ihre Kollegen kommen zu dem Ergebnis, dass jüngere Alkoholabhängige im Vergleich mit älteren eine geringere Abstinenzzuversicht in sozialen Trinksituationen und in unangenehmen Gefühlszuständen aufweisen [Schindler et al., 1997]. Schneider gibt an, dass Therapiewiederholer trotz ihrer Erfahrungen mit dem Rückfall gerade zu Beginn der Entzugsbehandlung eine hohe Abstinenzzuversicht haben [Schneider et al., 2002]. Dem widersprechen Loeber und ihre Kollegen, die feststellen, „*dass Patienten mit einer hohen Anzahl vorausgegangener Entgiftungsbehandlungen generell eine niedrigere Abstinenzzuversicht berichteten*“ [Loeber et al., 2009]. Sie verglichen in ihrer Untersuchung Patienten am Ende einer Qualifizierten Entzugsbehandlung mit jenen, die eine herkömmliche Entgiftung absolviert hatten und wiesen bei Ersteren eine höhere Abstinenzzuversicht nach [ebd.]. Diese konnte durch ein gezieltes Training von Bewältigungsfertigkeiten noch gefördert werden. Lange, Veltrup und Driessen zeigten jedoch, dass sich die Ergebnisse sowohl im Hinblick auf die Abstinenzzuversicht, als auch auf die Rückfallrate innerhalb eines Jahres nach der Entgiftung angleichen, sofern es keine kontinuierliche rückfallprophylaktische Betreuung gibt [Lange et al., 1999].

Zahlreiche Studien widmen sich der Einflussnahme psychosozialer Faktoren auf die tatsächliche Abstinenz. Inwieweit Familie-, Arbeits- und Wohnsituation hingegen die *Abstinenzzuversicht* mitbestimmen, ist bisher kaum untersucht. Haller stellt im Rahmen seiner Dissertation an der Universität Köln [Haller, 2011] die Therapie als wesentlichen Wirkfaktor heraus, wohingegen die Soziale Unterstützung allenfalls indirekt, vermittelt über die allgemeine Lebenszufriedenheit, Einfluss auf die Abstinenzzuversicht nimmt.

Nach dem Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung von Bandura (s. Kap. 1.2.3) sind es persönliche Erfahrungen und innere Einstellungen, aus denen sich Grundannahmen und Vorhersage bzgl. des eigenen Verhaltens speisen. Dabei sind äußere Merkmale des sozialen Status sowohl als Ursache, als auch als Folge von Selbstwirksamkeit zu verstehen.

1.2.6 Zusammenhang zwischen Abstinenten zuversicht und tatsächlicher Abstinenz

Schneider und ihre Kollegen kommen zu dem Ergebnis, dass kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der im Rahmen oder am Ende einer Entzugsbehandlung geäußerten Abstinenten zuversicht und der tatsächlichen Abstinenz besteht [Schneider, 2002]. Ernüchtert stellen sie fest: „Eine prognostische Bedeutung der Abstinenten zuversicht am Therapieende kann durch unsere Befunde nicht unterstützt werden“ [ebd.]. Prognostisch aussagekräftiger als die Maßzahl der Abstinenten zuversicht am Therapieende sei nach ihrer Einschätzung der Zuwachs der Abstinenten zuversicht bzw. Selbstwirksamkeitserwartung im Behandlungsverlauf. Allerdings bemerken sie hierzu – kontraintuitiv und auch abweichend zu anderen Untersuchungen – dass gerade ein geringerer Zuwachs der Abstinenten zuversicht mit einer längeren Dauer der Abstinenz korrelierte. Als möglichen Grund für diese Ergebnisse diskutierten sie das Problem der Selbstüberschätzung insbesondere der langjährig Abhängigkeitserkrankten, verbunden mit „*anderen Aspekten, wie z.B. ‚Hoffnung auf Erfolg‘, ‚soziale Erwünschtheit‘ oder ein gewisser ‚Zwangsoptimismus‘ [der] in die Beantwortung des KAZ-35 mit eingeflossen [sei]“* [ebd.].

Die Untersuchung von Johann und Kollegen aus dem gleichen Zeitraum stellt dagegen durchaus eine positive Korrelation zwischen Abstinenten zuversicht und tatsächlicher Abstinenz fest [Johann et al., 2003]. Als modifizierender Faktor kommt das Suchtverlangen (Craving) hinzu. Die Mehrzahl der Rückfälle ereignete sich innerhalb der ersten sechs Monate nach der Entgiftung. Danach nehme das Craving ab und erstarke die Abstinenten zuversicht, die ja dann ganz offensichtlich auch auf Tatsachen beruhe. Allerdings sei sie nicht – einmalig erhoben – als stabiles Persönlichkeitsmerkmal zu sehen, sondern müsse mittels therapeutischer Interventionen über die Zeit gesichert und gefördert werden. Die Auseinandersetzung mit den theoretischen Modellen der Sucht und der Rückfallphasen führte dabei sogar oft vorübergehend zu einem Rückgang der Abstinenten zuversicht, was als eine Korrektur der vorher unrealistischen Selbsteinschätzung gewertet wurde [ebd.].

Übereinstimmend mit dem Modell der Selbstwirksamkeit, kann Abstinenten zuversicht also nur dann ein einigermaßen verlässlicher Prädiktor für die Abstinenz sein, wenn sie auf tatsächlichen Erfahrungen (und nicht allein auf Vorstellungen) beruht.

Körkel und Schindler [Körkel, Schindler, 1996] verweisen auf zwei Studien [Annis, Davis 1988, Rist, Watzl, 1983], in denen gezeigt wurde, dass Rückfälle tatsächlich in den Situationen geschehen, die von den Betroffenen als die risikoreichsten eingeschätzt wurden bzw. für die die geringste Selbstwirksamkeitserwartung bestand.

Hauler differenziert diese Aussage in ihrer Dissertation mit dem Titel "Abstinenzzuversicht, Selbstwirksamkeitserwartung und Rückfallwahrscheinlichkeit von Alkoholabhängigen" [Hauler, 2014]. In ihrer Untersuchung fand sich ein positiver Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und tatsächlicher Abstinenz 12 Monate nach der Entgiftungsbehandlung. Dabei stellte sie fest: *„Je höher die Zuversicht in Situationen mit „Negativen Gefühlen“ ausgeprägt war, desto niedriger war das Risiko eines Rückfalls. Für das „Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit“ lag ein reziproker Zusammenhang vor: war die Zuversicht, in ebendiesen Situationen abstinent zu bleiben, höher ausgeprägt, so lag auch eine höheres Rückfallrisiko vor“* [ebd.].

In einer neueren Studie von Vollmer und Domma-Reichart wird der Abstinenzzuversicht bzw. der Selbstwirksamkeitserwartung für Abstinenz eine größere Vorhersagegenauigkeit als den üblicherweise verwendeten Prognosefaktoren Alter, familiäre und berufliche Situation zugeschrieben. Einschränkend stellen die Untersucher fest: *"Die Selbstwirksamkeitserwartung, dem Verlangen nach Alkohol in kritischen Situationen zu widerstehen, ist zwar das valideste Prognose-Merkmal für langfristige Abstinenz, gestattet aber keine eindeutige Vorhersage zur Ein-Jahres-Katamnese"* [Vollmer, Domma-Reichart., 2015].

2. Fragestellung und Hypothesen

Ende 2010 entstand das Konzept einer nicht-interventionellen naturalistischen Beobachtungsstudie zur Evaluation der qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung in der Fachabteilung für Abhängigkeitserkrankungen der Asklepios Klinik Nord, Ochsenzoll, in Hamburg. Die übergeordnete Fragestellung der Untersuchung war die nach den Wirkungen, welche im Rahmen der qualifizierten Entzugsbehandlung in der genannten Klinik erzielt würden und darin eingebettet der Vergleich der beiden Entzugsmedikamente Clomethiazol und Oxazepam im Sinne eine Nicht-Unterlegenheitsstudie für Oxazepam. Hierfür wurden im Zeitraum Februar 2011 bis Januar 2014 453 Patienten mit Hilfe eines mehrteiligen Fragebogens untersucht.

In Ergänzung zu in Abschnitt 1 erwähnten älteren Untersuchungen von (statischen) Einflussfaktoren auf die Abstinenzzuversicht alkoholabhängiger Menschen, geht es in dieser Arbeit insbesondere um eine dynamische Komponente:

1. Verändert sich die Abstinenzzuversicht alkoholabhängiger Menschen im Verlauf einer stationären qualifizierten Entzugsbehandlung?

1a: Falls sie sich verändert – in welcher Weise? Nimmt die Abstinenzzuversicht im Verlauf der Behandlung zu oder ab?

1b: Falls sie sich verändert – in welchen Aspekten? In welchen der 4 Skalen des Fragebogens zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35) treten besonders deutliche Veränderungen auf?

Als suchtbezogene Form der Selbstwirksamkeitserwartung wird die Abstinenzzuversicht immer auch von aktuellen bio-psycho-sozialen Faktoren beeinflusst. In der Untersuchung wurden die Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten zu ihrem Alkoholverlangen befragt:

2. Lässt sich ein Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und Alkoholverlangen (Craving) ermitteln?

Darüber hinaus sollen wesentliche bio-psycho-soziale Faktoren hinsichtlich ihrer Einflussnahme auf die Abstinenzzuversicht geprüft und mit den Ergebnissen früherer Studien verglichen werden:

3. Welchen Einfluss haben Alter, Geschlecht, Krankheitsdauer, durchschnittliche Konsummenge im Vorfeld der Entzugsbehandlung, Anzahl vorangegangener Entgiftungen, Depressivität sowie Familienstand, Wohn- und Arbeitssituation alkoholabhängiger Menschen auf die Abstinenzzuversicht zu Beginn einer stationären qualifizierten Entzugsbehandlung und auf ihre Veränderung im Behandlungsverlauf?

Basierend auf den genannten Fragestellungen sollen folgende gerichtete Hypothesen durch die vorliegende Arbeit überprüft werden:

1. Die Abstinenzzuversicht alkoholabhängiger Menschen verändert sich im Verlauf einer stationären qualifizierten Entzugsbehandlung.

1a: Die Abstinenzzuversicht nimmt im Verlauf der Behandlung zu.

1b: Die Abstinenzzuversicht nimmt insbesondere in den Bereichen „angenehme Gefühle“ und „sozialer Druck“ zu, da diese den therapeutischen Interventionen innerhalb des Behandlungssettings am einfachsten zugänglich sind.

2. Mit der Abnahme des Alkoholverlangens nimmt die Abstinenzzuversicht zu.

3. Jüngerer Alter, männliches Geschlecht, kürzere Krankheitsdauer, geringere Konsummenge im Vorfeld der Entzugsbehandlung, geringe Anzahl vorangegangener Entzugsbehandlungen, fehlende Depressivität, Ehe bzw. feste Partnerschaft, eine stabile Wohnsituation und Berufstätigkeit wirken sich unabhängig vom Zeitpunkt positiv auf die Abstinenzzuversicht aus.

3. Material und Methoden

3.1 Studiendesign

Die Untersuchung folgte der 2010 im Studienkonzept festgelegten Methodik [Verthein et al., 2010]. Kleinere Abweichungen ergaben sich in der praktischen Umsetzung und wurden bei regelmäßigen Treffen der Studienleiter mit den an der Untersuchung beteiligten Ärzten diskutiert.

Im Studiendesign wurde eine Gesamtstudiedauer von 20 Monaten avisiert. Ziel war es, 500 Patienten zu befragen (ca. 125 Patienten pro Gruppe (Oxazepam 5 Tage, Oxazepam 10 Tage, Clomethiazol 5 Tage, Clomethiazol 10 Tage)). Pro Patient betrug die Studiedauer 18 Tage. Nach erfolgter Aufklärung und Einwilligung des Patienten begann die Untersuchung am Aufnahmetag mit der ärztlichen Verordnung des Abdosierungsschemas und endete 17 Tage später bzw. bei vorzeitigem Behandlungsende am Tag der Entlassung.

Der Untersuchungsbeginn war für Dezember 2010 vorgesehen. Es wurde erwartet, dass sich die Rekrutierung der notwendigen Patientenzahl über einen Zeitraum von 12 Monaten erstrecken würde. Für die Dateneingabe und -bearbeitung, die wissenschaftlichen Auswertungen sowie die Erstellung des Ergebnisberichts wurden weitere 6 Monate veranschlagt, so dass die Studie (und damit das Gesamtprojekt) im Mai 2012 abgeschlossen sein sollte [Verthein et al. 2010].

Auf Grund mehrfachen Personalwechsels, urlaubs- und krankheitsbedingter Einschränkungen und unerwartet häufigen Auftretens der Ausschlusskriterien (insbesondere Beikonsum illegaler Drogen und Benzodiazepine und häufige Wiederaufnahme von Patienten, welche bereits an der Studie teilgenommen hatten und also kein zweites Mal befragt werden konnten), dehnte sich der Rekrutierungszeitraum auf drei Jahre aus.

Patienten, welche sich innerhalb des Erhebungszeitraumes erstmalig zur Alkoholentzugsbehandlung in der Klinik vorstellten und denen entsprechend der Schwere ihrer Entzugssymptomatik vom aufnehmenden Arzt eines der im AKO seit vielen Jahren etablierten Entzugsschemata (Clomethiazol oder Oxazepam, 5-Tage- oder 10-Tage-Schema) zugeordnet worden war, wurden am ersten oder zweiten Tag

ihres stationären Aufenthaltes mündlich und schriftlich über Ablauf und Ziel der Studie informiert und um ihre Teilnahme gebeten. Hierfür unterschrieben Sie eine entsprechende Einverständniserklärung.

Es handelt sich um eine nicht-interventionelle Studie. Insofern sah das Studienkonzept vor, dass in die Untersuchung nur Patienten aufgenommen wurden, die im Rahmen der medizinischen Versorgung in die Klinik für Abhängigkeits-erkrankungen eingewiesen wurden oder aus eigener Initiative eine Entzugsbehandlung nachfragten. In das Behandlungssetting der regelhaften stationären Versorgung wurde nicht eingegriffen. Es wurden nur die im Rahmen der Entzugsbehandlung erhobenen Parameter sowie die Ergebnisse zusätzlich an die Patienten ausgegebener Fragebögen ausgewertet. Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig – eine Nicht-Teilnahme führte zu keinerlei Nachteilen für den Patienten. Somit bestanden bei Studienteilnahme bezogen auf den Verlauf oder die Wirkungen der Entzugsbehandlung keine erhöhten Risiken [Verthein et al., 2010].

Anschließend wurde durch einen der an der Studie beteiligten Ärzte die Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung der durch das Studiendesign festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien der Untersuchung geprüft. Diese lauteten wie folgt:

Einschlusskriterien:

- Es liegt eine Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 vor.
- Der Patient ist mindestens 18 Jahre alt.
- Es liegt eine schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Studie vor.

Ausschlusskriterien:

- Bei dem Patienten liegt eine zusätzliche andere Substanzabhängigkeit nach ICD-10 außer von Nikotin vor.
- Der Patient kann auf Grund von psychischen oder somatischen Begleiterkrankungen nicht nach einem der vorgesehenen Abdosierungsschemata entgiftet werden.
- Der Patient ist aus anderen Gründen (z.B. auf Grund starker psychischer Beeinträchtigungen) nicht in der Lage, an der Studie teilzunehmen.

(Aus Gründen der Praktikierbarkeit stellte auch eine erhebliche Sprachbarriere bei Patienten mit Migrationshintergrund ein Ausschlusskriterium dar. Ebenso war eine doppelte Teilnahme an der Untersuchung nicht möglich).

Derselbe Arzt erhob daraufhin die demographischen Daten, gesundheitliche Anamnese, den aktuellen körperlichen Befund, die Konsumanamnese und die Anamnese hinsichtlich der Vorbehandlungen und händigte dem Patienten den mit "Visit Tag 2" markierten Fragebogen zur selbständigen Bearbeitung aus. Der Fragebogen enthielt neben der in der vorliegenden Studie im Mittelpunkt stehenden Untersuchung zur Abstinenzsicherheit (KAZ-35 nach Körkel und Schindler, 1996) auch jene, mit denen die subjektive Befindlichkeit (Befindlichkeitsskala von von Zerssen, 1976), die Depressivität (Becks Depressionsinventar (BDI) nach Hautzinger et al., 1994), das Ausmaß der Ängstlichkeit (State-Trait-Angstinventar nach Spielberger), das Craving (Visuell-Analog-Skala) und die Behandlungszufriedenheit (Treatment Perception Questionnaire (TPQ) nach Marsden et al., 2000) erfasst wurden.

Die Entzugssymptome wurden regelmäßig anhand der in der Routinebehandlung verwendeten modifizierten AWS-Skala nach Wetterling et al. (1995) dokumentiert. Diese besteht aus einem V- und einen P-Wert. Ersterer bildet mit den Faktoren Herzfrequenz, diastolischer Blutdruck, Temperatur, Schwitzen und Tremor die vegetative Symptomatik ab und kann einen Punktwert zwischen 0 und 15 annehmen. Der P-Wert misst die psychische Symptomatik anhand der Faktoren Psychomotorische Unruhe, Kontaktverhalten, Orientierung, Halluzinationen und Angst und kann maximal 12 Punkte umfassen. Der Summenwert V + P nimmt entsprechend einen Wert zwischen 0 und 27 Punkten an. In den ersten fünf Behandlungstagen wurden die Symptome vom Pflegepersonal zu vier festgelegten Zeitpunkten pro Tag erhoben. [Vertheim, 2010].

Alle Studienteilnehmer wurden durch einen roten Punkt auf der Patientenkurve kenntlich gemacht, was der Anordnung der Erhebung der AWS-Skala entsprach.

Der Patient überreichte den ersten ausgefüllten Fragebogen dem Stationspersonal, welches ihn an den die Untersuchung durchführenden Arzt weiterleitete. Im weiteren

Verlauf erhielt der Patient am 6., 11. und 18. bzw. letzten Tag seiner Behandlung einen Fragebogen, mit dem in gleicher Weise verfahren wurde.

Um aussagekräftige Verlaufsdaten erheben zu können, wurde ursprünglich festgelegt, dass nur jene Patienten in die Studie aufgenommen werden sollten, welche prinzipiell eine 21-tägige Qualifizierte Entzugsbehandlung durchführen konnten und wollten. Von Seiten der Klinik wurde ein 18- bzw. 21-tägiger Aufenthalt in aller Regel angeboten. Ausnahmen stellen Patienten dar, denen auf Grund einer erst kürzlich zurückliegenden Entzugsbehandlung nur ein 10-tägiger Aufenthalt ermöglicht werden konnte. Sie sollten zunächst nicht in die Studie aufgenommen werden. Im Verlauf der Rekrutierungsphase wurde diese Vereinbarung jedoch gelockert, so dass dann auch so genannte "Kurzlieger" Eingang in die Studie fanden. Darüber hinaus waren vorzeitige Behandlungsabbrüche seitens des Patienten bzw. das vorzeitige Erreichen des Behandlungsziels, disziplinarische Entlassungen auf Grund von Verstößen gegen die Stationsregeln, Verlegungen in andere Krankenhäuser oder die Entscheidung, nicht mehr weiter an der Studie teilzunehmen, Gründe, weshalb der Untersuchungszeitraum verkürzt und die Datenmenge vermindert waren.

Patienten, die vor Ablauf der 21 Behandlungstage die Therapie planmäßig beendeten, sollten gemäß dem Studienkonzept zum Abschluss den Fragebogen "Visit Tag 18" erhalten, was die Auswertung hinsichtlich der Kategorien "Status bei Aufnahme" und "Status bei Entlassung", unabhängig davon, wie viele Tage der Patient in Behandlung war, erleichtert hätte. In der Praxis unterschied sich jedoch das Vorgehen der einzelnen Untersucher und blieb zuweilen unklar, ob der Aufenthalt als "planmäßig kurz" oder "außerplanmäßig früh beendet" gelten sollte, so dass manche Patienten zum Abschluss den Fragebogen von Tag 18 ausfüllten (selbst wenn sie nicht 18 Tagen in Behandlung waren), während andere die Studie mit jenem Bogen abschlossen, der zu ihrer tatsächlichen Aufenthaltsdauer gehörte. Für die vorliegende Untersuchung wurden in der Regel zwei Stichproben herangezogen: zum Einen die Gesamtanzahl derer, welche am Tag 2 einen Fragebogen ausgefüllt hatten (N = 453), zum Anderen jene Teilmenge, von der ein ausgefüllter KAZ-35-Fragebogen am Tag 18 vorlag (N = 208). Gemeinsames Merkmal dieser Gruppe ist also *nicht* die vollständige (3-wöchige)

Behandlungsdauer, sondern die bewusste Vereinbarung eines Behandlungsendes. Für einen Teil der Untersuchung gingen somit jene Patienten verloren, die die Fragebögen von Tag 6 oder 11 als letzte ausfüllten. Diese wurden lediglich zur Beantwortung der Hauptfragestellung (Veränderung der Abstinenzzuversicht im Behandlungsverlauf) herangezogen (s. Tab. 4.2.2). Die Teilstichprobe mit gültigen Daten zu Tag 18 wurde in allen für die Untersuchung relevanten Faktoren hinsichtlich ihrer Repräsentativität für die Gesamtgruppe geprüft (siehe Abschnitt 4.1). Es sei vorweggenommen, dass sich hierbei keine signifikanten Unterschiede feststellen ließen, so dass es legitim erscheint, die Untersuchungsergebnisse dieser Teilstichprobe auf die Gesamtgruppe aller teilnehmenden Studienpatienten zu beziehen.

Am Ende des stationären Aufenthaltes wurden die täglichen Gesamtmengen der verabreichten Entzugsmedikation notiert und abschließende Daten (u.a. Behandlungsdauer, Entlassungsart, Gründe einer vorzeitigen Entlassung, Weitervermittlung des Patienten, Teilnahme an therapeutischen Angeboten) erhoben. Nach Prüfung der Vollständigkeit der Studiendaten wurden die Dokumentationsbögen zur Auswertung an die Mitarbeiter des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) übergeben. Auf diese Weise konnten frühzeitig Zwischenergebnisse präsentiert und Angaben zu den aktuell erreichten Fallzahlen gemacht werden. In Abbildung 3.1.1 ist der Studienablauf dargestellt.

Abb. 3.1.1: Studienablauf und Erhebungszeitpunkte, modifiziert nach Verthein et al. (2010)

Tag	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Ärztliche Untersuchung	X	X	nach klinischem Bedarf																		
Aufklärung/Einwilligung		X	X																		
AWS-Skala		X	X	X	X	X															
BDI			X									X							X		
Craving VAS			X				X				X								X		
KAZ-35			X				X				X								X		
Behandlungsabschluss																					X

3.2 Erhebungsinstrumente

Der Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35) von Körkel und Schindler [Körkel, Schindler 1996] umfasst 35 kurze Situationsschilderungen, die jeweils ein mögliches Rückfallszenario beschreiben. Mit dem Vorsatz "Ich bin zuversichtlich, dem Trinken widerstehen zu können, wenn ..." wird in sechs Stufen im 20-Punkte-

Abstand ("überhaupt nicht" = 0 Punkte; "total" = 100 Punkte) die Abstinenzzuversicht gemessen. Dabei lassen sich die einzelnen Situationen in vier Gruppen einteilen, die den vier typischen Rückfallgründen entsprechen: 1.) das Erleben unangenehmer Gefühle, 2.) das Austesten der eigenen Kontrolle, 3.) Sozialer Druck und 4.) angenehme Gefühle. Der KAZ-35 wurde den Patienten am 2., 6., 11. und 18. Tag vorgelegt. Aus den Ergebnissen wurden neben dem KAZ-Gesamtwert, also der durchschnittlichen Punktzahl aller 35 Fragen, die Einzelwerte der vier Subskalen berechnet.

Becks Depressionsinventar (BDI) ist ein in der Praxis häufig verwendetes Instrument zur Einschätzung der Depressivität [Beck et al. 1961; Hautzinger et al., 1994]. 21 typische Symptome und Selbstbeschreibungen depressiver Menschen können hinsichtlich ihres Vorliegens und Schweregrads in der zurückliegenden Woche vierstufig mit 0 bis 3 Punkten eingeschätzt werden. Von einer leichten depressiven Störung spricht man ab einem Summenwert von 14 Punkten. 20 bis 28 Punkte kennzeichnen eine mittelschwere Depression. Ab 29 Punkten muss von einer schweren depressiven Symptomatik ausgegangen werden. Der BDI wurde den Studienteilnehmern am 2., 11. und 18. Tag vorgelegt. Die Auswertung erfolgte zum Einen als Summenwert, zum Anderen als dreistufige Einteilung des Ausmaßes der Depressivität.

Das Verlangen nach Alkohol ("Suchtdruck", Craving) wurde zu allen vier Erhebungszeitpunkten mittels dreier visueller Analogskalen (VAS) bestimmt. Zwischen den Polen "nicht vorhanden" (0 Punkte) und "sehr stark" (100 Punkte) sollten die Studienteilnehmer einschätzen, wie hoch ihr durchschnittliches und ihr maximales Alkoholverlangen in der zurückliegenden Woche gewesen sei. Auf der dritten VAS konnte die Häufigkeit des Cravings in den zurückliegenden sieben Tagen zwischen "nie" (0 Punkte) und "immer" (100 Punkte) eingestuft werden. Die Auswertung erfolgte durch unmittelbares Ablesen des in Zehnerstufen ganzzahligen Skalenwertes.

3.3 Statistische Methoden

Die Datenauswertung erfolgte mittels des Statistikprogramms SPSS, Version 21.

Für die Stichprobenbeschreibung und die Untersuchung hinsichtlich der Repräsentativität der Teilstichprobe Tag 18 für die Gesamtstichprobe wurden Mittelwertsvergleiche anhand T-Tests durchgeführt. Der Vergleich von Häufigkeitsverteilungen erfolgte durch χ^2 -Tests.

Um die Veränderung der Abstinenzzuversicht im Behandlungsverlauf zu beschreiben, wurden Mittel-, Minimal- und Maximalwerte bestimmt und per T-Test für abhängige Stichproben geprüft.

Der Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und Craving wurde als Korrelation nach Spearman ermittelt.

Die Frage nach der Beeinflussung der Abstinenzzuversicht durch Alter und Geschlecht, soziale und psychische Faktoren sowie Merkmale der Abhängigkeitserkrankung wurde durch Varianzanalysen (ANOVA) von Mittelwertsvergleichen und Korrelationsanalysen nach Spearman bearbeitet.

4. Ergebnisse

4.1 Stichprobenbeschreibung

Innerhalb des 35-monatigen Rekrutierungszeitraums konnten 453 Patienten eingeschlossen werden. Von allen lagen verwertbare Untersuchungsakten vor. 26 Prozent der Befragten waren Frauen (n=117), 74 Prozent Männer (n=336). Das Durchschnittsalter lag bei 47,1 ($\pm 9,2$) Jahren (Minimum 25, Maximum 74 Jahre).

Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich 14,0 ($\pm 6,3$) Tage. Dies übertrifft etwas die Ergebnisse einer klinikinternen Aufzeichnung der Behandlungszahlen aus den Jahren 2011 bis 2013 (s. Tab. 1.1).

Nur etwa 5 Prozent der Teilnehmer gaben eine andere als die deutsche Staatsbürgerschaft an, ca. 9 Prozent bejahten einen Migrationshintergrund.

Im Folgenden werden die zwei Stichproben (Gesamtstichprobe, N = 453, und Stichprobe Tag 18, N = 208) einander gegenübergestellt, hinsichtlich ihrer Homogenität bezogen auf die für die Untersuchung relevanten Faktoren untersucht und bzgl. der Signifikanz eventueller Unterschiede geprüft. Zur Vereinfachung wird die Bezeichnung "Stichprobe Tag 18" gewählt – genau genommen handelt es sich hier um die Personen, von denen ein ausgefüllter KAZ-35 vom Tag 18 vorliegt.

Die Geschlechtsverteilung ist in beiden Gruppen mit 26 Prozent Frauen und 74 Prozent Männern exakt gleich ($X^2 = 0,00$, $df = 1$, $p = 1,0$). Hinsichtlich des Altersdurchschnitts gibt es ebenfalls keinen signifikanten Unterschied ($T = 0,90$, $df = 207$, $p = 0,37$).

Der (erwartungsgemäße) Unterschied der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in den beiden Gruppen ist signifikant: mit 17 Tagen liegt sie in der Teilstichprobe Tag 18 drei Tage über der mittleren Behandlungszeit der Gesamtstichprobe ($T = 7,09$, $df = 207$, $p = 0,00$). (s. Tab. 4.1.1).

Tab. 4.1.1: Geschlechtsverteilung, Durchschnittsalter und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Gesamtstichprobe und in der Stichprobe am 18. Behandlungstag.

	Gesamtstichprobe, N = 453	Stichprobe Tag 18, N = 208
Geschlecht	336 (74 %) männlich	154 (74 %) männlich
Durchschnittsalter	47,1 Jahre	47,6 Jahre
durchschnittliche Aufenthaltsdauer	14,0 Tage	17,0 Tage

4.1.1 Behandlungsdauer und Weitervermittlung

67 Prozent der Behandlungen (N = 304) wurden nach 10 bzw. 21 Tagen regulär beendet. 149 Patienten beendeten den stationären Aufenthalt vorzeitig, die überwiegende Mehrzahl von ihnen auf eigenen Wunsch (N = 118) bzw. weil das Behandlungsziel vorzeitig erreicht war (N = 98). Von disziplinarischer Entlassung, Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder Wechsel der Behandlungsart waren jeweils 4 Personen betroffen. Todesfälle oder schwerwiegende Komplikationen, wie z.B. Krampfanfälle, traten während des Untersuchungszeitraums nicht auf.

Tabelle 4.1.2 stellt die Weitervermittlung der Patienten in medizinische oder suchtspezifische Institutionen dar. Daraus lässt sich entnehmen, dass etwa 10 Prozent in eine ambulante oder stationäre Langzeittherapie vermittelt wurden und je etwa ein Drittel zumindest einen Hausarzt und/oder eine Beratungsstelle hatten. Etwas mehr als ein Viertel der Patienten gab an, nach Abschluss der Behandlung eine Selbsthilfegruppe aufsuchen zu wollen. (Zu Beginn hatten 55 Personen (ca. 12 Prozent) über regelmäßige Kontakte zu einer Selbsthilfegruppe berichtet).

Tab. 4.1.2: Weitervermittlung in medizinische oder suchtttherapeutische Institutionen nach Abschluss der Entgiftungsbehandlung. (N = 445)

	Häufigkeit	Prozent
Hausarzt	161	35,5
Ambulante Entwöhnung	23	5,1
Stationäre Entwöhnung	24	5,3
Beratungsstelle	144	31,8
Psychotherapeut	10	2,2
Selbsthilfegruppe	128	28,3
Spezialklinik	28	6,2
Anderes	39	8,6

4.1.2 Soziale Situation

Tabelle 4.1.3 stellt Merkmale der sozialen Situation (Familienstand, Partnerschaft, Kinderzahl, Wohn- und Arbeitssituation) dar.

Mehr als die Hälfte der Patienten war alleinstehend, ein Viertel geschieden. Weniger als ein Drittel gab an, mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen zu leben. Diesbezüglich unterschied sich die Stichprobe Tag 18 nicht signifikant von der Gesamtstichprobe.

Knapp die Hälfte der Befragten war kinderlos. Ebenso viele hatten ein bis zwei Kinder. Hinsichtlich der Kinderzahl waren die beiden untersuchten Stichproben ebenfalls homogen.

Gut die Hälfte der Patienten lebte allein in einer Privatwohnung, ein Drittel mit Partner(in) und/oder Kind(ern), etwa 3 Prozent waren obdachlos.

Etwa zwei Drittel der Befragten gingen keiner beruflichen Tätigkeit nach, unter ihnen waren 13,5 Prozent in Rente bzw. Frührente. Gut ein Viertel arbeitete in einer Vollzeitstelle.

Auch hinsichtlich der Wohn- und Arbeitssituation erweist sich die Stichprobe Tag 18 als repräsentativ für die Gesamtstichprobe.

Tab.4.1.3: Angaben zur sozialen Situation in der Gesamtstichprobe und der Stichprobe Tag 18.

	Gesamtstichprobe		Stichprobe Tag 18		Statistik
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Familienstand					
ledig	207	45,7	101	48,6	X ² =3,690 df=4 p=0,450
verheiratet	85	18,8	44	21,2	
geschieden	112	24,7	48	23,1	
verwitwet	16	3,5	5	2,4	
eheähnliche Gemeinschaft	33	7,3	10	4,8	
gesamt	453	100,0	208	100,0	
Partnerschaft					
alleinstehend	247	54,5	116	55,8	X ² =1,613 df=2 p=0,446
Beziehung, getrennt lebend	66	14,6	24	11,5	
Beziehung, zusammen lebend	140	30,9	68	32,7	
gesamt	453	100,0	208	100,0	
Kinderzahl					
0	204	45,0	90	43,3	X ² =3,757 df=6 p=0,710
1	126	27,8	59	28,4	
2	70	15,5	29	13,9	
3 oder mehr	51	11,1	29	13,9	
gesamt	451	99,6	207	99,5	
Wohnsituation					
allein, eigene Wohnung	230	50,8	106	51,0	X ² =1,548 df=8 p=0,992
mit Kindern, eigene Wohnung	16	3,5	8	3,8	
mit Partner	99	21,9	43	20,7	
mit Partner und Kindern	39	8,6	20	9,6	

bei Freunden / Bekannten	15	3,3	7	3,4	
bei Angehörigen	17	3,8	6	2,9	
Betreutes Wohnen	13	2,9	6	2,9	
Hotel / Pension / Unterkunft	6	1,3	4	1,9	
obdachlos	15	3,3	7	3,4	
gesamt	450	99,3	207	99,5	
Arbeitssituation					X ² =0,968 df=6 p=0,987
Vollzeit	118	26,0	60	28,5	
Teilzeit, regelmäßig	27	6,0	12	5,8	
Gelegenheitsarbeit / Jobs	8	1,8	0	0	
Schule / Studium / Ausbildung	3	0,7	2	1,0	
Bundeswehr / Zivildienst	0	0	0	0	
Rente / Frührente	61	13,5	28	13,5	
arbeitslos	208	45,9	94	45,2	
Hausfrau / -mann	15	3,3	6	2,9	
Anderes	12	2,6	5	2,4	
Gesamt	452	99,8	207	99,5	

4.1.3 Gesundheitliche Situation und Verlauf der Abhängigkeitserkrankung

Zur gesundheitlichen Situation der in die Untersuchung einbezogenen Patienten lässt sich feststellen, dass etwa drei Viertel mindestens eine somatische Erkrankung bzw. körperliche Beschwerden angaben. Am häufigsten wurden Störungen im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems, des Gastrointestinaltrakts einschließlich der Leber, des Bewegungsapparates, der Lungen und des Nervensystems genannt (s. Tab. 4.1.4).

Tab. 4.1.4: Häufigkeiten körperlicher Begleiterkrankungen in der Gesamtstichprobe.

Begleiterkrankung / Infektionen	Häufigkeit	Prozent	N
Tuberkulose	6	1,3	448
Hepatitis A Infektion	2	0,4	450
Hepatitis B Infektion	4	0,9	450
Hepatitis C Infektion	27	6,0	453
HIV Infektion	4	0,9	450
Hepatisch	66	15,1	437
Herz-Kreislauf	121	27,2	445
Thorax, Lungen	65	14,9	436
Endokrine Organe	35	8,0	436
Nervensystem	64	14,7	435
Urogenitaltrakt	16	3,7	435
Magen, Darm	84	19,2	438
Lymphsystem	2	0,5	434
hämatologisch	13	3,0	435
Muskel, Skelett	68	15,6	437
Haut	36	8,2	437
Allergie	57	13,1	435
Ohren, Nase, Hals	19	4,4	432
Augen	44	10,2	433
Anderere Infektionskrankheiten	5	1,2	433
Anderere	26	6,0	432

Bei 273 Patienten (ca. 60 Prozent) wurde zu Behandlungsbeginn mindestens eine die Sucht begleitende psychiatrische Diagnose gestellt. In der Mehrheit handelte es sich dabei um depressive Störungen (ICD-10 F32.1 und F33.1 (mittelgradige depressive Episode) 28 Prozent; ICD-10 F32.2 und F33.2 (schwere depressive Episode) 11 Prozent). Auch hierin ist die Stichprobe Tag 18 ein repräsentativer Auszug aus der Gesamtstichprobe.

Tabelle 4.1.5 fasst die Angaben zur Dauer der Abhängigkeitserkrankung und zur Art und Menge des im Vorfeld der stationären Behandlung konsumierten Alkohols zusammen.

Tab. 4.1.5: Angaben zu Beginn, Dauer und Menge des Alkoholkonsums. Die Werte beziehen sich jeweils auf die Gesamtstichprobe und die Stichprobe vom 18. Behandlungstag. (N = Anzahl, Min = Minimum, Max = Maximum, Mittel = Mittelwert, SD = Standardabweichung).

	Gesamtstichprobe					Stichprobe Tag 18				
	N	Min	Max	Mittel	SD	N	Min	Max	Mittel	SD
Alter zu Beginn des regelmäßigen Alkoholkonsums	453	5	62	21,6	9,3	208	9	48	21,5	8,4
Ein-Stichproben-t-Test des Mittelwertes: T = -0,071, df = 207, p = 0,944										
Alter zu Beginn des problematischen Alkoholkonsum bzw. Abhängigkeit	453	13	67	33,05	11,8	208	14	67	34,4	11,2
Ein-Stichproben-t-Test des Mittelwertes: T = 1,738, df = 207, p = 0,084										
Tage mit Alkoholkonsum, in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme	453	1	30	25,65	8,3	208	1	30	26,9	7,2
Ein-Stichproben-t-Test des Mittelwertes: T = 2,564, df = 207, p = 0,011										
Konsumeinheiten (KE) Bier pro Tag	391	0	78	14,6	14,9	185	0	78	15,1	15,2
Ein-Stichproben-t-Test des Mittelwertes: T = 0,455, df = 184, p = 0,649										
Konsumeinheiten (KE) Wein/Portwein pro Tag	370	0	80	7,4	12,3	183	0	80	7,2	12,4
Ein-Stichproben-t-Test des Mittelwertes: T = -0,265, df = 182, p = 0,791										
Konsumeinheiten (KE) Spirituosen pro Tag	419	0	130	24,3	23,8	195	0	130	22,3	23,9
Ein-Stichproben-t-Test des Mittelwertes: T = -1,177, df = 194, p = 0,241										

Hinsichtlich des Konsumverhaltens zeigte es sich, dass das mittlere Einstiegsalter in den regelmäßigen Alkoholkonsum bei 22 Jahren lag, wobei die Hälfte der Befragten bereits vor dem 18. Lebensjahr begonnen hatte, regelmäßig Alkohol zu trinken. Die Feststellung einer Alkoholabhängigkeit erfolgte zumeist erst jenseits des 30. Lebensjahres.

Im unmittelbaren Vorfeld der Entzugsbehandlung hatte die überwiegende Mehrheit der Patienten (74 bzw. 79 Prozent) täglich Alkohol getrunken und zwar vorrangig hochprozentigen und/oder Bier, seltener Wein oder Sekt. Sowohl hinsichtlich des Alters zu Beginn des regelmäßigen Alkoholkonsums und bei Feststellung der Abhängigkeitserkrankung, als auch was Art und Menge des konsumierten Alkohols betrifft, unterscheidet sich die Stichprobe des 18. Tages nicht signifikant von der Gesamtstichprobe. Einzig bei der Konsumhäufigkeit im Vorfeld der stationären Aufnahme gibt es einen statistisch signifikanten Unterschied: mit durchschnittlich 27 statt knapp 26 von 30 Tagen lag sie in der Stichprobe Tag 18 geringfügig höher ($p = 0,011$).

Den ersten Kontakt zum Suchthilfesystem – sei es über eine Beratungsstelle, einen psychiatrischen Facharzt oder unmittelbar in einer Klinik – hatten die Befragten im Alter von 38 Jahren ($SD = 10,7$). Die Therapieerfahrung belief sich im Durchschnitt auf 6 stationäre Entgiftungen und eine stationäre Langzeittherapie – Erfahrungen mit ambulanten Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlungen hatten lediglich 0,5 Prozent der Patienten gemacht. Für jeden Fünften stellte die aktuelle Behandlung die erste stationäre Entgiftung dar, etwa jeder zweite war noch nie in einer Langzeittherapie gewesen (s. Tab. 4.1.6). Wesentliche Unterschiede zwischen der Gesamtstichprobe und der Untersuchungsgruppe des 18. Behandlungstages ließen sich nicht ausmachen

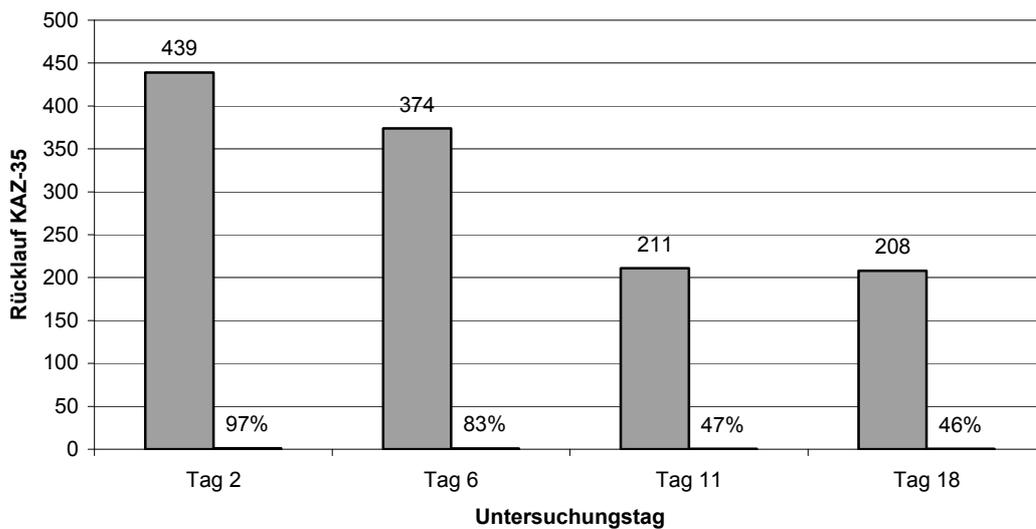
Tab. 4.1.6: Anzahl vorangegangener ambulanter und stationärer Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen in der Gesamtstichprobe und der Stichprobe vom 18. Behandlungstag.

	Anzahl	Gesamtstichprobe		Stichprobe Tag 18		Statistik
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
ambulante Alkoholentgiftungen	0	384	84,8	184	88,9	$X^2=3,015$; $df=2$; $p=0,221$ N gesamt: 451 N Tag 18: 207
	1 bis 3	56	12,4	21	10,1	
	> 3	11	2,4	2	1,0	
stationäre Alkoholentgiftungen	0	95	21,0	54	26,0	$X^2=3,410$; $df=2$; $p=0,182$ N gesamt: 450 N Tag 18: 205
	1 bis 3	159	35,1	66	31,7	
	> 3	196	43,3	85	40,9	
ambulante Alkoholentwöhnungen	0	384	84,8	172	82,7	$X^2=1,844$; $df=1$; $p=0,174$ N gesamt: 444 N Tag 18: 206
	1 bis 3	59	13,0	34	16,3	
	> 3	1	0,2	0	0,0	
stationäre Alkoholentwöhnungen	0	235	51,9	109	52,4	$X^2=0,037$; $df=2$; $p=0,982$ N gesamt: 452 N Tag 18: 207
	1 bis 3	206	45,5	93	44,7	
	> 3	11	2,4	5	2,4	

4.2 Abstinenzzuversicht und ihre Veränderung im Behandlungsverlauf

Der Fragebogen zur Abstinenzzuversicht KAZ-35 wurde den Studienteilnehmern mit jeder Erhebung, also am 2., 6., 11. und 18. bzw. am letzten Behandlungstag vorgelegt. Die Anzahl ausgefüllter Fragebögen nimmt vom ersten bis zum letzten Erhebungszeitpunkt auf weniger als die Hälfte ab (s. Abb. 4.2.1).

Abb. 4.2.1: Rücklauf des KAZ-35 an den vier Erhebungszeitpunkten.



Für die Beurteilung der Veränderung der Abstinenzzuversicht im Behandlungsverlauf wurden deshalb zum Einen die Werte an den einzelnen Erhebungszeitpunkten verglichen (s. Tab. 4.2.1), zum Anderen aber auch jeweils der erste und der letzte ausgefüllte KAZ-35-Fragebogen, unabhängig vom Zeitpunkt seiner Beantwortung, herangezogen (s. Tab 4.2.2).

Tab.4.2.1: Gesamtwert KAZ-35 an den vier Erhebungszeitpunkten.

	Tag 2	Tag 6	Tag 11	Tag 18
N	439	374	211	208
Mittelwert	51,4	59,0	60,6	61,8
Median	47,4	60,0	61,8	63,5
Standardabweichung	26,8	27,1	28,3	28,2

Tab.4.2.2: Gesamtwert KAZ-35 und Unterskalen am ersten und letzten Erhebungstag.

	N	Mittelwert	SD	T-Test des Mittelwerts bei gepaarten Stichproben
KAZ-Gesamtwert Tag 2	385	51,8	26,8	T = -6,688, df = 384 p = 0,000
KAZ-Gesamtwert letzter Tag	385	61,2	28,1	
Skala Unangenehme Gefühle Tag 2	384	50,0	26,9	T = -6,848, df = 383 p = 0,000
Skala Unangenehme Gefühle letzter Tag	384	60,0	29,7	
Skala Eigene Kontrolle Tag 2	384	44,7	31,4	T = -3,589, df = 383 p = 0,000
Skala Eigene Kontrolle letzter Tag	384	51,2	34,5	
Skala Sozialer Druck Tag 2	385	53,4	30,8	T = -7,835, df = 384 p = 0,000
Skala Sozialer Druck letzter Tag	385	65,2	30,8	
Skala Angenehme Gefühle Tag 2	384	58,7	31,2	T = -6,172, df = 383 p = 0,000
Skala Angenehme Gefühle letzter Tag	384	68,5	30,8	

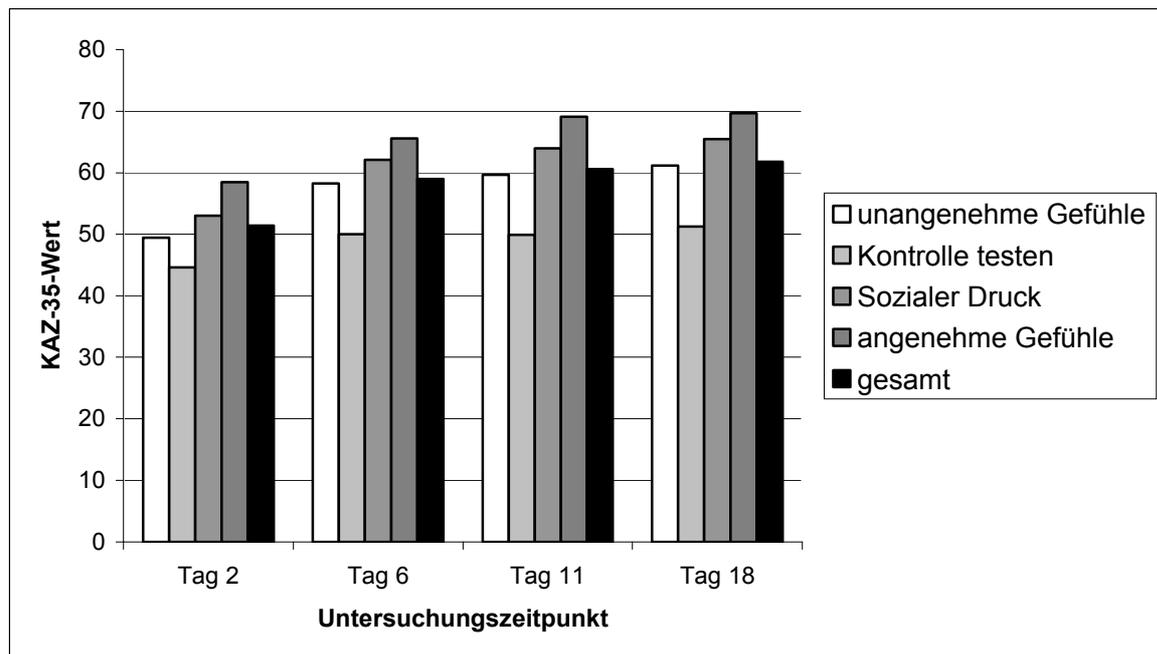
Beide Vergleiche zeigen einen signifikanten Anstieg des Mittelwertes um 10,4 bzw. 9,4 von 100 Punkten und damit einen Wechsel der im Fragebogen vorgegebenen Kategorien von "einigermaßen zuversichtlich" zu "ziemlich zuversichtlich". Dabei findet der größte Anstieg, nämlich um durchschnittlich 7,6 Punkte, bereits in den ersten Behandlungstagen statt.

Darüber hinaus wurden die vier Subskalen (unangenehme Gefühle, Austesten der eigenen Kontrolle, sozialer Druck, angenehme Gefühle) hinsichtlich ihrer Veränderung im Behandlungsverlauf untersucht (s. Tab. 4.2.3 und Abb. 4.2.2).

Tab. 4.2.3: Veränderung der Abstinenzzuversicht im Behandlungsverlauf; Aufteilung der vier Subskalen.

KAZ-35 Subskala / Tag	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD
Unangenehme Gefühlszustände					
Tag 2	438	0	100	49,4	27,3
Tag 6	374	0	100	58,3	27,7
Tag 11	211	0	100	59,7	29,0
Tag 18	208	0	100	61,2	29,9
Austesten der eigenen Kontrolle					
Tag 2	438	0	100	44,6	31,5
Tag 6	374	0	100	50,0	33,1
Tag 11	211	0	100	49,9	35,2
Tag 18	208	0	100	51,2	35,0
Sozialer Druck					
Tag 2	439	0	100	53,0	31,0
Tag 6	374	0	100	62,1	30,5
Tag 11	211	0	100	64,0	31,1
Tag 18	208	0	100	65,5	30,9
Angenehme Gefühle					
Tag 2	438	0	100	58,5	31,2
Tag 6	374	0	100	65,6	30,8
Tag 11	211	0	100	69,1	30,3
Tag 18	207	0	100	69,7	30,2

Abb. 4.2.2: Veränderung der Abstinenzzuversicht im Behandlungsverlauf: KAZ-35-Gesamtwert und Unterskalen.



Nachfolgende Tabelle 4.2.4 stellt die Ergebnisse der Teilstichprobe Tag 18 dar. Signifikante Unterschiede zur Gesamtstichprobe finden sich nicht.

Tab. 4.2.4: Mittelwerte des KAZ-35 gesamt und der Subskalen in der Teilstichprobe Tag 18 an den vier Erhebungszeitpunkten.

	KAZ-35-Gesamtwert	Skala Unangenehme Gefühle	Skala Austesten der eigenen Kontrolle	Skala Sozialer Druck	Skala Angenehme Gefühle
Tag 2 (N = 206)	50,6 (SD = 25,9)	49,7 (SD = 26,4)	43,6 (SD = 30,9)	51,7 (SD = 29,7)	57,5 (SD = 30,7)
Tag 6 (N = 192)	59,1 (SD = 27,3)	58,7 (SD = 27,1)	50,9 (SD = 33,4)	61,0 (SD = 30,7)	65,7 (SD = 30,8)
Tag 11 (N = 143)	59,6 (SD = 27,7)	58,9 (SD = 28,9)	48,5 (SD = 34,8)	62,5 (SD = 30,4)	68,4 (SD = 29,6)
Tag 18 (N = 208)	61,8 (SD = 28,2)	61,2 (SD = 29,9)	51,2 (SD = 35,0)	65,5 (SD = 30,9)	69,7 (SD = 30,2)

Die Werte machen anschaulich, welche unterschiedliche Bedeutung die einzelnen Rückfallszenarien für die Abstinenzzuversicht haben: am wenigsten zuversichtlich sind die Probanden, beim Austesten der eigenen Kontrolle hinsichtlich des Alkoholkonsums abstinent bleiben zu können. Ausgehend von 44,6 Punkten findet hier zwischen Tag 2 und 18 der mit 6,6 Punkten geringste Anstieg statt. Statistisch ist dies der einzige Faktor, bei dem innerhalb des Untersuchungszeitraumes kein Wechsel der Kategorie ("einigermaßen zuversichtlich" --> "ziemlich zuversichtlich") erfolgt. Hingegen werden angenehme Gefühlszustände von vornherein mit dem

kleinsten Rückfallrisiko in Verbindung gebracht. Im Verlauf zeigt dieser Wert zudem mit 11,2 Punkten einen deutlichen Anstieg. In der Antizipation unangenehmer Gefühlszustände liegt mit einem anfänglichen Mittelwert von 49,4 Punkten die zweitkleinste Abstinenzzuversicht. Die Erwartung, dennoch abstinent zu bleiben, steigt bis zum 18. Tag um 11,8 Punkte.

Der mit 12,5 Punkten größte Anstieg der Abstinenzzuversicht lässt sich im Bereich "Sozialer Druck" feststellen.

In allen vier Subskalen zeigt sich - ebenso wie in der Gesamtauswertung - die größte Steigerung der Abstinenzzuversicht in den ersten Behandlungstagen. Später nimmt sie zwar weiter zu, dies jedoch in einem deutlich geringeren Ausmaß.

Bestimmt man die Mittelwerte der Differenzen der KAZ-35-Ergebnisse vom 2. und 18. Behandlungstag in der Stichprobe Tag 18, kommt es zu einer weiteren Akzentuierung der Unterschiede. Tab. 4.2.5 stellt zudem die Resultate der T-Testung dar, wonach die Zunahme der Abstinenzzuversicht sowohl in der Gesamtmenge, als auch auf allen Subskalen signifikant ist.

Tab. 4.2.5: Mittlere Differenz der KAZ-35-Ergebnisse am 2. und 18. Untersuchungstag in der Stichprobe Tag 18.

	N	Mittlere Differenz	SD	T	df	Signifikanz (2-seitig)
KAZ-35 gesamt	206	11,2	30,1	5,342	205	0,000
Skala unangenehme Gefühle	206	11,4	31,8	5,131	205	0,004
Skala eigene Kontrolle	206	7,7	38,2	2,879	205	0,000
Skala sozialer Druck	206	13,8	32,4	6,121	205	0,000
Skala angenehme Gefühle	205	12,2	33,6	5,196	204	0,000

4.3 Einfluss sozialer und suchtbezogener Faktoren auf die Abstinenzzuversicht

Für die Untersuchung der Zusammenhänge sozialer und suchtbezogener Faktoren mit der Abstinenzzuversicht wurden - sofern nicht anders vermerkt - die KAZ-35-Fragebögen von Tag 2 herangezogen.

4.3.1 Alter & Geschlecht und Abstinenzzuversicht

Rechnerisch lässt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Alter und Abstinenzzuversicht feststellen: Korrelationskoeffizient nach Spearman $r = 0,075$ ($p = 0,115$).

Die Mittelwerte der KAZ-35-Ergebnisse zu Beginn des stationären Aufenthaltes lassen einen geringfügigen Unterschied zwischen den Geschlechtern vermuten. Demnach ist die Abstinenzzuversicht der Männer etwas höher als die der Frauen.

Im T-Test für die Mittelwertsgleichheit ist dieses Ergebnis in der Gesamtstichprobe (s. Tab. 4.3.1) jedoch nicht signifikant ($T = 1,559$; $p = 0,120$).

Legt man von vornherein die Ergebnisse der Teilstichprobe Tag 18 zu Grunde, wird der Unterschied größer: die Frauen dieser Gruppe erreichen bzgl. ihrer Abstinenzzuversicht zu Beginn der Entzugsbehandlung durchschnittlich 7,5 Punkte weniger als die Männer. Dieser Unterschied ist bei einer Ungleichheit der Varianzen ($F = 4,667$; $p = 0,032$) signifikant: $T = 2,011$; $p = 0,047$.

Tab. 4.3.1: Gruppenstatistiken zu Geschlecht und Abstinenzzuversicht Tag 2, Werte der Gesamtstichprobe.

Geschlecht	N	Mittelwert	SD
männlich	327	52,5	27,6
weiblich	112	48,3	24,1

Tab. 4.3.2 zeigt die Veränderung der Ergebnisse des KAZ-35 im Behandlungsverlauf: es kommt zu einer nahezu vollständigen Angleichung der Mittelwerte bei Männern und Frauen auf 62 Punkte.

Tab. 4.3.2: Mittelwerte KAZ 35 und Geschlecht, Tag 2 (Werte der Stichprobe Tag 18) und Tag 18.

Geschlecht	N		Mittelwert		SD	
	Tag 2	Tag 18	Tag 2	Tag 18	Tag 2	Tag 18
männlich	153	154	52,6	61,9	26,99	29,2
weiblich	53	54	45,1	61,6	21,8	25,4

Somit lässt sich ein Zusammenhang zwischen Geschlecht, Abstinenzzuversicht und Behandlungsdauer in folgender Weise vermuten: Frauen haben zu Beginn der stationären Entzugsbehandlung eine geringere Abstinenzzuversicht als Männer. Der Anstieg der Abstinenzzuversicht im Verlauf der Entzugsbehandlung ist bei Frauen höher als bei Männern.

Um dies weiter zu überprüfen, wurden die Differenzen der KAZ-35-Mittelwerte am 2. und 18. Tag in der Stichprobe Tag 18 gebildet (s. Tab. 4.3.3).

Tab. 4.3.3: Mittlere Differenzen der KAZ-35-Mittelwerte vom 2. und 18. Behandlungstag unterschieden nach Geschlecht. Werte der Stichprobe Tag 18.

Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung
männlich	153	9,2	30,3
weiblich	53	16,9	29,1

Demnach steigt die Abstinenzzuversicht bei Männern zwischen dem 2. und 18. Behandlungstag durchschnittlich um 9,2, bei Frauen aber um 16,9 Punkte. Dieser augenscheinlich große Unterschied erweist sich jedoch im T-Test für die Mittelwertsgleichheit bei deutlicher Diskrepanz der Gruppengröße als nicht signifikant ($T = -1,601$; $p = 0,111$).

Zusammenfassend lässt die vorliegende Untersuchung zwar einen Zusammenhang nicht nur zwischen Abstinenzzuversicht und Geschlecht, sondern auch zwischen dem Geschlecht und der *Veränderung* der Abstinenzzuversicht im Verlauf einer stationären Entzugsbehandlung vermuten, beweist diesen aber nicht.

4.3.2 Krankheitsdauer & Konsummenge und Abstinenzzuversicht

Die durchschnittliche Krankheitsdauer, errechnet als Differenz zwischen dem zum Zeitpunkt der Untersuchung aktuellen Lebensalter und dem Alter zu Beginn des regelmäßigen Alkoholkonsums betrug 25,5 Jahre ($SD = 10,9$). Dieser Wert wurde in Relation zum Ergebnis des KAZ-35 am 2. Behandlungstag gebracht. Auch hierbei konnte kein statistisch signifikanter Zusammenhang ermittelt werden: Korrelationskoeffizient nach Spearman $r = -0,013$ ($p = 0,782$).

Um die Höhe des individuellen Alkoholkonsums abschätzen zu können, wurden die Werte der Konsumeinheiten von Bier, Wein und Spirituosen addiert. Probanden, bei denen einer oder mehrere Werte fehlten, wurden nicht berücksichtigt, da hier nicht zu differenzieren war, ob sie das betreffende Getränk überhaupt nicht konsumierten, oder zu der Menge keine Angaben machten. Daher beläuft sich die Gesamtstichprobe für diese Fragestellung auf (nur) 341.

Eine signifikante Korrelation von Alkohol-Konsummenge und Abstinenzzuversicht zu Beginn der Behandlung findet sich nicht. (Korrelationskoeffizient nach Spearman $r = -0,025$, $p = 0,645$). Auch zwischen der Alkohol-Konsummenge und den mittleren

Differenzen der KAZ-35-Ergebnisse vom 2. und 18. Tag gibt es keinen signifikanten Zusammenhang ($r = -0,025$, $p = 0,745$).

4.3.3 Soziale Faktoren und Abstinenzzuversicht

Partnerschaft und Abstinenzzuversicht

Die Frage nach einer bestehenden Partnerschaft konnte in den drei Kategorien "alleinstehend", "Partnerschaft, getrennt lebend" und "Partnerschaft, zusammen lebend" beantwortet werden.

Bereits in der Gesamtstichprobe von Tag 2 zeigt sich, dass zu Behandlungsbeginn die Abstinenzzuversicht bei jenen Patienten am größten ist, die mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin zusammen leben. In der Varianzanalyse (ANOVA) erweist sich dieser Zusammenhang als signifikant (s. Tab. 4.3.4).

Tab. 4.3.4: Mittelwerte der Abstinenzzuversicht im KAZ-35 an Tag 2 in Abhängigkeit vom Beziehungsstatus. Werte der Gesamtstichprobe.

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Varianzanalyse
alleinstehend	239	51,4	25,7	F = 4,070 df = 438 p = 0,018
Beziehung, getrennt lebend	65	43,8	24,6	
Beziehung, zusammen lebend	135	55,2	29,0	
gesamt	439	51,4	26,8	

Die Untersuchung der Stichprobe Tag 18 am 2. und 18. Untersuchungstag hinsichtlich des Zusammenhangs von Beziehungsstatus und Abstinenzzuversicht erbringt folgende Ergebnisse (s. Tab. 4.3.5).

Tab. 4.3.5: Mittelwerte der Abstinenzzuversicht im KAZ-35 an Tag 2 und Tag 18 in Abhängigkeit vom Beziehungsstatus. Werte der Stichprobe Tag 18.

	Tag 2			Tag 18		
	N	Mittelwert	SD	N	Mittelwert	SD
alleinstehend	115	50,9	25,7	116	59,8	27,8
Beziehung, getrennt lebend	24	45,2	26,9	24	63,8	30,0
Beziehung, zusammen lebend	67	52,2	26,2	68	64,5	28,3
gesamt	206	50,6	25,9	208	61,8	28,2
Varianzanalyse	df = 2, F = 0,642, p = 0,527			df = 2, F = 0,663, p = 0,517		

Demnach geht das Zusammenleben mit einem Partner von vornherein mit einer erhöhten Abstinenzzuversicht einher. Im Behandlungsverlauf nimmt diese in gesamtdurchschnittlicher Weise zu. Auffällig ist der überproportional große Anstieg

der Abstinenzzuversicht in der Gruppe derer, die zwar einen Partner haben, aber getrennt von diesem leben. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings die relativ geringe Fallzahl von $N = 24$.

Rechnerisch ist der Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und Beziehungsstatus am Ende der stationären Behandlung nicht mehr signifikant. Offenbar nimmt die Bedeutung der Partnerschaft für die Abstinenzzuversicht im Laufe der Entzugsbehandlung ab.

Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Beziehungsstatus und Differenz der mittleren Punktwerte im KAZ-35 zwischen dem 18. und dem 2. Behandlungstag bestätigt die vorherigen Angaben: bei Alleinstehenden ist der Anstieg mit 9,1 Punkten am geringsten, bei Personen, die zwar in einer Partnerschaft, jedoch getrennt leben, hat die Abstinenzzuversicht mit durchschnittlich 18,6 Punkten den größten Anstieg (s. Tab. 4.3.6).

Tab. 4.3.6: Mittlere Differenzen der KAZ-35-Mittelwerte vom 2. und 18. Behandlungstag unterschieden nach Beziehungsstatus. Werte der Stichprobe Tag 18.

	N	Mittelwert	SD
alleinstehend	115	9,1	29,7
Beziehung, getrennt lebend	24	18,6	37,9
Beziehung, zusammen lebend	67	12,1	27,6
gesamt	206	11,2	30,1

Auch dieser Zusammenhang erweist sich jedoch in der Varianzanalyse (ANOVA) als nicht signifikant: $F = 1,019$; $p = 0,363$.

Berufstätigkeit und Abstinenzzuversicht

Die ursprünglich 9 Antwortmöglichkeiten auf die Frage nach der beruflichen Situation wurden für die weitere Untersuchung zu vier Gruppen zusammengefasst: "berufstätig" (Voll- und Teilzeitarbeit), "Gelegenheitsjobs/Ausbildung" (Gelegenheitsjobs, Ausbildung, Studium), "arbeitslos" (Rentner, Arbeitslose, Hausfrau/-mann) und "Anderes".

Tabelle 4.3.7 zeigt die durchschnittlichen Werte im KAZ-35 zu Behandlungsbeginn.

Tab. 4.3.7: Mittelwerte der Abstinenzzuversicht im KAZ-35 am 2. Behandlungstag in Abhängigkeit von der beruflichen Situation. Werte der Gesamtstichprobe.

	N	Mittelwert	SD
Voll- oder Teilzeitarbeit	139	55,1	28,2
Jobs / Ausbildung	10	47,5	24,5
arbeitslos / Rentner	277	49,0	25,7
Anderes	12	65,6	28,9
Gesamt	438	51,4	26,8

Die Zahlen suggerieren eine enorme Abweichung, also eine von vornherein hohe Abstinenzzuversicht bei Personen, die die Frage nach einer Arbeit mit "Schule / Studium / Ausbildung" oder "Anderes" beantworteten. Hingegen scheint die Abstinenzzuversicht bei Personen, die Gelegenheitsarbeiten und Jobs nachgehen eher niedrig zu sein.

Ein Blick auf die Fallzahlen jedoch macht deutlich, dass es sich hierbei um nicht-signifikante Ergebnisse handelt: auch nach der Zusammenfassung in die vier genannten Kategorien sind die Fallzahlen der Gruppe 2 und 4 zu gering, als dass sich daraus belastbare Schlussfolgerungen ziehen ließen.

Für die weitere Untersuchung erfolgte deshalb eine Zusammenführung der Daten in nurmehr zwei Kategorien: "mit beruflicher Beschäftigung" (Vollzeitarbeit, Teilzeitarbeit, Gelegenheitsarbeit / Jobs, Schule / Studium / Ausbildung, Bundeswehr / Zivildienst) und "ohne berufliche Beschäftigung (Rente / Frührente, arbeitslos, Hausfrau / Hausmann, Anderes). Tabelle 4.3.8 zeigt die Werte.

Tab. 4.3.8: Mittelwerte der Abstinenzzuversicht im KAZ-35 am 2. Behandlungstag in Abhängigkeit von der beruflichen Situation. Werte der Gesamtstichprobe, zusammengefasste Kategorien.

	N	Mittelwert	SD
mit beruflicher Beschäftigung	149	54,6	27,9
ohne berufliche Beschäftigung	289	49,7	26,0
Gesamt	438	51,4	26,8

Insgesamt ist die Abstinenzzuversicht zu Behandlungsbeginn bei Nicht-Berufstätigen geringer als bei Menschen, die einer beruflichen Beschäftigung nachgehen. Dieses Ergebnis erweist sich in der Tendenz, auf einem 10-Prozent-Niveau, als signifikant. Die Varianzanalyse ergibt $F = 3,382$, bei $p = 0,067$.

Tab. 4.3.9 stellt die durchschnittlichen Punktwerte im KAZ-35 zu Behandlungsbeginn und -ende in der Teilstichprobe Tag 18 dar. Auch hier zeigt sich die von Beginn an

höhere Abstinenzzuversicht bei berufstätigen Personen im Vergleich mit arbeitslosen.

Tab. 4.3.9: Mittelwerte der Abstinenzzuversicht im KAZ-35 an Tag 2 und Tag 18 in Abhängigkeit von der Arbeitssituation. Werte der Stichprobe Tag 18.

	Tag 2			Tag 18		
	N	Mittelwert	SD	N	Mittelwert	SD
mit beruflicher Beschäftigung	73	54,8	27,9	74	65,0	26,0
ohne berufliche Beschäftigung	132	48,0	24,4	133	59,8	29,1
gesamt	205	50,4	25,8	207	61,6	28,1

Während die Varianzanalyse die Unterschiede zu Behandlungsbeginn noch als (auf dem 10-Prozent-Niveau) signifikant ausweist ($F = 3,349$; $p = 0,069$), sind sie es am Behandlungsende nicht mehr ($F = 1,624$; $p = 0,204$).

Die Berechnung der Differenz der KAZ-35-Ergebnisse zwischen dem 18. und dem 2. Behandlungstag ist in Tab. 4.3.10 dargestellt. Hierbei zeigt sich bis auf den Ausreißer der Gruppe Jobs / Ausbildung ein Anstieg um 10,9 bis 13,7 Punkte, wobei die auf die Arbeitssituation bezogenen Unterschiede nicht signifikant sind ($F = 0,209$; $p = 0,648$).

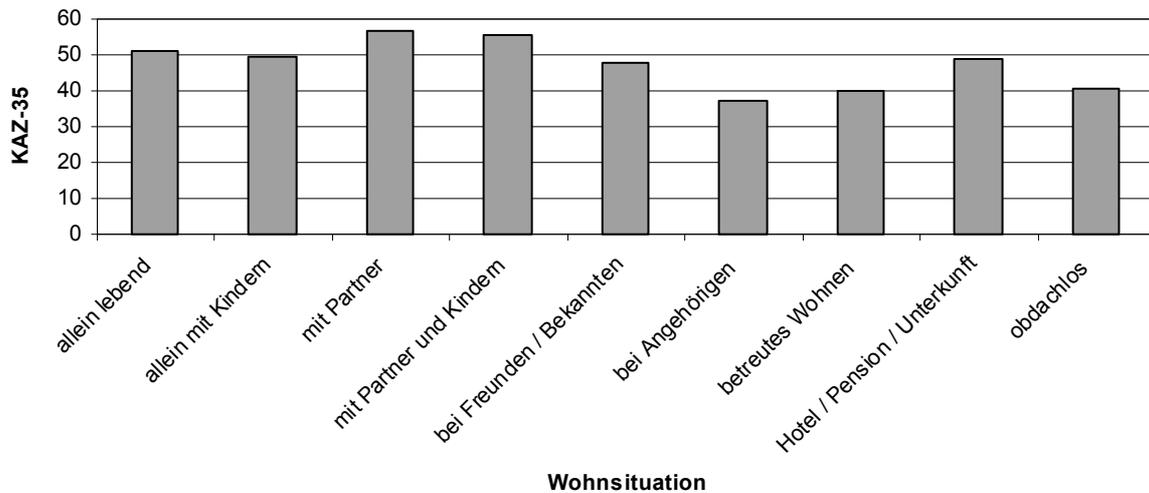
Tab. 4.3.10: Mittlere Differenzen der KAZ-35-Mittelwerte vom 2. und 18. Behandlungstag unterschieden nach Arbeitssituation. Werte der Stichprobe Tag 18.

	N	Mittelwert	SD
mit beruflicher Beschäftigung	73	9,9	30,4
ohne berufliche Beschäftigung	132	11,9	30,1
gesamt	205	11,2	30,2

Wohnsituation und Abstinenzzuversicht

Als weiterer möglicher Einflussfaktor auf die Abstinenzzuversicht wurde die Wohnsituation ausgewählt. Hier bestätigt die graphische Analyse die Hypothese, dass das Zusammenleben in partnerschaftlicher und/oder familiärer Gemeinschaft sich positiv auf die Abstinenzzuversicht auswirkt, während instabile Wohnverhältnisse (Obdachlosigkeit oder eine (vorübergehende) Unterkunft bei Angehörigen) mit einer eher niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung einher gehen (s. Abb. 4.3.1). Der besonders hohe Wert im KAZ-35 bei Personen, die als aktuellen Wohnsitz Hotel/Pension/Unterkunft angegeben haben, muss wiederum als nicht-signifikant bei niedriger Fallzahl ($N = 6$) gewertet werden.

Abb. 4.3.1: Abstinenzzuversicht in Abhängigkeit von der Wohnsituation zu Beginn der Entzugsbehandlung. Werte der Gesamtstichprobe.



Für die weitere Untersuchung wurden die Wohnformen vereinfachend vier Kategorien zugeordnet: 1. allein lebend; 2. mit Partner / Kindern / Familie lebend; 3. bei Freunden / Bekannten lebend; 4. in Institutionen / ohne festen Wohnsitz lebend. Die Situation stellt sich dann wie folgt dar (Tab. 4.3.11):

Tab. 4.3.11: Mittelwerte der Abstinenzzuversicht im KAZ-35 an Tag 2 in Abhängigkeit von der Wohnsituation. Werte der Gesamtstichprobe.

	N	Mittelwert	SD
allein lebend	223	51,1	25,6
mit Partner / Familie	148	55,8	29,0
bei Bekannten / Freunden	32	42,2	26,4
in Institutionen / wohnungslos	33	41,7	19,2
gesamt	436	51,3	26,8

Der Levene-Test lässt mit einem p-Wert von 0,012 eine signifikante Ungleichheit der Varianzen in mindestens zwei der vier Gruppen vermuten. Die Varianzanalyse mittels F-Test ist daher nur unter Vorbehalt durchführ- und interpretierbar: $F = 4,116$, $df = 3$, $p = 0,007$

Demnach bedingen unterschiedliche Wohnverhältnisse signifikante Unterschiede in der Abstinenzzuversicht zu Behandlungsbeginn.

Tab. 4.3.12 veranschaulicht die Ergebnisse der KAZ-35-Befragung zu Behandlungsbeginn und -ende in der Teilstichprobe Tag 18. Hier zeigt sich, dass Personen, die mit Partner und/oder Familie zusammenleben, die Behandlung bereits mit einer relativ hohen Abstinenzzuversicht beginnen und es im Verlauf zu einer

großen Steigerung um durchschnittlich 14,1 Punkte im KAZ-35 kommt. Den größten Zuwachs der Abstinenzzuversicht haben mit 15,8 Punkten jene Personen, die bei Bekannten oder Freunden leben. Allerdings beginnen diese auch bei einem weit unterdurchschnittlichen Wert von 43,3 Punkten. Zudem ist zu beachten, dass diese Aussage nur auf einer Gruppengröße von 17 Personen beruht.

Tab. 4.3.12: Mittelwerte der Abstinenzzuversicht im KAZ-35 an Tag 2 und Tag 18 in Abhängigkeit von der Wohnsituation. Werte der Stichprobe Tag 18.

	Tag 2			Tag 18		
	N	Mittelwert	SD	N	Mittelwert	SD
allein lebend	105	50,7	25,4	106	59,9	28,7
mit Partner / Familie	70	53,7	26,5	71	67,8	25,6
bei Bekannten / Freunden	13	43,3	32,3	13	59,1	32,3
in Institutionen / wohnungslos	17	42,3	20,7	17	51,4	30,1
gesamt	205	50,5	25,9	207	61,9	28,2
Varianzanalyse	df = 3, F = 1,256, p = 0,291			df = 3, F = 2,079, p = 0,104		

In der kleineren Stichprobe Tag 18 sind die Unterschiede am 2. und 18. Behandlungstag zwar augenscheinlich noch vorhanden, die Varianzanalyse (ANOVA) weist diese jedoch als nicht signifikant aus

Der Vergleich der mittleren Differenzen der KAZ-35-Ergebnisse vom 2. und 18. Behandlungstag im Zusammenhang mit der Wohnsituation (s. Tab. 4.3.13) ergibt Zuwächse zwischen 9,1 und 15,9 Punkten. Mittels der Varianzanalyse ($F = 0,454$; $p = 0,715$) erweisen sich diese Unterschiede jedoch als nicht signifikant.

Tab. 4.3.13: Mittlere Differenzen der KAZ-35-Mittelwerte vom 2. und 18. Behandlungstag unterschieden nach Wohnsituation. Werte der Stichprobe Tag 18.

	N	Mittelwert	SD
allein leben	105	9,4	29,9
mit Partner / Familie	70	13,98	28,1
bei Freunden / Bekannten	13	15,9	44,2
in Institutionen / wohnungslos	17	9,1	28,1
gesamt	205	11,3	30,1

4.4 Einfluss der Depressivität auf die Abstinenzzuversicht

Der den Patienten zu den vier Messzeitpunkten vorgelegte Fragebogen beinhaltete an den Tagen 2, 11 und 18 Beck's Depression Inventory (BDI). Diese Untersuchung ergab zum Behandlungsbeginn (Tag 2) lediglich bei jedem Fünften einen

unauffälligen Befund. Ebenso vielen (22 Prozent) wurde eine mäßig ausgeprägte (11-17 Punkte), mehr als der Hälfte (57 Prozent) jedoch eine relevante depressive Symptomatik (mind. 18 Punkte) nachgewiesen. Eindrucksvoll sind die Veränderungen dieser Werte innerhalb des Behandlungsverlaufs. Tabelle 4.4.1 zeigt die BDI-Ergebnisse am 2., 11. und 18. Untersuchungstag.

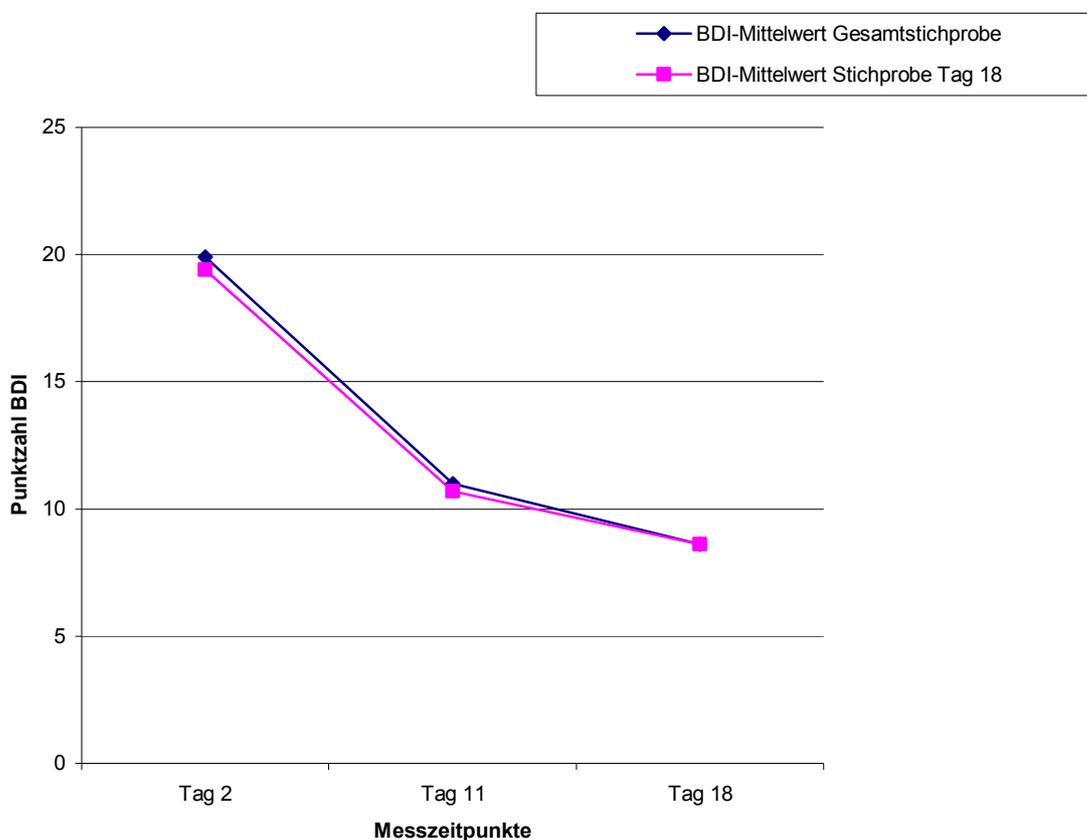
Tab. 4.4.1: Einschätzung des Grades der Depressivität nach Becks Depressionsinventar am 2., 11. und 18. Untersuchungstag in der Gesamtstichprobe.

BDI-Ergebnis	Tag 2		Tag 11		Tag 18	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Unauffällig/normal	91	20,7	113	53,3	134	64,1
mäßige Ausprägung	100	22,7	52	24,5	46	22,0
relevant depressiv	249	56,6	47	22,2	29	13,9
gesamt	440	100	212	100	209	100

Demnach weisen knapp zwei Drittel der Patienten aus der Stichprobe Tag 18 keine relevante depressive Symptomatik mehr auf.

Auch bezüglich des Faktors Depressivität ist die Stichprobe Tag 18 ein repräsentativer Auszug aus der Gesamtstichprobe, s. Abb. 4.4.1.

Abb. 4.4.1: Ergebnisse des BDI an den drei Messzeitpunkten im Gruppenvergleich.



Des Weiteren soll der Zusammenhang zwischen Depressivität - gemessen mittels Becks Depressionsinventar - und Abstinenzzuversicht untersucht werden. Der Korrelationskoeffizient nach Spearman weist zu Behandlungsbeginn (N = 438) mit $r = -0,153$ ($p = 0,001$) einen zwar geringen, aber dennoch signifikanten Zusammenhang nach. Demzufolge haben Personen mit höheren Werten im BDI eine geringere Abstinenzzuversicht.

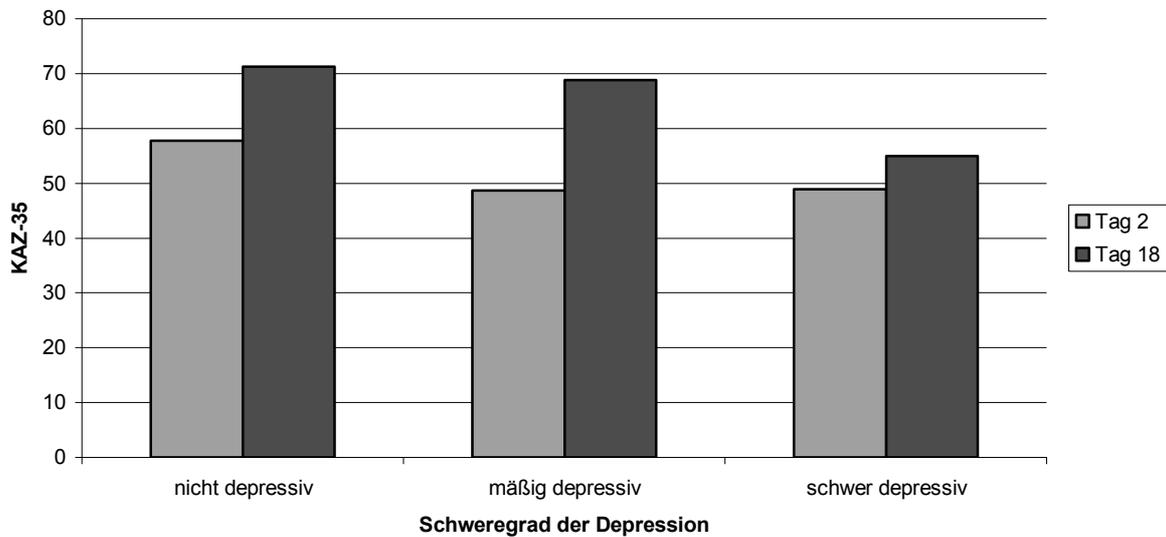
In der Teilstichprobe Tag 18 lässt sich zu Behandlungsbeginn ein ähnlich geringer, aber signifikanter negativer Zusammenhang zwischen den Ergebnissen im BDI und im KAZ-35 feststellen. Am Behandlungsende ist diese Korrelation etwas stärker ausgeprägt (Spearman's Korrelationskoeffizient $r = -0,394$). Tab. 4.4.2 zeigt zudem einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen dem BDI-Ergebnis am Behandlungsanfang und der Abstinenzzuversicht am 18. Tag: Patienten, die depressiv in die Behandlung kamen, hatten auch am Ende eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich der Widerstandsfähigkeit gegenüber dem Alkohol.

Tab. 4.4.2: Korrelation nach Spearman zwischen den Ergebnissen im BDI und im KAZ-35 am 2. und am 18. Behandlungstag. Werte der Stichprobe Tag 18.

	BDI-Gesamtwert Tag 2	BDI-Gesamtwert Tag 18
KAZ-35 Tag 2		
Korrelationskoeffizient	-0,165	-0,178
Signifikanz (2-seitig)	0,018	0,011
N	206	205
KAZ-35 Tag 18		
Korrelationskoeffizient	-0,290	-0,394
Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000
N	207	207

In der Teilstichprobe Tag 18 wurde - ausgehend von der BDI-Auswertung zu Behandlungsbeginn - die Veränderung der Abstinenzzuversicht in Abhängigkeit von der Ausprägung der Depressivität untersucht. Auch dabei zeigte sich, dass das Vorhandensein einer depressiven Symptomatik zunächst mit einer geringeren Abstinenzzuversicht einhergeht. Bis zum Behandlungsende stieg die Abstinenzzuversicht bei den anfangs mäßig Depressiven überproportional stark an, während sie bei den zu Behandlungsbeginn stark Depressiven unterdurchschnittlich niedrig blieb (s. Abb. 4.4.2).

Abb. 4.4.2: Veränderung der Abstinenzzuversicht in Abhängigkeit zu der bei Behandlungsbeginn festgestellten Depressivität in der Teilstichprobe Tag 18 (N = 206).



Ähnliches zeigt die Untersuchung der Differenzen der KAZ-35-Ergebnisse zwischen Tag 18 und Tag 2 in Abhängigkeit von den Ergebnissen des BDI (s. Tab. 4.4.3). Jene Probanden, die zu Behandlungsbeginn als mäßig depressiv eingeschätzt wurden, hatten im Behandlungsverlauf den größten Zuwachs an Abstinenzzuversicht (20,1 Punkte). Dagegen wiesen die Patienten, denen der BDI zum Behandlungseinstieg eine schwere depressive Symptomatik nachwies nur eine geringe Steigerung der Abstinenzzuversicht um 6,1 Punkte auf.

Ein verändertes Bild zeigt sich am Behandlungsende: hier sind es diejenigen, die keine depressiven Symptome mehr angaben, deren Abstinenzzuversicht mit 16,8 Punkten am stärksten angestiegen ist. Die zu diesem Zeitpunkt mäßig Depressiven haben nur eine geringe Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung erlebt (3,8 Punkte) und bei jenen, die am Tag 18 eine schwere depressive Symptomatik aufweisen, ist es sogar zu einem Rückgang der Abstinenzzuversicht um 2,1 Punkte gekommen.

Tab. 4.4.3: Mittlere Differenzen der KAZ-35-Ergebnisse zwischen Tag 18 und Tag 2 in Abhängigkeit von den Ergebnissen im BDI am 2. und 18. Behandlungstag. Ergebnisse der Teilstichprobe Tag 18.

	N	Mittelwert der Differenzen KAZ 35 Tag 2 und Tag 18	SD	Statistik
BDI Tag 2				
nicht depressiv	41	13,4	30,5	F = 4,197, p = 0,016, df = 2
mäßig depressiv	54	20,1	29,4	
schwer depressiv	111	6,1	29,5	
Gesamt	206	11,2	30,1	
BDI Tag 18				
nicht depressiv	131	16,8	31,3	F = 6,789, p = 0,001, df = 2
mäßig depressiv	45	3,8	26,5	
schwer depressiv	29	- 2,1	23,4	
Gesamt	205	11,3	30,2	

Ein nach ICD-10 typisches Diagnosemerkmal der Depression: das reduzierte Selbstwertgefühl und die damit einhergehend verminderte Selbstwirksamkeitserwartung, scheint sich in diesen Ergebnissen abzubilden.

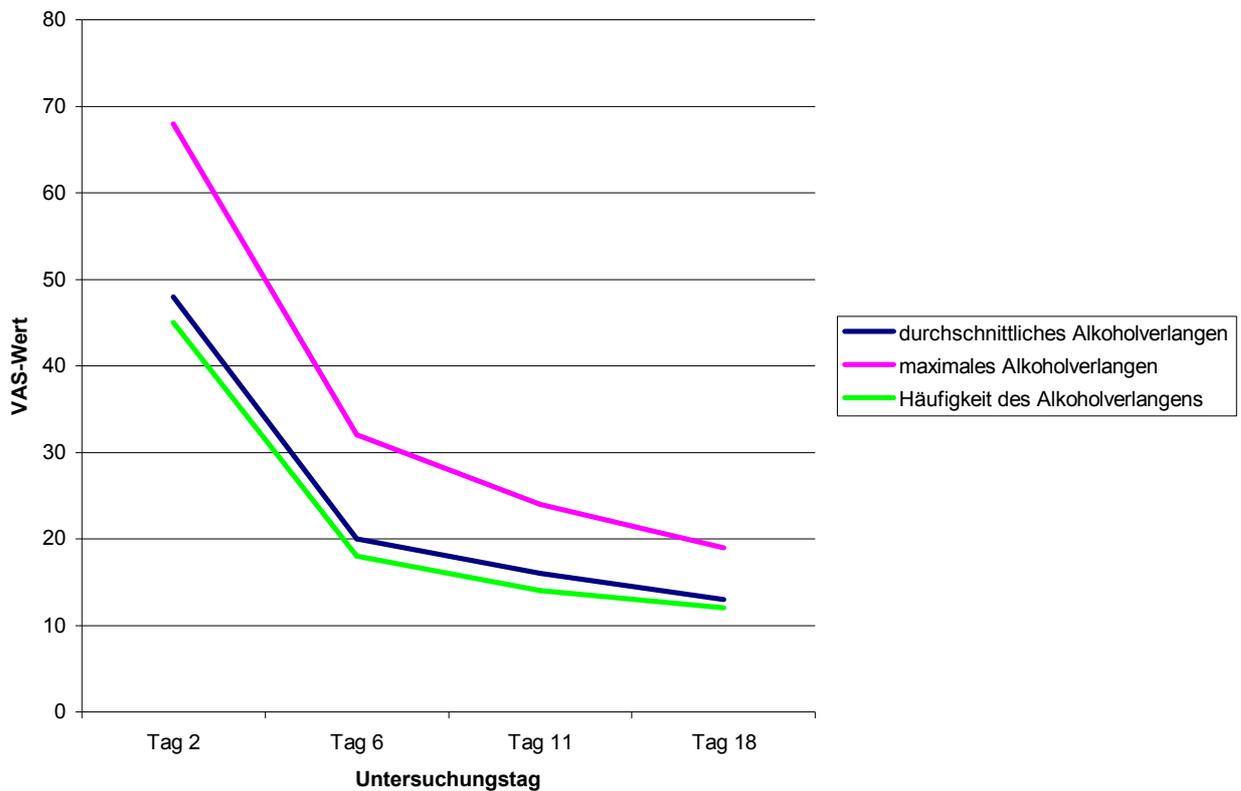
4.5 Einfluss des Cravings auf die Abstinenzzuversicht

Mittels dreier Visueller Analogskalen wurde an allen vier Erhebungszeitpunkten das Verlangen nach Alkohol erfragt. Die Patienten sollten darin einschätzen, wie hoch das Craving in den zurückliegenden sieben Tagen durchschnittlich und maximal (nicht vorhanden - sehr stark) gewesen und wie häufig es aufgetreten (nie - immer) sei. In Tabelle 4.5.1 sind die Mittelwerte aller drei Skalen zu den vier Zeitpunkten dargestellt. Abb. 4.5.1 veranschaulicht die Abnahme des Cravings im Verlauf der Entzugsbehandlung.

Tab. 4.5.1: Visuelle Analogskalen zum Alkoholverlangen in den zurückliegenden sieben Tagen. Angegeben sind die Mittelwerte bei einer maximal erreichbaren Punktzahl von 100. Die Anzahl der Befragten steht in Klammern. Aufgeführt sind die Ergebnisse der Gesamtstichprobe und der Stichprobe Tag 18.

	Durchschnittliches Verlangen nach Alkohol		Maximales Verlangen nach Alkohol		Häufigkeit des Verlangens nach Alkohol	
	Gesamtstichprobe	Stichprobe Tag 18	Gesamtstichprobe	Stichprobe Tag 18	Gesamtstichprobe	Stichprobe Tag 18
Tag 2	48 (N = 431)	48 (N = 202)	68 (N = 429)	69 (N = 199)	45 (N = 425)	45 (N = 198)
Tag 6	20 (N = 371)	22 (N = 191)	32 (N = 371)	33 (N = 191)	18 (N = 369)	18 (N = 191)
Tag 11	16 (N = 207)	18 (N = 141)	24 (N = 205)	27 (N = 139)	14 (N = 205)	16 (N = 140)
Tag 18	13 (N = 208)	13 (N = 206)	19 (N = 207)	19 (N = 205)	12 (N = 207)	12 (N = 206)

Abb. 4.5.1: Veränderung des Cravings im Entzugsverlauf. (Stichprobe Tag 18.)



Hierin zeigt sich, dass das Verlangen nach Alkohol im Laufe der Entzugsbehandlung in Häufigkeit und Intensität deutlich, nämlich auf weniger als ein Drittel, abnimmt. Die größte Veränderung erfolgt in den ersten Tagen des Entzuges. Bemerkenswert ist, dass bereits am zweiten Behandlungstag das durchschnittliche Verlangen nach Alkohol *in den zurückliegenden 7 Tagen* (also während der Zeit des regelmäßigen Alkoholkonsums, den ja nahezu alle Patienten im Vorfeld der Entgiftung betrieben hatten) nur bei knapp 50 Prozent lag. Hieraus ließe sich ableiten, dass Craving nur einer von vielen möglichen Gründen für den Konsum von Alkohol ist.

Interessanterweise wirkt sich das anfangs angegebene Verlangen nach Alkohol nicht auf die Behandlungsdauer aus: Die Korrelationsanalyse in der Stichprobe Tag 18 lässt erkennen, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Craving gibt (s. Tab. 4.5.2).

Tab. 4.5.2: Korrelation nach Spearman zwischen Behandlungsdauer und Alkoholverlangen an Tag 2. (Werte der Stichprobe ag 18).

	Tag 2: Alkoholverlangen in den letzten 7 Tagen (VAS 0 - 100)	Tag 2: Stärkstes Alkoholverlangen in den letzten 7 Tagen (VAS 0 - 100)	Tag 2: Häufigkeit des Alkoholverlangens in den letzten 7 Tagen (VAS 0 - 100)
Behandlungsdauer in Tagen			
Korrelationskoeffizient	-0,054	-0,090	-0,003
Signifikanz	0,447	0,205	0,963
N	202	199	198

Um den Zusammenhang zwischen Alkoholverlangen und Abstinenzzuversicht zu ermitteln, wurde zunächst Spearmans Korrelationskoeffizient der KAZ-35-Ergebnisse und der VAS zum durchschnittlichen Alkoholverlangen an Tag 2 in der Gesamtstichprobe bestimmt (s. Tab. 4.5.3).

Tab. 4.5.3: Korrelation zwischen Craving und Abstinenzzuversicht nach Spearman in der Gesamtstichprobe zu Behandlungsbeginn.

	Alkoholverlangen in den letzten 7 Tagen VAS 0 - 100	Stärkstes Alkoholverlangen in den letzten 7 Tagen VAS 0 - 100	Häufigkeit des Alkoholverlangens in den letzten 7 Tagen VAS 0 - 100
KAZ-35 Tag 2			
Korrelationskoeffizient	-0,169	-0,123	-0,168
Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,010	0,001
N	431	429	425

Dieser weist mit $r = -0,169$ einen zwar geringen, aber doch signifikanten ($p < 0.001$) negativen Zusammenhang nach: je stärker das Craving, umso geringer die Abstinenzzuversicht und umgekehrt.

Wird der VAS-Wert des stärksten Alkoholverlangens in die Berechnung einbezogen, resultiert ein vergleichbares (signifikantes) Ergebnis: $r = -0,123$.

Tabelle 4.5.4 zeigt die Ergebnisse der Teilstichprobe Tag 18. In dieser lässt sich zu Behandlungsbeginn keine Korrelation zwischen Craving und Abstinenzzuversicht mehr feststellen. Auch lässt sich aus dem Craving am 2. Behandlungstag keine Aussage hinsichtlich der Abstinenzzuversicht am Behandlungsende treffen. Allerdings gibt es eine signifikante negative Korrelation zwischen dem Verlangen nach Alkohol und der Abstinenzzuversicht am Ende der stationären Entzugsbehandlung.

Tab. 4.5.4: Korrelation nach Spearman zwischen den Ergebnissen der VAS-Skala zum Craving und im KAZ-35 am 2. und 18. Behandlungstag in der Teilstichprobe Tag 18.

	Tag 2: Alkohol- verlangen in den letzten 7 Tagen VAS 0 - 100	Tag 2: Stärkstes Alkohol- verlangen in den letzten 7 Tagen VAS 0 - 100	Tag 2: Häufigkeit des Alkohol- verlangens in den letzten 7 Tagen VAS 0 - 100	Tag 18: Alkohol- verlangen in den letzten 7 Tagen VAS 0 - 100	Tag 18: Stärkstes Alkohol- verlangen in den letzten 7 Tagen VAS 0 - 100	Tag 18: Häufigkeit des Alkohol- verlangens in den letzten 7 Tagen VAS 0 - 100
KAZ-35 Tag 2						
Korrelations- koeffizient	-0,123	-0,071	-0,056	-0,127	-0,120	-0,096
Signifikanz (2-seitig)	0,081	0,320	0,433	0,071	0,088	0,171
N	202	199	198	204	203	204
KAZ-35 Tag 18						
Korrelations- koeffizient	-0,135	-0,110	0,017	-0,372	-0,303	-0,294
Signifikanz (2-seitig)	0,056	0,123	0,813	0,000	0,000	0,000
N	202	199	198	206	205	206

5. Diskussion

So alt wie der Alkohol selbst, die Gründe, ihn zu konsumieren, die Wege, von ihm abhängig zu werden sind, so immer auch von der eigenen Zeit und den gesellschaftlichen moralischen Ansichten geprägt ist der Umgang mit ihm. Angesiedelt zwischen medial in den allgemeinen Wortschatz transferierten Begriffen wie „Komasaufen“ und einer ökomoralisch geprägten Haltung von Verzicht, manifestiert sich der Glaube an das Selbst, die Selbstverwirklichung, die Selbstkontrolle, den Selbstzweck und die Selbstverantwortung. Einer Krankheit wie der Sucht wird mit entsprechenden Appellen begegnet: folgerichtig liegt der Fokus auf kognitiven und motivationalen Therapieansätzen, die dazu dienen sollen, die Selbstwirksamkeitserwartung des Individuums zu wecken und zu fördern und damit die Selbstsicherheit zu stärken.

Frühere Untersuchungen lassen Skepsis darüber aufkommen, wie groß und zuverlässig der Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und tatsächlicher (späterer) Abstinenz eines Abhängigkeitserkrankten ist. Unstrittig ist jedoch die wissenschaftliche und diagnostische Güte des Kurzfragebogens zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35) als Maß der Entschiedenheit zwischen Selbst und Sucht: in dem Moment, in dem ein Abhängigkeitskranker seine Abstinenzzuversicht einschätzt, entspricht diese Einschätzung seiner aktuellen Wirklichkeit. Wie groß (oder eher: wie gering) deren Konsistenz über die Zeit ist, zeigen Erfahrungen, die mühelos auch außerhalb des Themenfeldes Sucht gemacht werden können. Wichtig ist, zu betonen, dass in dem Konstrukt der Abstinenzzuversicht keine belastbare Erklärung für die Zukunft, sondern eine augenblickliche Zustandsbeschreibung von Selbstbild und Motivation eines Suchtkranken stecken.

5.1 Interpretation der Ergebnisse

Die vorliegende Untersuchung geht der Frage nach, inwiefern sich die Abstinenzzuversicht alkoholabhängiger Patienten während einer stationären Entzugsbehandlung verändert, ob es Zusammenhänge mit dem Suchtverlangen (Craving) gibt und welche weiteren Faktoren möglicherweise Einfluss nehmen - sowohl auf die Abstinenzzuversicht an sich, als auch auf ihre Veränderung.

Eingebettet war diese Untersuchung in eine Studie zur Prüfung der Nicht-Unterlegenheit des Medikamentes Oxazepam gegenüber Clomethiazol im Qualifizierten Alkoholentzug.

Der Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35 nach Körkel & Schindler, 1996) wurde den Probanden an (maximal) vier Zeitpunkten ihres durchschnittlich 14-tägigen Aufenthaltes zur Beantwortung vorgelegt.

Zusammenfassend und orientiert an den eingangs gestellten Fragen und Hypothesen lassen sich folgende Aussagen treffen:

Die Abstinenzzuversicht nimmt im Verlauf der stationären Entzugsbehandlung zu und zwar insbesondere in den ersten Behandlungstagen. Dabei nimmt die Abstinenzzuversicht am stärksten in den Bereichen "sozialer Druck" und "angenehme Gefühle" und am wenigsten im Bereich "Austesten der eigenen Kontrolle" zu.

Das Suchtverlangen (Craving) hat zum Ende der Behandlung hin einen signifikanten einschränkenden Einfluss auf die Abstinenzzuversicht, während es anfangs für die Einschätzung innerhalb der vier Subskalen keine Rolle spielt.

Alter, Krankheitsdauer und Konsummenge haben keinen signifikanten Einfluss auf die Abstinenzzuversicht. Weibliches Geschlecht, das Leben außerhalb familiärer oder partnerschaftlichen Beziehungen, Arbeitslosigkeit und Depressivität wirken sich insbesondere zu Beginn der Behandlung negativ auf die Abstinenzzuversicht aus.

Abstinenzzuversicht im Zusammenhang mit Alter und Krankheitsfaktoren

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung deuten darauf hin, dass das Alter, aber auch die Dauer der Abhängigkeitserkrankung und die Menge des regelmäßig konsumierten Alkohols keinen signifikanten Einfluss auf die Abstinenzzuversicht zu Beginn einer Entgiftungsbehandlung und auf die Veränderung der Abstinenzzuversicht im Behandlungsverlauf haben. Dies überrascht und widerspricht der Ausgangsüberlegung, dass die Erfahrung des wiederholten Rückfalls mit einer deutlichen Reduktion der Selbstwirksamkeitserwartung im Sinne der Abstinenzzuversicht einher gehen würde bzw. dass andererseits eine kurze Krankheitsdauer

und eine eher geringe Trinkmenge zu einer relativ hohen Einschätzung der Abstinenzfähigkeit führten. Allerdings entspricht das Ergebnis Erkenntnissen aus anderen Untersuchungen (z.B. Schneider, 2002), in denen die überraschend hohe Abstinenzzuversicht bei Therapiewiederholern mit einer (möglicherweise für die Sucht pathognomonischen) Selbstüberschätzung in Verbindung gebracht wird.

Die Untersuchung lässt – bezogen auf den Faktor Abstinenzzuversicht – nicht den Nachweis homogener Gruppen (Kurz- vs. Lang-Erkrankte bzw. Viel- vs. Wenig-Trinker) zu. Sowohl unter denen, die lange und schwer erkrankt sind, als auch unter denen, die eine vergleichsweise kurze Suchtanamnese aufweisen, finden sich Personen mit hoher oder geringer Abstinenzzuversicht.

Interessant wäre hier eine vergleichende Untersuchung bei Patienten, die die Entgiftungsbehandlung auf einer Station für innere Medizin durchführen. Möglicherweise trägt das Setting der psychiatrischen Klinik, das sich für Neuerkrankte oft als Hürde, für langjährig Abhängige hingegen als eher entstigmatisierend erweist, zur fehlenden Unterscheidbarkeit der oben genannten Gruppen bei. Denkbar wäre, dass Menschen die eine qualifizierte Entzugsbehandlung in einer psychiatrischen Klinik in Anspruch nehmen, sich unabhängig vom Alter und von der Dauer und Schwere der Suchterkrankung als "Gleiche unter Gleichen" fühlen und entsprechend ihre Chancen zur erfolgreichen Bewältigung der Abhängigkeit im unmittelbaren Vergleich mit ihren Mitpatienten (und nicht in erster Linie mit einer heterogenen Gruppe süchtiger und nicht-süchtiger Alkoholkonsumenten) abschätzen.

Abstinenzzuversicht und Geschlecht

Was die Rolle des Geschlechts als Einflussfaktor auf die Abstinenzzuversicht betrifft, ergeben sich aus der Untersuchung Hinweise, denen jedoch letztlich die wissenschaftliche Belastbarkeit durch eindeutige statistische Signifikanz fehlt. Auffällig ist, dass die Selbstwirksamkeitserwartung der Frauen zu Behandlungsbeginn deutlich unter der der Männer liegt. Im Behandlungsverlauf ist der Zuwachs an Punkten im KAZ-35 bei ihnen jedoch größer, so dass es zum Behandlungsende keinen Unterschied mehr zwischen der Abstinenzzuversicht der Frauen und der der Männer gibt.

Dieser Beobachtung wäre in einer eigens darauf ausgerichteten Untersuchung (sinnvollerweise mit vergleichbar großen Gruppen von Männern und Frauen) weiter nachzugehen, da sich hieraus möglicherweise Implikationen für geschlechtsspezifische Unterscheidungen bei der Suchttherapie ergeben.

Dass sich grundsätzlich die "Suchtkarrieren" und das Abstinenzverhalten von Männern und Frauen unterscheiden, dass diese oft aus anderen Gründen und in anderer Form Alkohol trinken als jene, ist bekannt [Holmila, Raitasalo, 2005; Bischof et al., 2005, Funke, Scheller, 2004, Saunders et al., 1993]. Hier spielt auch die enge Verknüpfung von Abstinenzzuversicht und Selbstvertrauen eine Rolle: nicht zuletzt auf Grund gesellschaftlicher Zuschreibungen ist das soziale Ansehen und die daraus resultierende Selbstbewertung "trinkender Frauen" noch geringer als das von Männern, denen "Trinkfestigkeit" bis zu einem gewissen Grade als Stärke angerechnet wird [Lemle, Mishkind, 1989]. Aus der im Verlauf der Entzugsbehandlung erlebbaren Selbstwirksamkeit hinsichtlich des Verzichtenkönnens und möglicherweise einer größeren Vielfalt von Perspektiven, die sich für Frauen in der neu erreichten Abstinenz ergeben, resultiert ein stärkerer Anstieg des Selbstvertrauens und der Abstinenzzuversicht.

Abstinenzzuversicht und Soziale Situation

Die Bedeutung der Faktoren, aus denen sich die soziale Situation erschließen lässt – Partnerschaft, Arbeit, Wohnen – verliert sich im Verlauf der Entzugsbehandlung. Anfangs weisen die Patienten, die in einer festen Partnerschaft leben, eine Vollzeitarbeit haben und mit Partner(in) oder Familie zusammen wohnen, eine höhere Abstinenzzuversicht auf als jene, die allein oder getrennt leben, keine Arbeit haben und obdachlos sind, in betreuten Einrichtungen, bei Freunden oder Bekannten wohnen. Dieser Zusammenhang lässt sich am 18. Tag der Behandlung aber nicht mehr nachweisen. Offenbar wird dann die soziale Situation als "Säule des Selbstwertes" durch persönlichkeitsnähere Faktoren "überstimmt". Vorstellbar wäre auch, dass gerade jene Personen, bei denen ein geringes Selbstwertgefühl im Zusammenhang mit einer eher schlechten sozialen Situation steht, im Verlauf der stationären Entzugsbehandlung einen besonders starken Zuwachs an Selbstvertrauen und Abstinenzzuversicht erreichen.

Tatsächlich sind Einsamkeit, Arbeitslosigkeit und instabile Wohnverhältnisse bedeutsame Risikofaktoren für einen Rückfall in den Alkoholkonsum nach erreichter Abstinenz bzw. umgekehrt erweisen sich soziale Bindungen, Berufstätigkeit und ein fester Wohnort als ein gewisser Rückfallschutz [z.B. Bischof et al., 2001, Körkel, Lauer, 1995; Henkel et al., 1992]. In der subjektiven Einschätzung der Abstinenzfähigkeit, wie sie der KAZ-35 erfragt, scheint dies aber keine wesentliche Rolle zu spielen. Die Veränderung zwischen dem 2. und dem 18. Untersuchungstag lässt die Vermutung zu, dass im Verlauf der stationären Behandlung eine Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung stattfindet, die auf anderen Faktoren als denen der sozialen Situation beruht.

Abstinenzzuversicht und Depressivität

Desweiteren besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Abstinenzzuversicht und der Depressivität, gemessen mit Hilfe von Beck's Depressionsinventar (BDI). Zu Beginn der Entzugsbehandlung zeigten mehr als drei Viertel der Patienten eine mittel- bis schwergradige depressive Symptomatik. Dagegen konnten am Behandlungsende knapp zwei Drittel der Befragten als "unauffällig" eingestuft werden. Die Schwere der Depressivität korrelierte negativ mit der Abstinenzzuversicht. Patienten, die zu Beginn der Behandlung eine ausgeprägte depressive Symptomatik aufgewiesen hatten, verzeichneten einen geringeren Punktezuwachs im KAZ-35. Dagegen stieg die Abstinenzzuversicht bei jenen, die mit Symptomen einer mittelgradigen depressiven Störung in die Klinik gekommen waren, im Verlauf überproportional stark an.

Diese Beobachtungen korrespondieren mit dem Wissen um die psychische Symptomatik der Depression. Die Erkrankung geht unter anderem mit einem Verlust des Selbstvertrauens und im Sinne der kognitiven Triade nach Beck mit einer negativen Sicht auf das Selbst, die Welt und die Zukunft einher. Insofern ist unmittelbar einsehbar, dass aus einem depressiven Syndrom - das im übrigen sehr häufig mit der Suchterkrankung vergesellschaftet ist [z.B. Wittfoot, Driessen, 2000; Soyka, Lieb, 2004] - eine geringe Abstinenzzuversicht resultiert.

Behandlungskonzepte, die den Fokus nicht allein auf die Suchtproblematik richten, sondern die begleitenden psychischen (und ggf. auch somatischen) Störungen

mitberücksichtigen, haben nach aktueller Auffassung eine höhere Wirksamkeit und kommen dem Krankheitsmodell vieler Patienten entgegen [Wittfoot, Driessen, 2000].

Abstinenzzuversicht und Craving

Verlangen, Begierde, Sehnsucht, Gelüst - der englische Begriff "Craving" hat im Deutschen mehrere Übersetzungen. Im Zusammenhang mit einer Abhängigkeits-erkrankung spricht man von "Suchtdruck" und meint damit das aktuelle heftige Bedürfnis, die betreffende Substanz zu konsumieren. Craving ist der emotionale Imperativ Ich! Will! Jetzt! Sofort! Konsumieren!, dem rational der Abstinenzwunsch gegenüber steht. Die Abstinenzzuversicht könnte als Ergebnis einer kritischen Selbstreflexion und als Ausdruck des momentanen Verhältnisses dieser beiden widerstreitenden Kräfte aufgefasst werden.

Craving wird als "in hohem Maße zustandsabhängig" [Veltrup et al., 2001] beschrieben: phasenweise kaum oder nicht vorhanden, kann es mit oder ohne erkennbaren Auslöser plötzlich derart heftig und verhaltensbestimmend werden, dass sich der Betroffene wie ausgeliefert und fremdgesteuert erlebt. Entsprechend gering ist in solchen Situationen die Zuversicht, abstinent bleiben zu können. Andererseits fällt in Zeiten, in denen kein Craving spürbar ist, jeder zwingende Grund - rational zwingende Gründe für den Alkoholkonsum gibt es in den seltensten Fällen - zum Trinken weg, was wiederum die Abstinenzzuversicht wachsen lässt.

In der vorliegenden Untersuchung bestätigt sich der erwartete Zusammenhang: Diejenigen, die ihr aktuelles Suchtverlangen als hoch einschätzen, weisen eine etwas geringere Abstinenzzuversicht auf als jene, die momentanes Craving verneinen. Allerdings ist auch hier die statistische Korrelation eher schwach ausgeprägt, was erneut als Hinweis auf die Komplexität der Einfluss- und Zusammenhangsfaktoren gewertet werden kann.

Erwartungsgemäß nimmt der Suchtdruck im Verlauf der Entzugsbehandlung ab: verantwortlich hierfür ist neben der Kupierung von Entzugsbeschwerden durch eine medikamentöse Therapie vermutlich auch das Setting innerhalb des therapeutischen Rahmens. Wenn bisher die Beschaffung und der Konsum des Alkohols, sowie der Rausch und die Erholung vom Rausch zumindest bei schwer Abhängigkeits-erkrankten den Tagesablauf wesentlich bestimmten, bilden nun geregelte Aktivitäts- und Ruhephasen, regelmäßige Mahlzeiten, Morgen- und Abendrunden und die

verschiedenen therapeutischen Angebote eine Tagesstruktur, in der kaum Leerlauf und Langeweile entstehen.

Vielen, aber längst nicht allen Rückfällen geht ein als solches wahrgenommenes Craving voraus. Und längst nicht jedes Craving führt zum Rückfall [Junghanns et al., 2000]. Um die Bedeutung des Zusammenhangs von Abstinenzzuversicht bzw. Selbstwirksamkeitserwartung und Suchtdruck noch besser zu verstehen, wäre eine entsprechende Erweiterung des KAZ-35 denkbar, bei der nicht nur Situations-, sondern auch Emotionsbeschreibungen eine Rolle spielen. Im therapeutischen Rahmen erscheint es sinnvoll, das Erleben von Craving und dessen erfolgreichen Überstehens regelmäßig zu thematisieren und mit dem Patienten als konkrete Selbstwirksamkeitserfahrung zu interpretieren.

Veränderung der Abstinenzzuversicht im Behandlungsverlauf

Die Kernfrage dieser Untersuchung, ob und inwiefern sich die Abstinenzzuversicht im Verlauf einer qualifizierten Entzugsbehandlung verändert, kann bejaht werden. Insbesondere in den ersten Behandlungstagen kommt es zu einem signifikanten Anstieg. Dabei ist das Ausgangsniveau zum Therapiebeginn mit durchschnittlich 51 von 100 Punkten (im Wortlaut: „einigermaßen zuversichtlich“) schon relativ hoch. Wer sich in stationäre Entzugsbehandlung begibt, hat in der Regel nach einer mehr oder weniger langen Phase der Absichtslosigkeit, Absichtsbildung und Vorbereitung² einen Entschluss gefasst und eine Handlung initiiert und dieserart bereits eine Erfahrung der eigenen Selbstwirksamkeit gemacht. Davon ausgehend erscheint es naheliegend, auch die Abstinenz als „machbar“ wahrzunehmen und sich gegenüber den in der Befragung dargestellten möglichen Rückfallszenarien einigermaßen zuversichtlich zu zeigen. Der rasche Anstieg der Abstinenzzuversicht in den ersten Behandlungstagen erfolgt vor dem Hintergrund einer oftmals ausgeprägten körperlichen und psychischen Entzügigkeit, welche allerdings im Behandlungssetting in mannigfaltiger Weise – u.a. niedrighschwelliger Kontaktangebote insbesondere durch das Pflegepersonal, medikamentöse Linderung der Entzugsbeschwerden, Einbindung in eine therapeutische Gemeinschaft, strukturierter Tagesablauf, Herausnahme aus dem mit Alkohol assoziierten persönlichen Umfeld – aufgefangen wird. Somit ist auch hier die Möglichkeit gegeben, Selbstwirksamkeit zu erfahren, im

² vgl. Transtheoretisches Modell nach Prochaska und DiClemente, 1982

geschützten Rahmen dem Impuls, der zum Rückfall führt, nicht zu folgen, gewissermaßen „stark zu bleiben“ und wiederholt leibhaftig zu erleben, dass sich das Verlangen nach Alkohol überwinden lässt. Diese aktuelle „Selbsterfahrung“ fließt in die prognostischen Überlegungen ein: Was in der Klinik unter den widrigen Umständen des Alkoholentzuges gelingt, kann auch außerhalb gelingen. Der Entschluss zur Abstinenz selbst befördert die Zuversicht, sie aufrechterhalten zu können. Gerade die ersten Tage der Entzugsbehandlung, die den Beginn einer neuen Phase innerhalb der „Psychischen und Verhaltensstörung durch Alkohol“ markieren, ermöglichen einen veränderten Blick auf das Selbst, die Umwelt und das Suchtmittel, dessen Auswirkungen der Fragebogen zur Abstinenzzuversicht zumindest teilweise erfasst.

Der weitere Anstieg der per Fragebogen messbaren Abstinenzzuversicht erfolgt langsam aber stetig auf durchschnittlich 61 von 100 Punkten und damit in den Bereich „ziemlich zuversichtlich“. Zu einem Rückgang kommt es innerhalb des Messzeitraumes und in der von Untersuchungszeitpunkt zu Untersuchungszeitpunkt kleiner werdenden Stichprobe nicht. Als Wirkfaktoren im Sinne der Selbstwirksamkeitserwartung lassen sich hier neben der zunehmenden Dauer der tatsächlich gelebten Abstinenz auch intrapsychische Vorgänge vermuten, die sich aus der Situation des In-Therapie-Seins ergeben. Aus der Nüchternheit heraus erfolgt – allein, aber auch im Gespräch mit Angehörigen, Mitpatienten und Therapeuten – der Rückblick auf die Phase des Alkoholkonsums, auf die Situationen, die zum Trinken geführt haben und auf die Umstände, die bisher scheinbar keine Abstinenz zuließen. Diese Betrachtungen sind oftmals begleitet von Gefühlen der Scham, Traurigkeit und Wut, welche es zukünftig zu vermeiden gilt. Aus dem eher von außen vorgegebenen „Ich darf nicht mehr trinken“ wird nach mehr oder weniger bewusster Darstellung der Vor- und Nachteile des Konsums ein „Ich will nicht mehr trinken“, was sich idealerweise in der konkreten Auseinandersetzung mit möglichen Rückfallauslösern in ein „Ich werde nicht mehr trinken“ verwandelt.

Oftmals geben Patienten auf die Frage, unter welchen Umständen sie sich vorstellen könnten, rückfällig zu werden, einzig Extremsituationen an: „Wenn mein Partner stirbt“, „Wenn ich meine Arbeit verliere“, „Wenn ich eine schwere, unheilbare Krankheit bekomme“. Alltägliche Situationen, wie sie der KAZ-35 beschreibt, werden

hingegen meist als „zu geringfügig“ eingeschätzt. Darin deutet sich ein – möglicherweise krankheitsassoziiertes? – Hang zur Realitätsverkennung an, denn immerhin ereignen sich die meisten Rückfälle - so zeigt es die klinische Erfahrung - nicht aus katastrophalen Schicksalsschlägen, sondern aus alltäglichen Situationen und Emotionen heraus [Körkel, 1988; Körkel, 1996].

Veränderung der Abstinenzzuversicht in den vier Subskalen des KAZ-35

Hinsichtlich der vier im Fragebogen unterschiedenen Rückfallgründe bestätigt die vorliegende Untersuchung, was vorangegangene Erhebungen bereits zeigten: die Abstinenzzuversicht ist in den Bereichen „Austesten eigener Kontrollmöglichkeiten“ und „unangenehme Gefühle“ am niedrigsten. Während allerdings der *Anstieg* der Abstinenzzuversicht im Verlauf der Entzugsbehandlung in der Kategorie „unangenehme Gefühle“ jenem in den Subskalen „angenehme Gefühle“ und „sozialer Druck“ entspricht, bleibt er beim Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten deutlich hinter diesen zurück. Hierin scheint sich eine ganz grundsätzliche Erfahrung in der Erkrankung „Alkoholabhängigkeit“ widerzuspiegeln: gleich einem Vexierbild wechselt die Wahrnehmung stetig zwischen passivem Ausgeliefertsein („der Alkohol hat mich im Griff“) und aktivem, selbstwirksamen Handlungsvermögen („ich kontrolliere meinen Umgang mit dem Alkohol“). Darin stellt das Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten einen paradoxen, nämlich einen *gleichzeitig* passiven und aktiven Vorgang dar: der Test kann ge- oder misslingen und sein Ergebnis zeigt rückwirkend, ob die Annahme, auf der er beruhte, zutreffend war oder nicht. So drückt sich ein fragiler Aspekt des Selbst aus, den zu erleben der Umgang mit Alkohol nur eine von vielen Möglichkeiten ist. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung lassen den Schluss zu, dass die befragten alkoholabhängigen Menschen diese Problematik zumindest unbewusst wahrnehmen, indem sie die Abstinenzzuversicht in Situationen, in denen es um das Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten geht, als eher gering einschätzen und sich diese Einschätzung im Verlauf einer Entzugsbehandlung und bei insgesamt deutlich steigender Abstinenzzuversicht in vergleichsweise kleinem Ausmaß verändert.

Die größte Zuversicht, nicht rückfällig zu werden, haben die Befragten von vornherein in Situationen, in denen angenehme Gefühle eine Rolle spielen. Diese durch den

Konsum von Alkohol noch zu steigern oder zu verlängern, scheint eher dann naheliegend zu sein, wenn der Alkohol als Genuss- und nicht als Suchtmittel verstanden wird. Dennoch erfährt auch dieser Wert mit jeder Befragung eine weitere Zunahme und unterstützt damit die Annahme einer allgemeinen Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und des Selbstvertrauens im Alkoholentzug.

Die Auseinandersetzung mit dem sozialen Druck, der zum Alkoholkonsum verleiten kann, erfolgt im Rahmen einer stationären Entgiftung häufig ganz unmittelbar: Mitpatienten werden rückfällig, brechen die Behandlung ab, bekennen sich im informellen Austausch oder auch im Rahmen therapeutischer Gruppengespräche zu ihrem „Suchtdruck“ oder bringen als Neuzugänge im noch alkoholisierten Zustand die ganze Ambivalenz gegenüber dem Suchtmittel mit auf die Behandlungsstation. Zudem sehen sich viele Patienten aufgefordert, klare Entscheidungen bzgl. des ferneren Umgangs mit Alkoholabhängigen ihres privaten Umfeldes zu treffen.

Der Bereich „sozialer Druck“ erscheint aus therapeutischer Sicht der am besten zugängliche zu sein: in Gruppengesprächen kann das Nein-Sagen in Verführungssituationen ganz direkt geübt werden. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, welche schon aus der Entzugsbehandlung heraus aufgesucht werden können, bieten sich als Vorbild in der Ausübung einer alltagsfähigen Abstinenz und als Alternative für die Erfüllung sozialer Bedürfnisse an. Dennoch steigt der diesbezügliche Punktwert im Fragebogen zur Abstinenzsicherheit nicht überdurchschnittlich stark an. Hier wäre eine individuelle Analyse konkreter Rückfallszenarien interessant, aus der sich womöglich ein suchtspezifisches Gruppen-Training sozialer Kompetenzen ableiten ließe.

Unter den vier Kategorien hat jene, in der es um die Regulation negativer Gefühlszustände durch Alkohol geht, den engsten Bezug zu der bio-psychologischen Wirkung des Suchtmittels. Die Funktionalität des Substanzkonsums besteht darin, sich von als negativ bewerteten Emotionen wie Ärger, Frustration, Trauer, Scham, zu distanzieren und stattdessen Entspannung oder heitere bis euphorische Gefühlszustände zu erleben [z.B. Neubauer et al., 2007; Wurdak et al, 2010]. Dass hierfür mit der Zeit immer größere Mengen Alkohol benötigt werden und die erhofften Gefühle meist gar nicht eintreten, ist bekanntermaßen Teil des Suchtkonzepts, für das Verhalten der Betroffenen aber in der Regel unerheblich. Im Rahmen der

Qualifizierten Entzugsbehandlung geht es darum, alternative und wirksamere Methoden der Emotionsregulation kennenzulernen. Auch diese sind eng verknüpft mit dem Erleben von Selbstwirksamkeit. In Übereinstimmung mit der Gesamtbewertung nimmt die Abstinenzzuversicht in der Kategorie „Unangenehme Gefühle“ im Verlauf der Entzugsbehandlung signifikant zu, wobei auch hier der stärkste Anstieg in den ersten Behandlungstagen zu verzeichnen ist. Denkbar wäre, dass hier insbesondere das Erleben und rückfallfreie Überstehen negativer Gefühlszustände gerade zu Beginn der Entgiftung die Selbstwirksamkeitserwartung stärkt.

Daneben ist allerdings zu bemerken, dass auch die Entzugsmedikamente, wie z.B. das hier vorrangig eingesetzte Oxazepam, eine entspannende und entängstigende Wirkung haben, die der des Alkohols in Teilen vergleichbar ist. Somit erfolgt die deutliche Zunahme der Abstinenzzuversicht in den ersten Behandlungstagen zwar einerseits in einer Phase des ganz frischen Alkoholverzichts und der stärksten Belastung durch körperliche Entzugssymptome, andererseits aber zugleich in einem Zustand der medikamentösen Abschirmung und „Alkoholsubstitution“. Aussagekräftiger sind daher die Endwerte am 18. Behandlungstag, an dem üblicherweise bereits eine mehrtägige Abstinenz sowohl von Alkohol, als auch von Entzugsmedikamenten besteht. Zu diesem Zeitpunkt hat sich die Untersuchungsstichprobe halbiert, wobei die verbliebenen Patienten einer in mancher Hinsicht gerichteten Selektion unterliegen: eine Aufenthaltsdauer von über 10 Tagen ist üblicherweise jenen Patienten vorbehalten, welche im vergangen halben Jahr keine Qualifizierte Entzugsbehandlung in Anspruch genommen haben. Es sind jene, die bereit sind, drei Wochen in einen Krankenhausaufenthalt zu investieren, was u.a. als Ausdruck einer ernsthaften Bemühung um eine Veränderung in der Suchterkrankung interpretiert werden kann. Schließlich verbleibt am 18. Tag die Auswahl derer, die es bis dahin geschafft haben, nicht rückfällig zu werden oder aus anderen Gründen vorzeitig aus der Behandlung auszuschneiden. Diesbezüglich ist für die anderen Patienten, von denen kein Fragebogen vom 18. Tag vorliegt, keine Aussage möglich.

5.2 Studiendesign und Methodik

Die Besonderheit der vorliegenden Untersuchung gegenüber früher durchgeführten Studien liegt zunächst in der Größe der Stichprobe. Mehr als 450 Frauen und

Männer mit einer diagnostizierten Alkoholabhängigkeit konnten im Rahmen einer stationären qualifizierten Entzugsbehandlung über einen Zeitraum von drei Jahren rekrutiert und während ihres stationären Aufenthalts befragt werden. Mit einer Geschlechtsverteilung von 26 Prozent Frauen und 74 Prozent Männer und einem Altersdurchschnitt von 47 Jahren erwies sich die Stichprobe als repräsentativer Auszug aus dem Patientenkollektiv der Klinik.

Nur etwa 5 Prozent der Teilnehmer gaben eine andere als die deutsche Staatsbürgerschaft an, ca. 9 Prozent bejahten einen Migrationshintergrund. Hier liegt vermutlich ein Selektionsbias vor, da viele Patienten nicht-deutscher Herkunft auf Grund mangelnder Sprachkenntnisse nicht in die Studie aufgenommen werden konnten. Zuverlässige Aussagen darüber, inwiefern der nationale bzw. kulturelle Hintergrund Auswirkungen auf die Abstinenzzuversicht hat, können aus den vorliegenden Daten nicht getroffen werden. Zur tatsächlichen Anzahl von ausländischen Patienten bzw. solchen mit Migrationshintergrund gibt es innerhalb der routinemäßigen Dokumentation der Klinik keine Angaben.

Kritik der Methoden

Die Größe der Stichprobe der vorliegenden Untersuchung stellte nicht nur im positiven Sinne eine Besonderheit gegenüber vergleichbaren Studien dar, sondern erwies sich auch als Herausforderung: statt der ursprünglich geplanten 12 Monate betrug der Erhebungszeitraum letztendlich drei Jahre. In dieser Zeit vollzogen sich mehrere personelle Veränderungen. Unter Beachtung der Ein- und Ausschlusskriterien (z.B. Freiheit von jeglichem Beikonsum außer Nikotin, geplante Behandlungsdauer von 20 Tagen, Einschluss in die Studie spätestens am Tag nach der stationären Aufnahme) erfolgte die Auswahl der Untersuchungsteilnehmer zunächst sehr streng. Im Verlauf wurde der Rekrutierungsrahmen ausgeweitet. Die Gründe, warum einige Patienten die Teilnahme ablehnten oder von Seiten der Untersucher von vornherein nicht für die Studie rekrutiert wurden, Ursachen für einen möglichen Selektionsbias also, wurden nicht erfasst.

Um möglichst eine Vielzahl relevanter Merkmale im Verlauf einer stationären Entzugsbehandlung untersuchen zu können, wurden die Probanden mit einem umfangreichen Sortiment standardisierter Selbstbeurteilungsfragebögen konfrontiert, die im Einzelnen zumindest ein mittleres Maß an Konzentrations- und Selbst-

reflexionsvermögen erforderten. Inwieweit dies insbesondere in den ersten Tagen der Behandlung und unter den Bedingungen einer ausgeprägten körperlichen Entzugssymptomatik gegeben ist, lässt sich schwer nachvollziehen. Somit sind Verluste an Reliabilität bei einzelnen Patienten zumindest nicht auszuschließen.

Die Vielzahl der Aspekte, sowohl der Krankheit Alkoholabhängigkeit, als auch des Vorgangs der Entzugsbehandlung, die durch ein breites Spektrum an Befragungsinstrumenten untersucht werden sollten, bedingen zwangsläufig eine gewisse Oberflächlichkeit. Um das Thema "Abstinenzzuversicht im Verlauf einer stationären Entzugsbehandlung" genauer zu verstehen, wären in zukünftigen Studien vor allem weitere Gesichtspunkte der Selbstwirksamkeit (auch vermittelt durch Fremdbeurteilungsbögen) und des Cravings zu erfassen.

Schließlich wäre ein Follow-up von Interesse, aus dem hervorgeht, wie sich die Abstinenzzuversicht nach der Entlassung aus der Klinik unter Alltagsbedingungen weiterentwickelt und in welchem Zusammenhang sie mit der tatsächlichen Abstinenz steht. Allerdings: in Zeiten, in denen die Abstinenz nicht mehr als alleiniges Ziel der Behandlung Alkoholabhängiger besteht, wäre womöglich auch nach einem moderneren Abbild für Selbstwirksamkeit und Selbstkongruenz zu suchen. Diese könnten sich z.B. im souveränen Umgang mit dem "Symptom" Rückfall zeigen: wie rasch gelingt es dem Abhängigkeitserkrankten, seinen Alkoholkonsum als Rückfall anzuerkennen und gegensteuernde Maßnahmen einzuleiten? Welche Möglichkeiten stehen ihm zur Verfügung, den "Ausrutscher" ("lapse", vgl. Marlatt, 1999) nicht zum Rückfall ("relapse") werden zu lassen? Und welchen Beitrag könnte die Nutzung moderner Medien (z.B. eine "Warn-App" beim Kauf von Alkohol, niedrigschwellige online-Kontakte zu den Mitgliedern der Selbsthilfegruppe, Anreiz- und Belohnungssysteme) im Sinne einer freiwilligen Selbstkontrolle leisten? (Erste Untersuchungen hierzu erfolgen derzeit im Rahmen von Studienprojekten, wie beispielsweise "SaluSmart" an der Universität Heidelberg [SaluSmart online, 2015; DGS online, 2015]).

5.3 Einordnung der Studie in die bisherige Forschungslandschaft

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie ordnen sich weitgehend widerspruchlos in das allerdings recht heterogene Feld früherer Untersuchungen ein. So wiesen bereits

die Erfinder des KAZ-35 einen Zuwachs der Abstinenzzuversicht innerhalb einer 10- bis 15-wöchigen Entwöhnungsbehandlung [Schindler et al., 1997; Burling et al., 1989; Rist et al., 1983] nach. Auch wurde die eher geringe Abstinenzzuversicht in den Subskalen "negative Gefühle" und "Austesten der eigenen Kontrolle" [Schneider et al., 2005; Bischof et al., 2002], respektive der höhere Zuwachs der Abstinenzzuversicht in den Bereichen "soziale Verführung" und "positive Gefühle" [Johann et al., 2003] bereits beschrieben. Allerdings beziehen sich die genannten Untersuchungen zumeist auf eine geringere Fallzahl, einen längeren Zeitraum und einen anderen therapeutischen Zusammenhang, nämlich den der Alkoholentwöhnung und nicht den des, oft von körperlich-vegetativen Beschwerden begleiteten, Alkoholentzugs. Insofern stellt die vorliegende Arbeit eine Ergänzung zu dem bereits Bestehenden dar, die auch der Tatsache Rechnung trägt, dass nur ein Teil der Patienten mit Alkoholabhängigkeit eine Langzeittherapie in Anspruch nimmt, während weitaus mehr Personen im ambulanten Setting und in Krankenhäusern der Akutversorgung erreicht werden können [Drogen- und Suchtbericht 2015, online].

Der Einfluss biologischer, sozialer und Krankheitsfaktoren auf die *Abstinenzzuversicht* war bisher kaum Gegenstand der Forschung. Allerdings werden in mehreren Untersuchungen Ehe, Arbeit und gesicherte Wohnverhältnisse als positive prädiktive Faktoren für eine längerfristige Abstinenz eingestuft [z.B. Bischof et al., 2001; Feuerlein et al., 1998; Körkel, Lauer, 1995; Henkel et al., 1992].

Schindler und Kollegen stellten in ihrer Untersuchung zur Testtheoretischen Güte des KAZ-35 [Schindler et al., 1997] fest, dass Geschlecht, Familien- und Erwerbssituation keinen Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten zu Behandlungsbeginn hatte, was im Widerspruch zu den Ergebnissen dieser Studie steht. Auch hier muss allerdings berücksichtigt werden, dass sich das therapeutische Setting (Langzeittherapie vs. Qualifizierter Entzug) in den beiden Untersuchungen unterscheidet.

6. Schlussbemerkung

Wie im ersten Teil dieser Arbeit gezeigt, lässt die Einschätzung der momentanen Abstinenzzuversicht keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Abstinenzfähigkeit zu – möglicherweise würde ein parallel durchgeführter Persönlichkeitstest in Verbindung mit der genauen Analyse zurückliegenden Rückfall- und Trinkverhaltens diesbezüglich zuverlässigere Angaben erlauben. Der KAZ-35 ist kein prognostisches Instrument. Vielmehr liegt die Bedeutung dieses Fragebogens in der Beschreibung eines aktuellen Zustandes und einer aktuellen Einstellung des Abhängigen zu sich selbst und zu seiner Erkrankung. Die vorliegende Untersuchung konnte zeigen, dass sich die Selbstwirksamkeitserwartung – im Kontext der Suchtbehandlung dargestellt als Abstinenzzuversicht – und daraus abgeleitet auch das Selbstwertgefühl im Verlauf einer dreiwöchigen qualifizierten Entzugsbehandlung kontinuierlich verbessern. Frühere Untersuchungen (z.B. Schindler et al., 1997) bestätigen die Annahme, dass bis zum Ende einer mehrmonatigen Entwöhnungsbehandlung noch ein weiterer Anstieg zu verzeichnen ist.

Zudem konnte gezeigt werden, dass die Abstinenzzuversicht nicht so sehr von äußeren, statischen Faktoren wie Alter, Geschlecht, sozialem Status, Dauer und Schwere der Suchterkrankung, sondern mehr vom psychischen (Selbst-)Erleben abhängt. Dieses wiederum wird geprägt durch die Erfahrungen der Selbstwirksamkeit.

Nimmt man Abstand vom alten Paradigma der Abstinenz als alternativlosem Therapieziel, so lässt sich in der Abstinenzzuversicht eine eigenständige Ressource erkennen, welche es zu fördern und zu nutzen gilt. Die zunächst rein kognitive Selbstwirksamkeitserwartung muss sich dann schon innerhalb der Entgiftungsbehandlung nicht ausschließlich auf das Thema Alkohol beziehen, sondern sollte erweitert werden auf andere Beschäftigungsfelder, in denen reale Erfahrungen mit der Selbstwirksamkeit gemacht werden können. Therapeutische Aufgabe ist es, innerhalb des kurzen Zeitfensters, das durch den Krankenhausaufenthalt zur Verfügung steht, dem wachsenden Selbstvertrauen möglichst viel praktisches Substrat für seine eigene Bestätigung zu geben. Bisher werden hierfür insbesondere die (primär ich-bezogenen) bewegungs- und kreativtherapeutischen Angebote eingesetzt. Denkbar wäre ergänzend ein früh einsetzendes Programm sozialer Verantwortlichkeit, beispielsweise durch Patenschaften, wie sie im poststationären Selbsthilfesektor verbreitet sind.

7. Zusammenfassung

Veränderung der Abstinenzzuversicht im Verlauf einer stationären qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung und ihre Beeinflussung durch soziale und suchtbezogene Faktoren, Depressivität und Craving.

Die Dissertation befasst sich mit der Veränderung der Abstinenzzuversicht im Verlauf einer stationären Qualifizierten Entzugsbehandlung und prüft eine mögliche Beeinflussung durch Alter, Geschlecht, Arbeits-, Wohn- und Familiensituation, Depressivität und Craving. Über einen Zeitraum von drei Jahren wurden 453 Patienten im Rahmen ihrer Behandlung in der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Asklepios Klinik Nord in Hamburg befragt. Ihnen wurden an maximal vier Zeitpunkten während der Entzugsbehandlung Fragebögen vorgelegt, welche u.a. den Fragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35), Beck's Depression Inventory (BDI) und drei Visuelle Analogskalen (VAS) zum Craving enthielten.

Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Zunahme der Abstinenzzuversicht insbesondere innerhalb der ersten Woche des stationären Aufenthaltes. Dabei erfolgt der größte Anstieg der Punktwerte in der Unterskala "Rückfall durch Sozialen Druck". Die geringste Abstinenzzuversicht und zugleich ihr geringster Anstieg im Behandlungsverlauf besteht in Situationen, in denen die eigene Kontrollfähigkeit hinsichtlich des Alkoholkonsums getestet wird. Das Lebensalter, die Dauer der Abhängigkeitserkrankung und die Menge des regelmäßig konsumierten Alkohols haben keinen Einfluss auf die Veränderung der Abstinenzzuversicht. Frauen weisen zunächst eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung bzgl. möglicher Rückfallsituationen auf, erreichen aber einen größeren Zuwachs an Abstinenzzuversicht innerhalb des Behandlungsverlaufs. Das Leben in einer Partnerschaft, stabile Wohnverhältnisse und eine aktuelle Berufstätigkeit korrelieren positiv mit einer höheren Abstinenzzuversicht zu Behandlungsbeginn. Auf die Steigerung der Abstinenzzuversicht haben diese Faktoren jedoch keinen signifikanten Einfluss. Depressivität und Craving gehen zu allen Zeitpunkten der Untersuchung mit einer geringeren Abstinenzzuversicht einher.

Die Ergebnisse werden hinsichtlich einer möglichen Bedeutung für die inhaltliche Gestaltung der Alkoholentzugsbehandlung diskutiert.

Summary

Changes of the Abstinence Confidence within a Qualified Withdrawal Treatment and its influence by social and addiction-related parameters, depression and craving.

This dissertation is concerned with the changes of the abstinence-confidence within a stationary qualified withdrawal treatment and questions a possible influence of age, sex, the circumstances of habitation, work and relationship, depression and craving. Over a period of three years 453 patients were included in the study while being in treatment in the clinic for addiction of Asklepios Klinik Nord, Hamburg. At the most on four points within the withdrawal-treatment they got the questionnaires, which include beside others the Abstinence Confidence Questionnaire (KAZ-35), Beck's Depression Inventory (BDI) and three Visual Analog Scales (VAS) for the craving.

It could be shown that there's a considerable increase of the abstinence confidence especially in the first week of treatment. The biggest gain of points was found in the sub-scale of "relapse forced by social pressure". The least abstinence confidence and its smallest increase is held in situations in which the own capability of taking control on the consumption of alcohol is tested.

Age, duration of addiction disease and the amount of the daily drunken alcohol don't have influence on the abstinence confidence. Women show initially lesser Self Efficacy Expectations referring to potential situations of relapse. But within the time of treatment they reach a bigger increase in abstinence confidence. Living together with a partner, living in stable conditions and having work correlates positively with a bigger abstinence confidence in the beginning of the treatment. However, these factors don't have influence on the enhancement of abstinence confidence. Depression and craving coincidence at all times with a lesser abstinence confidence. The results are discussed with regard to a possible significance for the arrangement of the stationary withdrawal treatment.

8. Literatur

Adams, M.; Effertz, T. (2011): Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums. In: Singer, M.V.; Batra, A.; Mann, K. (Hrsg.): Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme-Verlag, Stuttgart, S. 57-61.

Ajzen, I. (1985): From intentions to actions: A theory of planned behavior. In: J. Kuhl und J. Beckmann (Hrsg.), Action-control: From cognition to behavior. Springer Verlag, Heidelberg, S. 11-39.

Allen, J.P., Wilson, V.B. (Hrsg.): Assessing Alcohol Problems - A guide for Clinicians and Researchers, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, Bethesda, 2. Auflage, 2003

Annis H.M., Davis C.S. (1988): Assessment of expectancies. In: Donovan, D.M., Marlatt, G.A. (Hrsg.): Assessment of addictive behaviors. Guilford Press, New York, S. 84–111.

Annis, H.M., Graham, J.M. (1988): Situational Confidence Questionnaire (SCQ-39). User's Guide. Addiction Research Foundation, Toronto.

Annis, H.M., Martin, G. (1985): Drug-Taking Confidence Questionnaire. Addiction Research Foundation, Toronto.

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

Bauer, U., Hasenöhr, A. (2000): Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung und konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). In: Sucht, 46 (4), S. 250-259.

Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. In: Archives of General Psychiatry, 4, S. 561-571.

Bischof, G., Rumpf, H.J., Hapke, U., Meyer, C., John, U. (2001): Factors influencing remission from alcohol dependence without formal help in a representative population sample. In: Addiction. 2001, 96(9), S. 1327-1336.

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

Bott, K.E., Rumpf, H.J., Bischof, G., Meyer, C., Hapke, U., John, U. (2003): Der Alkoholabstinenz-Selbstwirksamkeitsfragebogen: deutsche Version (AASE-G). In: Glöckler-Rist A., Rist F, Küfner H. (Hrsg.): Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES), Version 3.00. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim.

Breslin, F. C., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Agrawal, S. (2000): A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. In: Behaviour research and therapy, 38 (12), S. 1211-1220.

Burling, T.A., Reilly, P.M., Moltzen, J.O., Ziff, D.L. (1989): Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome. In: Journal of Studies on Alcohol, 50, S. 354-360.

Croissant, B., Mann, K. (2003): Qualifizierter Entzug - Die stationäre Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen und ihre ambulante Fortführung. In: Klinikarzt - Medizin im Krankenhaus, 32(9), S. 306-312.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2003): Leitlinie, Entwicklungsstufe 2. In: Sucht 49(3), S. 147-167.

Fäh, M., Sieber, M., Uchtenhagen, A. (1990): Der Glaube ans Widerstehen-Können. Eine prospektive Längsschnittstudie zur Vorhersage von Abstinenz bei stationär behandelten Alkoholikern. In: Sucht, 37, S.26-36.

Feuerlein, W., Küfner, H., Soyka, M. (1998): Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie, Thieme-Verlag, Stuttgart, 5. Auflage.

Fishbein, M., Ajzen, I. (1975): Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading MA.

Funke, W., Scheller, R. (2004): Differentielle Indikation und Sucht: Einflüsse des Geschlechts auf die Alkoholentwöhnungsbehandlung. In: Abhängigkeiten, 10 (3), S. 63-77.

Geyer, D., Batra, A., Beutel, M. (2006): AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. In: Sucht 52(1), S. 8-34.

Graubner, B. (2013): ICD-10-GM 2014 : Internationale statistische Klassifikationen der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Deutscher Ärzteverlag, Köln.

Grönemeyer, Herbert (1984): Alkohol. In: 4630 Bochum, EMI-Tonstudio, Köln.

Haller, V. (2011): Alkoholabhängigkeit - Wirkfaktoren stationärer Therapie und ambulanter Nachsorge; Inauguraldissertation an der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln.

Hauler, D. V. (2014): Abstinenzzuversicht, Selbstwirksamkeitserwartungen und Rückfallwahrscheinlichkeit bei Alkoholabhängigen; Dissertation an der Universität Regensburg.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1994): BDI - Beck-Depressionsinventar. Verlag Hans Huber, Bern.

Henkel, D. (1992): Arbeitslosigkeit und Alkoholismus: Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge. Deutscher Studien Verlag, Weinheim.

Holmila, M., Raitasalo, K. (2005): Gender differences in drinking: why do they still exist? In: *Addiction*, 100, S.1763-69.

Hunter, T. A., Salomone P. R. (1987): Dry drunk symptoms and alcoholic relapse. In: *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 18, S. 22-25.

Jellinek, E.M. (1960): *The Disease Concept of Alcoholism*. College and University Press, New Haven.

Johann, M., Bobbe, G., Franke, E., Wodarz, N. (2003): Rückfallpräventionsgruppe bei alkoholabhängigen Patienten. In: *Psychiatrische Praxis*, 30 (2), S.125-128, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

John, U., Hanke, M. (2002): Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country - Germany. In: *Alcohol and Alcoholism*, 37 (6), S. 581-585.

Jonas, K., Eder-Jonas, R. (1995): Rückfälle Alkoholabhängiger aus Sicht der Theorie geplanten Verhaltens. In: Joachim Körkel (Hrsg.): *Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*, Enke-Verlag, Stuttgart, S. 52-60.

Junghanns, K., Wetterling, T., Driessen, M., Veltrup, C. (2000): *Craving und dessen Modifikation bei Alkoholkranken*. In: *Spektrum psychiatrischer Arbeit*, Springer Verlag, Wien, S. 129-142.

Körkel J. (1996): Neuere Ergebnisse der Katamneseforschung, Folgerungen für die Rückfallprävention. In: *Abhängigkeiten*, 2, S. 39-60.

Körkel, J., Lauer, G. (1988): Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik und Überblick über den Forschungsstand. In: J. Körkel (Hrsg.) *Der Rückfall des Suchtkranken*. Springer Verlag, Berlin, S. 3-122.

Körkel, J., Lauer, G. (1995): Rückfälle Alkoholabhängiger: Ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse und -trends. In: J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*, Enke-Verlag, Stuttgart, S. 158-185.

Körkel, J., Schindler, C. (1996): Der "Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht" (KAZ-35) - Ein Instrument zur Erfassung der abstinenzenorientierten Kompetenzzuversicht Alkoholabhängiger. In: *Sucht*, 42, S. 156-166.

Körkel, J., Schindler, C., Hannig, J. (2002): Die Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA-16 und HEISA-38). In: A. Glöckner, F. Rist & H. Kufner (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 2.00. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim.

Körkel, J.; Schindler, C. (2003): *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen, Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.

- Lange, W., Veltrup, C., Driessen, M. (1999): Entgiftung und qualifizierte Entzugsbehandlung: Kurz-, mittel- und langfristige Katamnesen. In: Sucht, 45, S. 235-244.
- Lemle, R., Mishkind, M.-E. (1989): Alcohol and masculinity. In: Journal of Substance Abuse Treatment, 6, S. 213-222.
- Lindenmeyer, J. (1999): Alkoholabhängigkeit (Reihe Fortschritte der Psychotherapie). Hogrefe-Verlag, Göttingen.
- Loeber, S., Kiefer, F., Wagner, F., Mann, K., Croissant, B. (2009): Behandlungserfolg nach qualifiziertem Alkoholentzug. Vergleichsstudie zum Einfluss motivationaler Interventionen. In: Der Nervenarzt, 80(9), S. 1085-1092.
- Mann, K. (2002): Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen. In: Deutsches Ärzteblatt, 99 (10), S. 632-644.
- Mann, K. F., Diehl, A., Hein, J., Heinz, A. (2010): Alkoholabhängigkeit. In: Therapie psychischer Erkrankungen State of the Art. In: Vorderholzer, U. und Hohagen, F. (Hrsg.), 5. Auflage, Elsevier GmbH Urban & Fischer Verlag, München, S. 24-28.
- Mann, K., Stetter, F., Günthner, A., Buchkremer, G. (1995): Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. In: Deutsches Ärzteblatt, 45B, S. 2217-2221.
- Marlatt, G. A. (1985a): Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the Model. In Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (Hrsg.), Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Guilford-Verlag, New York, S. 3-70.
- Marlatt, G. A. (1985b): Situational determinants of relapse and Skill-training interventions. In Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (Hrsg.), Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Guilford-Verlag, New York, S. 71-127.
- Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1980): Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In P. O. Davidson & S. M. Davidson (Hrsg.), Behavioral medicine: Changing health lifestyles. Brunner/Mazel-Verlag, New York, S. 410-452.
- Marlatt, G.A., Barrett, K., Daley, D. C. (1999): Relapse Prevention. In: The American Psychiatric Press textbook of substance abuse treatment. American Psychiatric Press, Washington D.C., S. 353-366.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (1999): Motivierende Gesprächsführung. Lambertus-Verlag, Freiburg.
- Müller, R. (2012): Auswirkungen der „Male Depression“ auf die Abstinenzsicherheit bei alkoholabhängigen Männern und Frauen im Rahmen des ambulanten Suchthilfesystems. Nach Marlatt et al. (1985) in: Masterthesis im Studiengang Suchthilfe/Suchttherapie an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Köln.

Neubauer, F., Schwoon, D., Gemeinhardt, B., Dahme, B. (2007): Zur Komorbidität von Sucht und Angst: Ein Vergleich der Psychopathologie bei Alkoholabhängigen mit und ohne Angststörung. In: Suchttherapie, 8(2), S. 67-73.

Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E., Piontek, D. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht, 59(6), S. 321-331.

Poppele, G., Schwoon, D.R., Maylath, E., Schulz, P. (2005): Qualifizierter Entzug bei Alkoholabhängigen in internistischen Abteilungen – notwendiges Angebot vor dem Aus? In: Hamburger Ärzteblatt 12/05, S. 590-592.

Poppele, G., Anders, H. (2009): Qualifizierter Entzug 60plus-Patientinnen und Patienten – Entwicklungen, Erfahrungen und Perspektiven eines altersspezifischen Motivationsangebots. In: Suchttherapie, 10 (1), Georg Thieme Verlag Stuttgart, S. 28-31.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of therapy. In: Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 19, S. 267-288.

Rehm, J., Taylor, B., Patra, J. (2006): Volume of alcohol consumption, patterns of drinking and burden of disease in the European region 2002. In: Addiction, 101, S. 1086-1095.

Richter, D., Venzke, A., Settelmayer, J., Reker, T. (2002): Häufige Wiederaufnahmen suchtkranker Patienten in die stationäre psychiatrische Behandlung - „Heavy User“ oder chronisch Kranke? In: Psychiatrische Praxis, Georg Thieme Verlag Stuttgart, S. 364-368.

Rist, F., Watzl, H. (1983): Self-assessment of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. In: Addictive Behaviors, 8, S. 121-127.

Röttger, M., Lutz, W. (2014): Transtheoretisches Modell. In: M. A. Wirtz (Hrsg.), Dorsch – Lexikon der Psychologie, Verlag Hans Huber, Bern, 17. Aufl., S. 1686.

Rumpf, H.J., Kiefer, F.(2011): DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssuchte. In: Sucht, 57(1), 45-48; und: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM-5: Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai et al.

Sandahl, C., Lindberg, S., Rönnerberg, S. (1990): Efficacy expectations among alcohol-dependent patients – A swedish version of the Situational Confidence Questionnaire. In: Alcohol & Alcoholism, 25, S. 67-73.

Saunders, B., Baily, S., Phillips, M., Allsop, S. (1993): Women with alcohol problems: do they relapse for reasons different to their male counterparts? In: Addiction 88 (10), S. 1413– 1422.

- Schindler, C., Körkel, J., Grohe, G., Stern, M. (1997): Testtheoretische Güte des "Kurzfragebogens zur Abstinenzzuversicht" (KAZ-35): Validität und Reliabilität. In *Sucht*, 43, S. 319-328.
- Schmidt, L.G., Mundle, G., Banger, M., Stetter, F., Soyka, M., Veltrup, C., Mann, K. (2002): Die "Qualifizierte Entgiftung Alkoholkranker"-im Lichte der Entwicklung von Behandlungsleitlinien für substanzbezogene Störungen. In: *ZaeFQ*, 96, S. 295-300.
- Schneider, S., Brenner, R., Funke, W., Garbe, D. (2002): Abstinenzzuversicht und ihre Bedeutung für Therapieplanung und Prognose bei alkoholabhängigen Therapiewiederholern. In: *Suchttherapie*, 3, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S.29-34.
- Schott, Heinz (2001): Das Alkoholproblem in der Medizingeschichte. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 98A (30), S. 1958–1962.
- Schulz, P. (2000): Der Qualifizierte Alkoholentzug in der Inneren Medizin: Vergleich mit zwei psychiatrischen Abteilungen; Dissertation am UKE, Hamburg.
- Schwoon, D.R. (2000): Inhaltliches Konzept für die Qualifizierte Entzugsbehandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger im Bereich Legale Drogen (Haus 10) der 7. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie – Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen – Klinikum Nord, Ochsenzoll, LBK Hamburg.
- Simon, A., Hartmann, U., Schulz, W. (2009): Therapiemotivation alkoholabhängiger Patienten in qualifizierter Entzugsbehandlung. In: *Suchttherapie*, 10 (3), Georg Thieme Verlag Stuttgart.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C. (1993): *Problem Drinkers: Guided Self-Change Treatment*. Guilford Press, New York.
- Sohns, R., Lauer, G. (1995): Rückfallkonstruktion mit Alkoholabhängigen: Eine qualitativ-quantitative Analyse. In: J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.). *Sucht und Rückfall*. Enke-Verlag, Stuttgart, S. 80-94.
- Soyka, M., Lieb, M. (2004): Depression und Alkoholabhängigkeit - neue Befunde zu Komorbidität, Neurobiologie und Genetik. In: *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 5(3), S. 37-46.
- Tappe, Heinrich: Gewandelte Einstellungen zum Alkoholkonsum, Alkoholverbrauch in Deutschland, Entwicklung, Einflussfaktoren und Steuerungsmechanismen des Trinkverhaltens im 19. und 20. Jahrhundert. In: *Der Bürger im Staat*, 4, S.213-218.
- Veltrup, C., Einsle, F., Lindenmeyer, J., Wetterling, T., Junghanns, K. (2001): Die Erfassung des Cravings bei Alkoholabhängigen. In: *Suchttherapie*, 2(01), S. 14-24.
- Verthein, U., Reimer, J., Behrendt, K. (2010): Evaluation der qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung im Klinikum Nord – eine naturalistische Beobachtungsstudie; Studiendesign, Hamburg.

Vollmer, H.C., Domma-Reichart, J. (2015): Psychische Belastung, Selbstwirksamkeitserwartung und Abstinenz alkoholabhängiger Patienten nach stationärer Behandlung. In: Suchttherapie EFirst, Thieme Verlag, Stuttgart.

Wehberg, R. (1887): Wider den Missbrauch des Alchoholes, zumal am Krankenbette. Medicinische und volkswirtschaftliche Betrachtungen. Heuser-Verlag, Berlin, Neuwied.

Wetterling, T., Kanitz, R.-D., Besters, B., Speil, G. (1995): Skala zur Erfassung des Schweregrads eines Alkoholentzugssyndroms (AWS-SCALE) – Erste klinische Erfahrungen. In: Mann K. & Buchkremer G. Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. Sucht Sonderband. Neuland-Verlag, Geesthacht, S. 41-43.

Wirtz, M.A. (Hrsg.): Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35). In: Dorsch – Lexikon der Psychologie. Verlag Hans Huber, Bern, 2014, 17. Aufl., S. 908.

Wittfoot, J., Driessen, M. (2000): Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität - ein Überblick. In: Suchttherapie, 1(1), Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S. 8-15.

Wurdak, M., Dörfler, T., Eberhard, M., Wolstein, J. (2010): Tagebuchstudie zu Trinkmotiven, Affektivität und Alkoholkonsum bei Jugendlichen. In: Sucht, 56, S. 175-182.

online:

Behandlungskonzept der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, Asklepios Klinik Nord, Hamburg

URL: http://www.asklepios.com/nord_O32B.Asklepios
(zuletzt aufgerufen am 11.06.2014)

Patienteninformationen der Station O32A, Asklepios Klinik Nord, Hamburg

URL:
http://www.asklepios.com/upload/Patienteninformation_StationO32A_Alkohol_und_Medikamententzug_29551.pdf
(zuletzt aufgerufen am 11.06.2014)

AWMF: S3-Leitlinie - Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen, Kurzversion, AWMF-Register 076-001, Stand: 30.01.2016;
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001k_S3_Alkohol_2016-02_01.pdf
(zuletzt aufgerufen am 25.03.2016)

Brunold, Robin: Die Geschichte der deutschen Anti-Alkohol- und Abstinenzbewegung (2013, überarbeitet 2014),

URL: <http://www.geschichte-lernen.net/geschichte-deutsche-anti-alkohol-und-abstinenzbewegung/#Die%20erste%20deutsche%20Anti-Alkoholbewegung>
(zuletzt aufgerufen am 25.03.2016)

[der Text basiert auf R. Brunolds Magisterarbeit "Der Touristenverein „Die Naturfreunde“ und das Problem des Alkohol- und Tabakkonsums zur Zeit der Weimarer Republik", die der Autorin vorliegt]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Alkohol.

URL: <http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html>

(zuletzt aufgerufen am 09.09.2014)

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Alkohol - Situation in Deutschland.

URL: <http://drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/alkohol-situation-in-deutschland.html>

(zuletzt aufgerufen am 10.06.2014)

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogenbericht 2015.

URL: [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/2015_Drogenbericht_web_010715.pdf)

[dba/Service/Publikationen/2015_Drogenbericht_web_010715.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/2015_Drogenbericht_web_010715.pdf)

(zuletzt aufgerufen am 16.04.2016)

Duden online.

<http://www.duden.de>

(zuletzt aufgerufen am 25.03.2016)

Deutsche Gesellschaft für Psychologie: Die Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht.

URL:

http://www.dgps.de/fachgruppen/diff_psy/pdf/instrumente/Abstinenzzuversicht2.pdf

(zuletzt aufgerufen am 25.03.2016)

Rahmenkonzept für die stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung alkoholkranker Menschen in Nordrhein-Westfalen

URL: <http://www.lwl.org/ks-download/downloads/AKQE/QE-Rahmenkonzept.pdf>

(zuletzt aufgerufen am 10.06.2014)

Salusmart, Universitätsklinikum Heidelberg.

URL: <https://www.salusmart.de/>

(zuletzt aufgerufen am 14.02.2016)

Kramer, D. (2015): Einsatz neuer Medien in Prävention, Therapie und Nachsorge Abhängigkeitserkrankter, Wissenschaftliches Gespräch, Salus Klinik Friedrichsdorf, 23.04.2015

http://www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/tagungen/Kramer.pdf

(zuletzt aufgerufen am 16.04.2016)

9. Anhang

9.1 Entzugsschema Oxazepam

Großes Oxazepam-Schema

1. Tag	ab 1,5 Promille 4x30 mg plus 2x30 mg Bedarf
2. Tag	30-30-30-30 mg plus 1x30 mg Bedarf
3. Tag	30-30-30-30 mg
4. Tag	30-20-20-30 mg
5. Tag	20-20-20-20 mg
6. Tag	20-10-10-20 mg
7. Tag	10-10-10-10 mg
8. Tag	10-0-10-10 mg
9. Tag	10-0-0-10 mg
10. Tag	0-0-0-10 mg

Kleines Oxazepam-Schema

1. Tag	ab 1,5 Promille 4x20 mg plus 2x20 mg Bedarf
2. Tag	20-20-20-20 mg
3. Tag	20-10-10-20 mg
4. Tag	10-10-10-10 mg
5. Tag	10-0-0-10 mg

9.2 Entzugsschema Clomethiazol

Großes Distraneurin-Schema

1. Tag	ab 1,5 Promille bis 2 stdl. 2 Kps. Distra
2. Tag	2-2-2-2 Kps.
3. Tag	2-2-2-2 Kps.
4. Tag	2-1-2-2 Kps.
5. Tag	2-1-1-2 Kps.
6. Tag	1-1-1-2 Kps.
7. Tag	1-1-1-1 Kps.
8. Tag	1-0-1-1 Kps.
9. Tag	1-0-0-1 Kps.
10. Tag	0-0-0-1 Kps.

Kleines Distraneurin-Schema

1. Tag	ab 1,5 Promille bis 2 stdl. 2 Kps. Distra
2. Tag	2-2-2-2 Kps.
3. Tag	2-1-1-2 Kps.
4. Tag	1-1-1-1 Kps.
5. Tag	1-0-0-1 Kps.

1 Kps. Distraneurin = 5 ml Distraneurin

9.3 Fragebogen KAZ-35

Im Folgenden sind 35 Situationen geschildert, in denen manche Leute wieder mit dem Trinken anfangen. Schätzen Sie bitte ein, wie zuversichtlich Sie in jeder der 35 Situationen sind, dem Trinken widerstehen zu können.

Bemühen Sie sich um eine ehrliche Einschätzung Ihrer persönlichen Zuversicht. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten!

	Ich bin zuversichtlich, dem Trinken widerstehen zu können ...	überhaupt nicht 0	wenig 20	einigermaßen 40	ziemlich 60	sehr 80	total 100
1.	wenn ich mich von Freunden abgelehnt fühle	<input type="checkbox"/>					
2.	wenn ich eingeladen bin und man mir ein alkoholisches Getränk anbietet	<input type="checkbox"/>					
3.	wenn ich eine Flasche meines Lieblingsgetränkes geschenkt bekomme	<input type="checkbox"/>					
4.	wenn ich anfangen zu glauben, dass Alkohol kein Problem mehr für mich ist	<input type="checkbox"/>					
5.	wenn mich andere Leute in meiner Nähe nervös machen	<input type="checkbox"/>					
6.	wenn ich mit Freunden in eine Kneipe gehe	<input type="checkbox"/>					
7.	wenn ich gegenüber einer anderen Person meine Gefühle nicht ausdrücken kann	<input type="checkbox"/>					
8.	wenn mich andere Leute unfair behandeln	<input type="checkbox"/>					
9.	wenn der Gedanke auftaucht, vielleicht doch nach ein oder zwei Gläsern wieder aufhören zu können	<input type="checkbox"/>					
10.	wenn ich mich zuversichtlich und entspannt fühle	<input type="checkbox"/>					
11.	wenn ich denke, dass ich inzwischen ein anderer Mensch geworden bin und vielleicht doch ein wenig Alkohol vertragen kann	<input type="checkbox"/>					
12.	wenn ich mich ganz großartig fühle	<input type="checkbox"/>					
13.	wenn ich mich sicher fühle, dass ich ein paar Gläschen vertragen könnte	<input type="checkbox"/>					
14.	wenn ich mit dem Gedanken spiele Alkohol wieder auszuprobieren, um meine Grenzen kennenzulernen	<input type="checkbox"/>					
15.	wenn andere Leute mich offensichtlich nicht leiden können	<input type="checkbox"/>					
16.	wenn ich mich mit meiner Selbstkontrolle über Alkohol beschäftige und überlege, ob ich probeweise etwas trinken soll	<input type="checkbox"/>					

	Ich bin zuversichtlich, dem Trinken widerstehen zu können ...	überhaupt nicht 0	wenig 20	einigermaßen 40	ziemlich 60	sehr 80	total 100
17.	wenn ich denke, dass ich geheilt bin und vielleicht doch mit Alkohol umgehen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	wenn mir alles gut gelingt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	wenn ich auf einem Fest bin und andere Leute trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	wenn ich in Dingen, die ich zu tun versuche, Fehlschläge erleide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	wenn ich mit etwas, das ich getan habe, zufrieden bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	wenn ich mit jemandem im Restaurant bin und die andere Person Alkohol bestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	wenn mir alles schief geht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	wenn ich mit einem Freund/einer Freundin feiern will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	wenn ich mich für etwas schuldig fühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	wenn ich mich über bestimmte Ereignisse ärgere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	wenn etwas Angenehmes eintritt und mir nach feiern zumute ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	wenn ich mit meinem Leben zufrieden bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	wenn ich denke, dass ich nicht wirklich von Alkohol abhängig bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	wenn ich denke, dass ein wenig Alkohol mir nichts ausmachen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	wenn ich mit Freunden Spaß habe und mein Vergnügen noch steigern will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	wenn mir jemand den Vorschlag macht, gemeinsam einen trinken zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	wenn ich besondere Anlässe feiern will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	wenn ich mir vorstelle, dass ich nach einem Glas nicht gleich betrunken wäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	wenn ich Probleme am Arbeitsplatz habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.4 Fragebogen BDI

Dieser Fragebogen enthält auf den nächsten 3 Seiten 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

	A
0	Ich bin nicht traurig
1	Ich bin traurig
2	Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los
3	Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage
	B
0	Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft
1	Ich sehe mutlos in die Zukunft
2	Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann
3	Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist und dass die Situation nicht besser werden kann
	C
0	Ich fühle mich nicht als Versager
1	Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt
2	Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge
3	Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein
	D
0	Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher
1	Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher
2	Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen
3	Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt
	E
0	Ich habe keine Schuldgefühle
1	Ich habe häufig Schuldgefühle
2	Ich habe fast immer Schuldgefühle
3	Ich habe immer Schuldgefühle
	F
0	Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein
1	Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden
2	Ich erwarte, bestraft zu werden
3	Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein
	G
0	Ich bin nicht von mir enttäuscht
1	Ich bin von mir enttäuscht
2	Ich finde mich fürchterlich
3	Ich hasse mich

	H
0	Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen
1	Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen
2	Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel
3	Ich gebe mir für alles die Schuld, was schief geht
	I
0	Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun
1	Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun
2	Ich möchte mich am liebsten umbringen
3	Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte
	J
0	Ich weine nicht öfter als früher
1	Ich weine jetzt mehr als früher
2	Ich weine jetzt die ganze Zeit
3	Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte
	K
0	Ich bin nicht reizbarer als sonst
1	Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher
2	Ich fühle mich dauernd gereizt
3	Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr
	L
0	Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren
1	Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher
2	Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren
3	Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren
	M
0	Ich bin so entschlossen wie immer
1	Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf
2	Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen
3	Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen
	N
0	Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher
1	Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe
2	Ich habe das Gefühl, dass Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich hässlich machen
3	Ich finde mich hässlich
	O
0	Ich kann so gut arbeiten wie früher
1	Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme
2	Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen
3	Ich bin unfähig zu arbeiten
	P
0	Ich schlafe so gut wie sonst
1	Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher
2	Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen
3	Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen

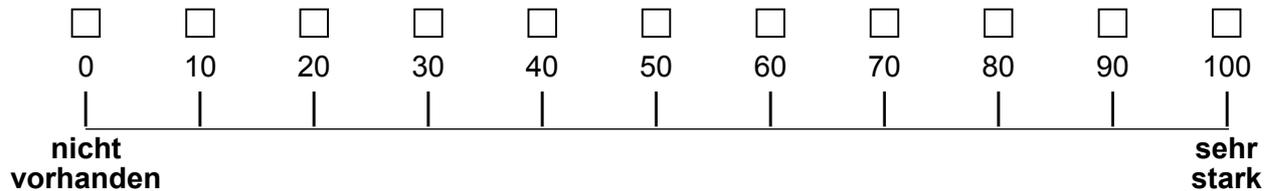
	Q
0	Ich ermüde nicht stärker als sonst
1	Ich ermüde schneller als früher
2	Fast alles ermüdet mich
3	Ich bin zu müde, um etwas zu tun
	R
0	Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst
1	Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher
2	Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen
3	Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr
	S
0	Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen
1	Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen
2	Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen
3	Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen
	Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	T
0	Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst
1	Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung
2	Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwer fällt, an etwas anderes zu denken
3	Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann
	U
0	Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt
1	Ich interessiere mich weniger für Sex als früher
2	Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex
3	Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren

9.5 Visuelle Analogskala (VAS) zum Craving

Wie stark war während der letzten sieben Tage Ihr Verlangen nach Alkohol (der Wunsch nach Alkohol, während der Zeit, in der Sie nicht tranken) im

Durchschnitt?

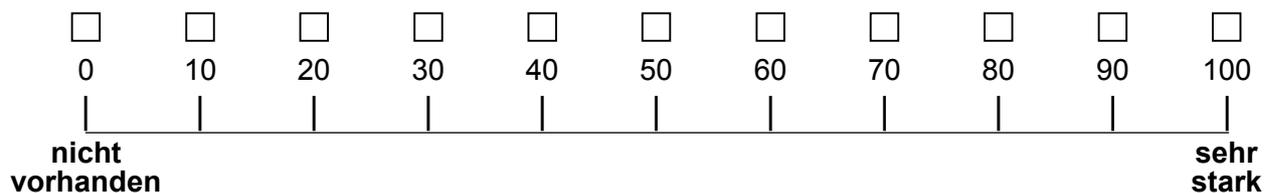
(bitte ankreuzen)



Denken Sie bitte einmal an den Moment innerhalb der letzten sieben Tage zurück, als das Verlangen nach Alkohol am stärksten war. Wie stark war dieses

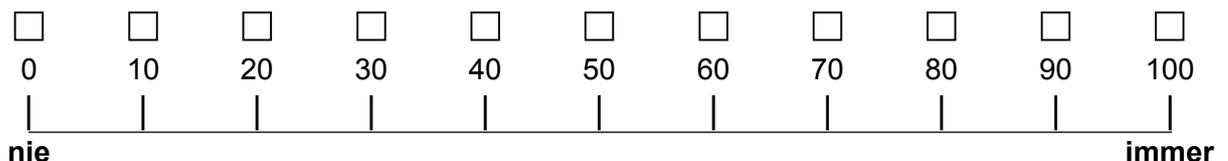
Verlangen?

(bitte ankreuzen)



Wie häufig hatten Sie während der letzten sieben Tage Verlangen nach Alkohol (den Wunsch nach Alkohol, während der Zeit, in der Sie nicht tranken)?

(bitte ankreuzen)



10. Danksagung

Über Sinn und Zweck gerade der medizinischen Dissertation lässt sich trefflich streiten und genau das passiert dieser Tage ja auch. Als mein damaliger Chef in der Suchtklinik des Asklepios Klinik Ochsenzoll mir 2010 das Angebot unterbreitete, an einer Studie mitzuarbeiten und daraus eine - meine - Promotion zu verfassen, lag bereits ein gescheiterter Versuch an einer anderen Klinik und zu einem anderen Thema hinter mir. Dazu das Erleben, dass man auch ohne Dokortitel Arzt sein kann. Und immer die Frage, wie das knappe Gut Zeit am besten zu gebrauchen sei. Dass ich nun dennoch eine eigene wissenschaftliche Arbeit vorlegen kann, verdanke ich in erster Linie den Menschen, die mich beständig motiviert, freundlich angetrieben und beharrlich mein Vorankommen erfragt haben, allen voran mein Betreuer Dr. Uwe Verthein vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, meine Eltern im fernen Erfurt und Dr. Klaus Behrendt, selbst noch aus dem wohlverdienten Ruhestand heraus. Uwe Verthein möchte ich besonders für seine Geduld und sein Wohlwollen, sein genaues Beobachten und schnelles Reagieren, den freundlichen Zuspruch und die gute und persönliche Hilfe bei allen Aspekten dieses Unternehmens Doktorarbeit danken.

Katrin Gabriel, Ulrich Mautsch und Tobias Mrusek danke ich für das gemeinsame Beginnen und für den Fleiß und die Ausdauer bei der Datenerhebung. Den Mitarbeitern der beteiligten Stationen in Ochsenzoll danke ich für alle praktische Unterstützung bei der Teilnehmerrekrutierung und Fragebogenverteilung. Und schließlich danke ich allen Patienten, die sich auf die Befragung eingelassen und dadurch die Untersuchung überhaupt erst möglich gemacht haben.

Hamburg im Sommer 2016

11. Lebenslauf

25.08.1982	Geburt in Apolda
1989 bis 2001	Besuch der Grundschule und des Gymnasiums in Erfurt
Sommer 2001	Abitur an der Kooperativen Gesamtschule „Am Schwemmbach“ in Erfurt
09/2001 bis 08/2002	Volontariat im National Centre for Young People with Epilepsy (NCYPE) in Lingfield, Surrey, England
10/2002	Beginn des Studiums der Medizin an der Universität Leipzig; im Verlauf Famulaturen in Leipzig (Allgemeinchirurgie, Kinderchirurgie, Psychiatrie), Davos/CH (Dermatologie), Zagreb/HR (Kardiologie) und Lienz/A (Gynäkologie)
03/2006	Erscheinen von S. Schulze: Kurzlehrbuch Embryologie, Elsevier Verlag GmbH, München, 2006
03/2007	Praktikum im Elsevier-Verlag, Verlagsbereich Medizinstudium, in München, bis 2014 regelmäßige Mitarbeit bei mediscript
2007/2008	Praktisches Jahr im Rahmen des Medizinstudiums: klinische Tätigkeit in den Lehrkrankenhäusern der Universität Leipzig in Plauen (Innere Medizin), Chemnitz (Chirurgie) und Zwickau (Anästhesie)
2008	Beendigung des Studiums mit Bestehen der Ärztlichen Prüfung im November 2008
03/2009 bis 10/2011	Arbeit als Assistenzärztin in Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in der Asklepios Klinik Nord, Hamburg-Ochsenzoll, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Chefarzt Dr. Klaus Behrendt
2009 bis 2014	Weiterbildung Verhaltenstherapie an der Asklepios Klinik Nord, einschließlich Kursus der Selbsterfahrung bei Frau Dipl. Psych. R. Sinderhauf in Ahrensburg; Praktische therapeutische Tätigkeit, Supervision und Interaktionelle Fallarbeit am Institut Falkenried, Hamburg
10/2010	Erscheinen von S. Schulze: Basics Embryologie, Elsevier Verlag GmbH, München, 2010

06/2011	Abschluss der Weiterbildung und Erwerb der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ der Ärztekammer Hamburg
11/2011 bis 11/2013	Arbeit als Assistenzärztin in Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf, Chefarzt Prof. Dr. Matthias Lemke
11/2013 bis 12/2014	Arbeit als Assistenzärztin in der Abteilung für Neurologie der Asklepios Klinik Nord, Heidberg, Chefarzt Prof. Dr. Günter Seidel
03/2014	Erscheinen von S. Schulze: Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie - Medizinische Soziologie, Elsevier Verlag GmbH, München, 2014
12/2014 bis 03/2016	Arbeit als Assistenzärztin in der Psychiatrischen Institutsambulanz der Asklepios Klinik Nord, Wandsbek, Chefarzt PD Dr. Matthias Nagel
10/2015	Anerkennung als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie durch die Ärztekammer Hamburg
seit 04/2016	Arbeit als Oberärztin in der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Asklepios Klinik Nord, Ochsenzoll, Chefarzt Dr. Peter Strate

12. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: