Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Fakultät Charité
der Humboldt-Universität zu Berlin

DISSERTATION

# Persönlichkeit als Risikofaktor? Zum Einfluss der Persönlichkeit auf das Suchtverhalten bei Personen mit Alkoholabhängigkeit

Zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät Charité
der Humboldt-Universität zu Berlin

von
Björn Dahlke
aus Neu-Ulm

Dekan: Prof. Dr. med. Martin Paul

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. R. Uebelhack

2. Prof. Dr. med. K. D. Waldmann

3. Prof. Dr. med. Bauer

Datum der Promotion: 08.12.2004

# INHALTSVERZEICHNIS

**1 EINLEITUNG 6**

**1.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG 6**

**1.2 ZIELSTELLUNG 8**

**2 STAND DER FORSCHUNG 9**

**2.1 EIN ÜBERBLICK ÜBER SUCHTRELEVANTE ERGEBNISSE DER KLINISCHEN PERSÖNLICHKEITSPSYCHOLOGIE 9**

2.1.1 WEISEN ALKOHOLIKER BESONDERHEITEN IHRER PERSÖNLICHKEIT AUF? 9

2.1.1.1 Das Konzept der klinischen Alkoholikerpersönlichkeit 9

2.1.1.2 Das Konzept der präalkoholischen Persönlichkeit 10

2.1.1.3 Das Konzept unterschiedlicher Alkoholikerpersönlichkeiten 11

2.1.2 LASSEN SICH PERSÖNLICHKEITSEIGENSCHAFTEN ALS PRÄDIKTOREN EINES SPÄTEREN ALKOHOLISMUS VERSTEHEN? 12

2.1.2.1 Sind Persönlichkeitsauffälligkeiten Ursache oder Folge des Alkoholismus? 12

2.1.2.2 Longitudinalstudien 13

**2.2 EIN ÜBERBLICK ÜBER PERSÖNLICHKEITSPSYCHOLOGISCHE AUSSAGEN DER BIOLOGISCH ORIENTIERTEN SUCHTMEDIZIN 15**

2.2.1 CLONINGER UND SEIN EINFLUSS AUF DIE PERSÖNLICHKEITSFORSCHUNG IN DER SUCHTMEDIZIN 16

2.2.1.1 Grundlagenarbeiten Cloningers 16

2.2.1.1.1 Klassifikationen des Alkoholismus unter Bezug auf Cloninger. Das Konzept des Typ I und Typ II Alkoholismus und vergleichbare Klassifikationen 16

2.2.1.1.2 Persönlichkeitskonzepte nach Cloninger 17

2.2.1.2 Anwendungsbezogene Arbeiten Cloningers 19

2.2.1.3 Suchtforschung in Deutschland unter Bezug auf Cloninger 20

2.2.2 ABHÄNGIGKEITSENTWICKLUNG IM TIERMODELL. BEFUNDE WOLFFGRAMMS AUS DER EXPERIMENTELLEN SUCHTFORSCHUNG 21

**2.3 EIN ÜBERBLICK ÜBER PERSÖNLICHKEITSPSYCHOLOGISCHE AUSSAGEN DER PSYCHOPATHOLOGIE 22**

2.3.1 PRÄVALENZ- UND KOMORBIDITÄTSSTUDIEN 23

2.3.2 DER EINFLUSS VON PSYCHIATRISCHER KOMORBIDITÄT AUF DEN VERLAUF DER SUCHT 26

2.3.3 TYPOLOGIEN DES ALKOHOLISMUS UND PSYCHIATRISCHE KOMORBIDITÄT 28

**3 PRÄZISIERTE FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN 29**

**4 METHODEN 31**

**4.1 PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG DER STUDIE 31**
**4.2 MESSINSTRUMENTE 31**
4.2.1 ENTGIFTUNGSFRAGEBOGEN 31
4.2.2 DITS-40 32
4.2.3 TPF 33
4.2.4 SKID-II 34
**4.3 DATENBEARBEITUNG UND STATISTIK 35**
4.3.1 DATENBEARBEITUNG 35
4.3.1.1 Entgiftungsfragebogen 35
4.3.1.2 DITS-40 36
4.3.1.3 TPF 36
4.3.1.4 SKID-II 36
4.3.2 STATISTIK 36

**5 STICHPROBE 38**

**5.1 EINSCHLUSSKRITERIEN, AUSSCHLUSSKRITERIEN 38**
**5.2 EIGENSCHAFTEN DER STICHPROBE 38**
5.2.1 GRUNDLEGENDE UNTERSCHEIDUNGEN 38
5.2.2 SOZIODEMOGRAPHISCHE UNTERSCHEIDUNGSMERKMALE 39

**6 ERGEBNISSE 42**

**6.1 EXPLORATIVE DATENANALYSE 42**
6.1.1 AUSGANGSVARIABLE 42
6.1.2 GRUNDLEGENDE DATENSTRUKTUREN 45
6.1.2.1 Dimensionsreduktion durch Faktorenanalyse 45
6.1.2.2 Clusteranalyse über Variablen 47
**6.2 QUANTITATIVE DATENANALYSE 50**
6.2.1 SUCHTVERLAUF 54
6.2.1.1 Der zeitliche Beginn der Suchterkrankung 54
6.2.1.2 Die Häufigkeit von Entgiftungsbehandlungen 56
6.2.2 KONSUMVERHALTEN 60

6.2.2.1 Die Trinkmenge 60
6.2.2.2 Die Trinkhäufigkeit 62
6.2.3 RÜCKFALL 64
6.2.3.1 Rückfallhäufigkeit 64
6.2.3.2 Rückfallsituationen 67
6.2.3.3 Rückfall innerhalb des Untersuchungszeitraums 72

**7 DISKUSSION 73**

**7.1 METHODEN 73**
**7.2 STICHPROBE 75**
**7.3 ERGEBNISSE 77**

**8 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK 88**

**8.1 LITERATUR 88**
**8.2 FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESENBILDUNG 89**
**8.3 METHODEN 90**
**8.4 STICHPROBE 90**
**8.5 ERGEBNISSE 91**
**8.6 AUSBLICK 92**
9. ANHANG 93
9.1 SKALENINTERPRETATION VON DITS-40, TPF, SKID-II UND ZUFRIEDENHEITEN. 93
9.1.1 DITS-40 93
9.1.2TPF 94
9.1.3SKID-II 95
9.1.4ZUFRIEDENHEITEN 98
9.2GÜTEKRITERIEN LOGISTISCHER MODELLE 100
9.3 ALTERNATIVE MODELLE DES ABSTINENZVERHALTENS 107

**LITERATUR 108**

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 6.1.1-1: LEBENSEREIGNISSE UND RÜCKFALL IN DEN LETZEN 6 MONATEN ..... 44
ABBILDUNG 6.1.2.2-1: CLUSTERANALYSE ÜBER VARIABLEN – ERSTENS: VARIABLEN DES SUCHTVERHALTENS ..... 47
ABBILDUNG 6.1.2.2-2: CLUSTERANALYSE ÜBER VARIABLEN – ZWEITENS: RÜCKFALLSITUATIONEN ..... 48
ABBILDUNG 6.2 -3:ODDS RATIO -DEFINITION ..... 53
ABBILDUNG 7.3-1: ABHÄNGIGKEITSVERLAUF IN DEN DIAGNOSTISCHEN HAUPTGRUPPEN BEI DRIESSEN ..... 78

## TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 2.1.2.2-1: LONGITUDINALSTUDIEN – PRÄDIKTOREN DES ALKOHOLISMUS BEI VAILLANT ..... 14
TABELLE 2.2.1.2-1: KLASSISCHE PERSÖNLICHKEITSKATEGORIEN IN DER SPRACHE CLONINGERS ..... 19
TABELLE 2.2.1.2-1: VARIABLEN DES TRINKVERHALTENS IN DER SPRACHE CLONINGERS ..... 20
TABELLE 2.3.1-1: ALKOHOLABHÄNGIGKEIT UND KOMORBIDE ACHSE I STÖRUNGEN BEI DRIESSEN ..... 24
TABELLE 2.3.1-1: ALKOHOLABHÄNGIGKEIT UND KOMORBIDE ACHSE II STÖRUNGEN BEI DRIESSEN ..... 25
TABELLE 2.3.2-1: KOMORBIDITÄTSGRUPPEN BEI DRIESSEN ..... 26
TABELLE 2.3.3-1: TYPOLOGIEN DES ALKOHOLISMUS UND KOMORBIDITÄT BEI DRIESSEN ..... 28
TABELLE 5.2.1-1: EIGENSCHAFTEN DER STICHPROBE-GRUNDLEGENDE UNTERSCHEIDUNGEN ..... 39
TABELLE 5.2.2-1: EIGENSCHAFTEN DER STICHPROBE-SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE ..... 40
TABELLE 6.1.2.1-1: FAKTORENANALYSE ZU VARIABLEN DES TRINKVERHALTENS -GESAMTSTICHPROBE ..... 45
TABELLE 6.1.2.1-2: FAKTORENANALYSE ZU VARIABLEN DES TRINKVERHALTENS –TEILSTICHPROBE DER MEHRFACHENTGIFTER ..... 46
TABELLE 6.2-1: EINGABEVARIABLEN-MÖGLICHE PRÄDIKTOREN ..... 52
TABELLE 6.2-2: EINGABEVARIABLEN -MÖGLICHE COVARIATEN ..... 52
TABELLE 6.2.1.1-1: PRÄDIKTOREN DES SUCHTVERHALTENS – JUNG BEI ERSTENTGIFTUNG ..... 54
TABELLE 6.2.1.1-2: PRÄDIKTOREN DES SUCHTVERHALTENS – ALT BEI ERSTENTGIFTUNG ..... 56
TABELLE 6.2.1.2-1: PRÄDIKTOREN DES SUCHTVERHALTENS – ERSTENTGIFTUNG VERSUS MEHRFACHENTGIFTUNG ... 57
TABELLE 6.2.1.2-2: PRÄDIKTOREN DES SUCHTVERHALTENS – VIELE ENTGIFTUNGEN ..... 59
TABELLE 6.2.2.1-1: PRÄDIKTOREN DES SUCHTVERHALTENS – HOHE TRINKMENGE ..... 61
TABELLE 6.2.2.2-1: PRÄDIKTOREN DES SUCHTVERHALTENS – LANGE ABSTINENZ ..... 63
TABELLE 6.2.2.2-2: PRÄDIKTOREN DES TRINKVERHALTENS – KURZE ABSTINENZ ..... 64
TABELLE 6.2.3.1-1: PRÄDIKTOREN DES TRINKVERHALTENS – VIELE RÜCKFÄLLE ..... 65
TABELLE 6.2.3.1-2: PRÄDIKTOREN DES TRINKVERHALTENS – VIELE RÜCKFÄLLE – MODELL OHNE COVARIATE ..... 66
TABELLE 6.2.3.2-1: PRÄDIKTOREN DES RÜCKFALLVERHALTENS - RÜCKFALLSITUATIONEN ..... 68
TABELLE 6.2.3.2-2: PRÄDIKTOREN DES RÜCKFALLVERHALTENS – TRAUMATISCHE LEBENSEREIGNISSE ..... 71
TABELLE 6.2.3.3-1: PRÄDIKTOREN DES RÜCKFALLVERHALTENS – RÜCKFALL INNERHALB DES UNTERSUCHUNGSZEITRAUMS ..... 72
TABELLE 7.3-2: RÜCKFALLSITUATIONEN BEI MARLATT UND SCHINDLER ..... 86
TABELLE 9.2.1 ZIELVARIABLEN UND WICHTIGE KENNGRÖßEN - ERSTENS: VARIABLEN DES SUCHTVERHALTENS ..... 100
TABELLE 9.2.2 ZIELVARIABLEN UND WICHTIGE KENNGRÖßEN – ZWEITENS: RÜCKFALLSITUATIONEN ..... 102
TABELLE 9.2.3 GÜTEKRITERIEN BINÄR LOGISTISCHER MODELLE – ERSTENS: VARIABLEN DES SUCHTVERHALTENS 105
TABELLE 9.2.4 GÜTEKRITERIEN BINÄR LOGISTISCHER MODELLE – ZWEITENS: RÜCKFALLSITUATIONEN ..... 106
TABELLE 9.3.1 ALTERNATIVES MODELL FÜR KURZE ABSTINENZ UNTER EINSCHLUSS VON COVARIATEN ..... 107
TABELLE 9.3.2 ALTERNATIVES MODELL FÜR LANGE ABSTINENZ UNTER EINSCHLUSS VON COVARIATEN ..... 107

# 1 Einleitung

Oh wer erzählt uns die ganze Geschichte der Narcotica!
Es ist beinahe die Geschichte der „Bildung“,
der so genannten höheren Bildung.
Friedrich Nietzsche, Die fröhliche Wissenschaft 86

Trotz vieler Versuche, die alkoholische Persönlichkeit zu umreißen, bleibt nur ein einziges Charakteristikum, das allen Alkoholikern gemeinsam ist: dass sie nämlich zu viel trinken.
Lemere, 1956

Die Erforschung jedes Persönlichkeitszuges der Alkoholiker zeigt, dass sie entweder mehr oder weniger davon haben.
Keller, 1972

## *1.1 Begriffsbestimmung*

Der Begriff Persönlichkeit wird hauptsächlich in zwei unterschiedlichen Kontexten verwendet. Die empirische Persönlichkeitspsychologie versucht sich dem Problem der Gesundheit und dem Problem der Normalität zu nähern. Die psychiatrische Krankheitslehre hingegen beschreibt das Problem der Krankheit und das Problem der Abweichung vom Gesunden. Die empirische Persönlichkeitspsychologie stützt sich hierbei auf die Methoden der empirischen Sozialforschung. Die psychiatrische Krankheitslehre geht hingegen von kriteriengeleiteten Definitionen aus, die in Expertengremien getroffen werden. Fiedler (2000) definiert Persönlichkeit und die Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen als „für ihn charakteristische Verhaltensweisen und Interaktionsmuster, mit denen er gesellschaftlich-kulturelle Anforderungen und Erwartungen zu entsprechen und seine zwischenmenschlichen Beziehungen zur Entwicklung einer persönlichen Identität mit Sinn zu füllen versucht“. Etwas vereinfacht ausgedrückt: Es geht bei Persönlichkeit um charakteristische Verhaltensweisen und Interaktionsmuster. Die psychiatrische Klassifikation hat das Konzept der Persönlichkeitsstörung entwickelt. In einem allgemeinen Sinn werden Persönlichkeitsstörungen definiert als Abweichungen gegenüber kulturell erwarteten und akzeptierten Normen. Diese Abweichungen müssen zeitlich stabil und von langer Dauer sein. Sie beginnen in der Kindheit oder in der

Adoleszenz. Sie äußern sich in einem unflexiblen, unangepassten und unzweckmäßigen Verhalten. Aus der Abweichung entsteht persönlicher Leidensdruck oder ein nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt. Ausgeschlossen werden Veränderungen der Persönlichkeit in Folge einer organischen Erkrankung. Aus der Sicht einer stärker methodisch orientierten Betrachtungsweise arbeiten klinische Psychologie und Psychopathologie mit unterschiedlichen Skalen. In der klinischen Psychologie werden in der Regel Intervallskalen oder metrische Skalen verwendet. Es geht um quantitative Abstufungen in unterschiedlicher Ausprägung. So konzipierte Skalen werden auch als „dimensional“ bezeichnet. Die psychiatrische Klassifikation interessiert sich oft nur für ja/nein Entscheidungen. Die entsprechende Leitfrage lautet: Liegt eine Krankheit vor oder nicht? Dieser Ansatz wird als „kategorial“ bezeichnet. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einer nominalen Skalierung. Neuerdings findet sich jedoch auch innerhalb psychiatrischer Klassifikationssysteme ein Trend zu dimensionalen Skalierungen. Auf der Grundlage dieser Unterscheidung lassen sich weitere begriffliche Differenzierungen aus Sicht der unterschiedlichen Standpunkte skizzieren. Persönlichkeitsmodelle der empirischen Psychologie unterscheiden sich zumeist in der Anzahl und der Benennung von Persönlichkeitsdimensionen. Auch innerhalb der psychiatrischen Klassifikationssysteme gibt es wichtige Unterschiede. Das amerikanische DSM bildet Persönlichkeitsstörungen und andere psychische Störungen auf unterschiedlichen Achsen ab. Persönlichkeitsstörungen erscheinen im DSM auf der Achse II, während die übrigen psychischen Störungen auf der Achse I dargestellt werden. Im System der ICD-10 erscheinen Persönlichkeitsstörungen gemeinsam mit den anderen psychischen Störungen auf der gleichen Achse.

Weitere Unterschiede finden sich in der Anzahl und der inhaltlichen Konzeptualisierung von Kategorien (siehe Anhang 9.1). Dabei werden Persönlichkeitsstörungen im DSM zu Clustern gebündelt:

- Cluster A (exzentrische Störungen): Hierzu gehören die paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung.
- Cluster B (dramatische, emotionale, launische Störungen): Hierzu gehören die histrionische, narzisstische, antisoziale und die Borderline Persönlichkeitsstörung.
- Cluster C (ängstlich, furchtsame Störungen): Hierzu gehören die selbstunsichere, abhängige, zwanghafte und passiv- aggressive Persönlichkeitsstörung.

Zusammenfassend lässt sich vorerst festhalten:

Die oben beschriebenen Begriffe der Persönlichkeit und der Persönlichkeitsstörung beschreiben aus unterschiedlichen Perspektiven stabile Verhaltens- und Interaktionsmuster. Dabei entstammt der Begriff der Persönlichkeit dem Umfeld der empirischen Persönlichkeitspsychologie und der

Begriff der Persönlichkeitsstörung dem Bereich der klinischen Psychopathologie. In diesem Zusammenhang ist noch auf zwei dem Begriff der Persönlichkeit verwandte Begriffe hinzuweisen. Im Bereich der Psychobiologie findet sich der Begriff des Temperaments. Dieser fokussiert stärker auf die psychobiologischen Grundlagen von stabilen Verhaltens- und Interaktionsmustern. Es wird hier von konstitutionellen Bedingtheiten ausgegangen. Im Bereich von Sozial- und Kulturwissenschaften tritt der Begriff des Charakters auf. Dieser orientiert auf eine kulturell und lerngeschichtlich geprägte Bedingtheit von stabilen Verhaltensweisen und Interaktionsmustern. Es geht also um erworbenes Verhalten.Betrachtet man nochmals die oben zitierte Definition von Persönlichkeit, so geht es Fiedler nicht nur um stabile Verhaltensweisen und Interaktionsmuster. Darüber hinaus spricht er von persönlicher Identität und gesellschaftlich kulturellen Anforderungen. Zuletzt ist die Rede vom Versuch eines sinnvollen Handelns, das die Kluft zwischen kulturell gesellschaftlichen Anforderungen und persönlicher Identität zu schließen sucht. Diese definitorischen Orientierungsversuche lenken den Blick auf intentionale, zielgerichtete Handlungsversuche. Aus einer so konzipierten Perspektive stellt sich die Frage: Weshalb verhält sich der Betroffene so unflexibel, unangepasst und unzweckmäßig, wenn sein Verhalten zu persönlichem Leid oder zum Leid anderer Menschen führt? Sind jene unflexiblen, unangepassten, unzweckmäßigen Verhaltensweisen für den Betroffenen sinnvoll? Welche Bedürfnisse und Motivationen stehen im Hintergrund?

## *1.2 Zielstellung*

Lassen sich Persönlichkeitsakzentuierungen als Risikofaktoren bei Personen mit Alkoholabhängigkeit beschreiben? Dies ist die inhaltliche Frage, die im Mittelpunkt der vorliegenden Studie steht.

Die Studie orientiert sich hierbei an unterschiedlichen Bereichen des Suchtverhaltens. Der Zeitpunkt der erstmaligen Entgiftung, die Anzahl der bisherigen Entgiftungsbehandlungen, die Trinkmenge und die Anzahl der Abstinenztage in einem vorgegebenen Zeitraum werden auf den Einfluss von Persönlichkeitsvariablen hin untersucht. Weiterhin geht es um das Rückfallverhalten. Hierbei werden die Anzahl der Rückfälle und die konkreten Rückfallsituationen analysiert. Außerdem wird die Personengruppe mit einem Rückfall mit erneuter Entgiftung innerhalb des Untersuchungszeitraums der Studie erfasst. Der Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren auf die oben genannten Teilbereiche des Suchtverhaltens wird dargestellt.

# 2 Stand der Forschung

## *2.1 Ein Überblick über suchtrelevante Ergebnisse der klinischen Persönlichkeitspsychologie*

Die frühe Forschung im Bereich der klinischen Persönlichkeitspsychologie hat methodisch vor allem mit dem MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) oder weniger häufig mit dem 16-PF (Sixteen Personality Factor Questionaire) von Cattell gearbeitet.
Die Frage nach der *einen* Suchtpersönlichkeit hat lange Zeit die inhaltliche Diskussion bestimmt. Das Konzept der „klinischen Alkoholikerpersönlichkeit“ und das Konzept der „präalkoholischen Persönlichkeit“ sind in diesem Zusammenhang entstanden. Nachdem das Konzept der *einen* Suchtpersönlichkeit schrittweise aufgegeben worden ist, sind *mehrere* Persönlichkeitstypen diskutiert worden. Um die Rolle von Persönlichkeitsfaktoren in der Pathogenese des Alkoholismus besser einschätzen zu können, sind aufwendige Longitudinalstudien durchgeführt worden. Die aktuelle Persönlichkeitsforschung in der Suchtmedizin fragt vor allem nach den therapeutischen Konsequenzen von Persönlichkeitsakzentuierungen. Sind unterschiedliche Persönlichkeitsakzentuierungen unterschiedlich zu therapieren?

### 2.1.1 Weisen Alkoholiker Besonderheiten ihrer Persönlichkeit auf?

#### 2.1.1.1 Das Konzept der klinischen Alkoholikerpersönlichkeit

In einer umfassenden Metaanalyse werden die Ergebnisse der frühen klinischen Persönlichkeitsforschung im Bereich der Suchtmedizin von Barnes (1979) zusammengefasst. Im deutschsprachigen Raum hat sich Küfner (1981) unter Bezug auf Barnes mit diesem Thema auseinandergesetzt. Die beiden entscheidenden Konstrukte in diesem Zusammenhang sind das Konzept der klinischen Alkoholikerpersönlichkeit und das Konzept der präalkoholischen Persönlichkeit. Barnes stellt vier Kriterien für die klinische Alkoholikerpersönlichkeit auf:

- Alkoholiker weisen Ähnlichkeiten untereinander auf
- Alkoholiker lassen sich gegenüber Normalpersonen abgrenzen
- Alkoholiker lassen sich gegenüber anderen klinischen Stichproben abgrenzen
- Alkoholiker lassen sich gegenüber anderen Abhängigen (Drogenabhängigen) abgrenzen

Die wichtigsten Arbeiten zur Frage einer klinischen Alkoholikerpersönlichkeit sind auf der Basis des MMPI durchgeführt worden.

Barnes und Küfner weisen übereinstimmend darauf hin, dass Alkoholiker im MMPI erhöhte Skalenwerte auf der Depressions- und Psychopathieskala haben. Dennoch gelingen die Abgrenzungen gegenüber anderen klinischen Stichproben und anderen Abhängigen nur unbefriedigend. In einem strengen Sinn sind die von Barnes formulierten Kriterien einer klinischen Alkoholikerpersönlichkeit für die Forschung auf der Basis des MMPI nicht erfüllt. Andere Autoren stützen sich in der Persönlichkeitsdiagnostik auf den 16-PF. Auch hier gelingt die Abgrenzung gegenüber Normalpersonen noch relativ gut. Übereinstimmend wird Alkoholikern eine geringere Ichstärke und eine stärkere Ängstlichkeit zugeschrieben. Die Abgrenzungsversuche gegenüber anderen klinischen Stichproben und anderen Abhängigen führen jedoch nicht zu eindeutigen Ergebnissen. Die Befundlage wird bei Verwendung anderer Persönlichkeitsfragebögen nicht günstiger. Insgesamt scheitert deshalb das Konzept der klinischen Alkoholikerpersönlichkeit, wenn die strengen Kriterien von Barnes als Maßstab angelegt werden. Dennoch lassen sich gewisse Ähnlichkeiten von Alkoholikern beschreiben.

#### 2.1.1.2 Das Konzept der präalkoholischen Persönlichkeit

Von einer präalkoholischen Persönlichkeit kann dann gesprochen werden, wenn vor dem Auftreten der manifesten Alkoholabhängigkeit Persönlichkeitsauffälligkeiten bestehen. Dabei müssen nach Barnes wieder vier Bedingungen erfüllt sein:

- die betroffenen Personen weisen Ähnlichkeiten untereinander auf
- die betroffenen Personen lassen sich gegenüber Normalpersonen abgrenzen
- die betroffenen Personen lassen sich gegenüber anderen klinischen Stichproben abgrenzen
- die betroffenen Personen lassen sich gegenüber anderen Abhängigen (Drogenabhängigen) abgrenzen

Die interessantesten Ergebnisse zur Frage der präalkoholischen Persönlichkeit stammen aus der Forschungsgruppe um Kammeier, Loper und Hoffmann (1973). Eine Gruppe von Collegestudenten weist vor Auftreten einer späteren manifesten Alkoholabhängigkeit höhere Werte auf den Skalen Psychopathie und Hypomanie im MMPI auf. Die Arbeiten der oben genannten Forschergruppe haben zu einer intensiven Diskussion in der Fachwelt geführt. Insbesondere ist es zu verstärkten Anstrengungen im Bereich der prospektiven Forschung gekommen. Trotz nachweisbarer präklinischer Ähnlichkeiten späterer Alkoholiker lassen sich die Kriterien nach Barnes in ihrer Gesamtheit durch die Studienlage nicht bestätigen.

### 2.1.1.3 Das Konzept unterschiedlicher Alkoholikerpersönlichkeiten

Insgesamt ist das Konstrukt *einer* klinischen Alkoholikerpersönlichkeit gegen Ende der 70-er Jahre des letzten Jahrhunderts zunehmend verworfen worden. *Mehrere* Persönlichkeitstypen des Alkoholikers sind beschrieben worden. Nerviano (1981) und Nerviano und Gross (1983) haben diese Fragestellung in ihren Arbeiten umfassend diskutiert. Der MMPI dient wieder als Goldstandart der Persönlichkeitsforschung. Durch clusteranalytische Methoden haben Nerviano und Gross folgende Typen auf der Grundlage des MMPI extrahiert:

- Typus mit schwerem chronischem Distress
- Passiv aggressive Soziopathen
- Antisoziale Soziopathen
- Typus mit einer reaktiven akuten Depression
- Schwer neurotisch gestörter Typ
- Dysphorischer Typ mit gemischten Persönlichkeitsmerkmalen
- Paranoider Typ

Die Ergebnisse auf der Grundlage des MMPI sind mit den Ergebnissen auf der Grundlage anderer Fragebögen verglichen worden. Auf der Grundlage des PRF (Personality Research Form) nach Jackson haben Nerviano und Gross folgende Typen beschrieben:

- Angepasst-Zwanghafter Typ
- Impulsiv-histrionischer Typ
- Aggressiver Typ
- Unterwürfiger Typ
- Vermeidend-schizoider Typ
- Asozial-schizoider Typ
- Narzisstischer Typ
- Feindselig-zurückgezogener Typ

Im Ergebnis bleibt festzuhalten, dass Clusteranalysen zu mehreren Persönlichkeitstypen geführt haben. Diese Typologien scheinen zunächst unübersichtlich und beliebig. Es bleibt die Frage nach der klinischen Relevanz solcher Typologien. Nerviano (1981) bündelt die MMPI Dimensionen zu zwei grundlegenden Faktoren. Weiterhin zeigt Nerviano, dass sich alle PRF Typen im Koordinatensystem dieser Faktoren abbilden lassen.

Die grundlegenden MMPI Faktoren sind:

- Desintegration/Integration
- Unterdrückung/Ausagieren

Zu einem inhaltlich ähnlichen Ergebnis kommt MacAndrew (1979) in seiner Analyse von Alkoholabhängigen. Er beschreibt folgende zwei Persönlichkeitstypen unter Alkoholabhängigen:

- Ein impulsgestörter soziopathischer Typ
- Ein ängstlich neurotischer Typ

Es fällt nicht schwer, zwischen MacAndrews Grundtypen und Nervianos Grundfaktoren eine gewisse Ähnlichkeit zu sehen. Es geht jeweils um eine Dimension der Impulskontrolle und eine Dimension der Angst als Ausdruck von Integration bzw. Desintegration.

### 2.1.2 Lassen sich Persönlichkeitseigenschaften als Prädiktoren eines späteren Alkoholismus verstehen?

Welchen Stellenwert haben die bei Personen mit Alkoholabhängigkeit beschriebenen Persönlichkeitsauffälligkeiten? Sind sie Ursache oder Folge des Alkoholismus? Welche Rolle nehmen Persönlichkeitseigenschaften in Longitudinalstudien ein? Diese Fragen werden in den folgenden Kapiteln eingehender erörtert.

#### 2.1.2.1 Sind Persönlichkeitsauffälligkeiten Ursache oder Folge des Alkoholismus?

Diese Frage ist seit Anfang der 70-er Jahre des letzten Jahrhunderts verstärkt diskutiert worden. Mit großer Aufmerksamkeit ist in diesem Zusammenhang eine Arbeit Demels (1974) aufgenommen worden. Demel vergleicht Alkoholiker zu Beginn einer Entwöhnungsbehandlung mit einem Zeitpunkt sechs Wochen später unter stationären Abstinenzbedingungen. Die Untersuchung wird mit dem 16-PF durchgeführt. Dabei zeigen Alkoholiker in der Ausgangsuntersuchung vor allem Erhöhungen auf den Achsen emotionale Unreife, Argwohn und Misstrauen, Furchtsamkeit und Ängstlichkeit, mangelnde Selbstkontrolle und innere Spannung. Sechs Wochen nach der Ausgangsuntersuchung findet Demel eine Stabilisierung gegenüber dem Ausgangswert in den meisten der beschriebenen Persönlichkeitsdimensionen. Unverändert bleibt die emotionale Labilität. Die allgemeine Ängstlichkeit nimmt sogar etwas zu. Die Persönlichkeitsauffälligkeiten des Alkoholikers sind somit zu einem großen Teil reversibel und lassen sich teilweise als Folge des Alkoholismus verstehen. Ebenfalls mit großer Aufmerksamkeit ist in diesem Zusammenhang die bereits erwähnte Studie Kammeiers (1973) aufgenommen worden. Die Studie stützt sich auf den MMPI und vergleicht die Persönlichkeitsprofile von Collegestudenten bei Studienbeginn mit den Persönlichkeitsprofilen viele Jahre später, wenn sich eine manifeste Alkoholabhängigkeit herausgebildet hat. Im

Ergebnis werden von Kammeier vier Skalen des MMPI als mögliche Prädiktoren einer späteren Abhängigkeit genannt:

- Pd: Psychopathic Deviate
- D: Depression
- Sc: Schizophrenia
- Ma: Hypomania

Im Anschluss an Demel und Kammeier drängen sich also folgende Fragen auf:

- ist die Alkoholabhängigkeit die Folge von vorangehenden Persönlichkeitsakzentuierungen?
- sind die Persönlichkeitsakzentuierungen des Alkoholikers Folge eines chronischen Alkoholkonsums?

Eine Differenzierung zwischen Ursachen und Wirkungen wirft methodische Fragen auf. Eine möglichst sichere Differenzierung ist nur in einem prospektiven Design möglich. Nur so lassen sich bestimmte Variablenkonfusionen vermeiden. Aus diesem Grund gilt die Aufmerksamkeit fortan den vorliegenden Longitudinalstudien

#### 2.1.2.2 Longitudinalstudien

Exemplarisch konzentrieren sich die folgenden Ausführungen vor allem auf zwei bedeutendere Studien. Vaillant (1982) untersucht 456 früh adoleszente männliche Jugendliche mit späteren Nachfolgeuntersuchungen im 25-ten, 31-ten und 47-ten Lebensjahr. In einem sehr komplex angelegten Design werden Variablen aus unterschiedlichen Bereichen in die Untersuchung einbezogen. Dabei kommt Vaillant vereinfacht zu folgender Gruppierung von Einflussvariablen:

- Prädiktoren einer späteren Alkoholabhängigkeit sind vor allem familiäre, genetische und ethnische Variablen.
- Prädiktoren einer späteren Soziopathie sind vor allem die frühe Kindheitsentwicklung, eine Delinquenz der Eltern und Schulprobleme
- Prädiktoren für die allgemeine seelische Gesundheit sind die Kompetenz im Kindesalter, emotionale Probleme im Kindesalter und die allgemeine Intelligenz.

**Tabelle 2.1.2.2-1: Longitudinalstudien – Prädiktoren des Alkoholismus bei Vaillant**

| Mental health predictors | Sociopathy predictors | Alcoholism predictors |
|---|---|---|
| Childhood environment strength | Childhood environmental weakness | Alcoholism in parents |
| Boyhood competence | Delinquent parents | Alcoholism in ancestors |
| Childhood emotional problems | Truancy/ school behaviour problems | Alcoholism in heredity |
| IQ | Poor infant health | Cultural background |

Unter den Prädiktoren des Alkoholismus finden sich bei Vaillant keine Persönlichkeitsfaktoren. Soweit Persönlichkeitsfaktoren eine Rolle spielen, so treten diese als Prädiktoren für soziopathisches Verhalten oder für die allgemeine seelische Gesundheit auf.

In einer anderen Studie untersuchen Werner und Broida (1991) die Konzepte „Selbstwertgefühl“ und „Kontrollüberzeugungen“. Dabei werden die Probanden in vier Gruppen hinsichtlich der Entwicklungsbedingungen im Kindesalter unterteilt:

- Erwachsene, die als Kinder von Alkoholikern (ACOA= adult child of alcoholic) aufgewachsen sind.
  (nur ACOA)
- Erwachsene, die als Kinder in einem Milieu gestörter familiärer Interaktionen aufgewachsen sind.
  (nur gest. fam. Interaktion)
- Erwachsene, die als Kinder von Alkoholikern zusätzlich in einem Milieu gestörter familiärer Interaktion aufgewachsen sind.
  (ACOA und gest. fam. Interaktion)
- Erwachsene, die als Kinder weder einem elterlichen Alkoholismus noch einer gestörten familiären Interaktion ausgesetzt worden sind.
  (weder ACOA noch gest. fam. Interaktion)

Dabei finden Werner und Broida, dass dem Risikostatus (ACOA) allein kein Prädiktorwert für Selbstwertgefühl und Kontrollüberzeugungen zukommt. Sehr wohl wirkt sich jedoch das Ausmaß an Interaktionsproblemen auf das Selbstwertgefühl aus. Erst in Kombination mit dem Maß familiärer Interaktionsprobleme erhält der Risikostatus ACOA den Rang eines Prädiktors für Selbstwertgefühl. Als Ergebnis lässt sich also insgesamt festhalten:

Fragt man nach den Prädiktoren des Alkoholismus, so weist die Studie Vaillants auf hereditäre und ethnische Faktoren. Die Persönlichkeitsvariablen treten nicht als Prädiktoren des Alkoholismus auf. Wenn Persönlichkeitsvariablen den Rang eines Prädiktors erhalten, so geschieht dies in Bezug auf ein späteres soziopathisches Verhalten oder in Bezug auf die allgemeine seelische Gesundheit. Fragt man hingegen nach den Prädiktoren veränderter Persönlichkeitsdimensionen, so weist die Studie von Werner und Broida am stärksten in Richtung auf eine gestörte familiäre Interaktion. Ein später erniedrigtes Selbstwertgefühl kann Folge einer gestörten familiären Interaktion sein. Dem Risikostatus Kind eines Alkoholikers (ACOA) kommt allein nicht der Rang eines Prädiktors für erniedrigtes Selbstwertgefühl zu.Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass ein einfaches Kausalmodell die Beziehung zwischen Persönlichkeit und Alkoholismus nur unzureichend erklären kann. Ergänzend ist an dieser Stelle auf weitere inhaltliche Konzepte hinzuweisen, die im Zusammenhang von Longitudinalstudien erörtert worden sind. Es handelt sich um das Konzept der Hyperaktivität und das Konzept der antisozialen Persönlichkeit. Die Diskussion bewegt sich immer wieder um die Frage, wie weit die Variablen „Hyperaktivität“ bzw. „antisoziale Persönlichkeit“ als Prädiktoren eines späteren Alkoholismus zu verstehen sind. Drake (1988) untersucht das Konzept der „Hyperaktivität“ in der gleichen Stichprobe und im gleichen prospektiven Design wie Vaillant. Dabei ordnet Drake der Variablen „Hyperaktivität“ nicht den Rang eines Prädiktors für eine spätere Alkoholabhängigkeit zu. Die Beziehung zwischen Alkoholabhängigkeit und antisozialem Verhalten bestimmt einen wichtigen Teil der Arbeit Cloningers. (siehe unter anderem 2.2.1)

## *2.2 Ein Überblick über persönlichkeitspsychologische Aussagen der biologisch orientierten Suchtmedizin*

Die biologische Persönlichkeitsforschung in der Suchtmedizin orientiert sich am Begriff des Temperaments. Cloningers Arbeiten haben ihre Wurzeln in der genetischen Epidemiologie und weisen zuletzt in die Persönlichkeitsforschung. Die Ursprünge Wolffgramms liegen in der Pharmakologie. Ausgehend vom Tiermodell werden verhaltenspsychologische Beobachtungen zur Suchtentwicklung dargestellt

### 2.2.1 Cloninger und sein Einfluss auf die Persönlichkeitsforschung in der Suchtmedizin

#### 2.2.1.1 Grundlagenarbeiten Cloningers

##### *2.2.1.1.1 Klassifikationen des Alkoholismus unter Bezug auf Cloninger. Das Konzept des Typ I und Typ II Alkoholismus und vergleichbare Klassifikationen*

Die wichtigste frühe Arbeit Cloningers ist die Stockholmer Adoptionsstudie (Cloninger 1981).Cloninger und Mitarbeiter haben hier schwedische Registerdaten ausgewertet. Erfasst sind in Stockholm geborene Kinder, die in den Jahren 1930 bis 1949 zur frühen Adoption freigegeben worden sind. Die Studie zielt in erster Linie auf eine Gewichtung von genetischen und entwicklungsbezogenen Faktoren in Bezug auf ein späteres Trinken von Alkohol. In einem methodisch sehr komplexen Ansatz, der hier nicht im Einzelnen nachgezeichnet werden soll, extrahiert Cloninger aus einer umfangreichen Stichprobe zwei Typen des Alkoholismus.

- Typ I: ist milieubezogen. Frauen und Männer sind gleichermaßen betroffen. Ein späteres Auftreten im Vergleich zu Typ II ist charakteristisch.
- Typ II: zeichnet sich durch eine starke genetische Belastung aus. Es sind nur Männer betroffen. Weiterhin fällt ein frühes Auftreten auf.

Die Stockholmer Adoptionsstudie ist Orientierungspunkt vieler nachfolgender Diskussionen. Die Ergebnisse der Studie werden an einer anderen schwedischen Stichprobe später im Wesentlichen repliziert (Sigvardsson 1996). Ein Teil der späteren Diskussion versucht die Typologie Cloningers noch genauer herauszuarbeiten. Von Knorring nimmt in seinem Ansatz auch biologische Marker auf. So wird die MAO-Aktivität im Thrombozyten untersucht. Vor allem wird jedoch die Altersvariable präzisiert.

- Typ I nach von Knorring: Eine Alkoholabhängigkeit nach DSM-III liegt vor. Die Typ-II Charakteristik trifft nicht zu.
- Typ II nach von Knorring: Erste Alkoholprobleme treten vor dem 25-ten Lebensjahr auf. Die erste Alkoholbehandlung erfolgt vor dem 30-ten Lebensjahr. Alkoholbezogene Probleme wie Gewalttätigkeit beim Trinken sowie Gesetzesverstöße sind typisch. Die MAO-Aktivität im Thrombozyten ist erniedrigt.

Sowohl bei Cloninger als auch bei von Knorring finden sich Hinweise auf eine Verknüpfung dissozialer Persönlichkeitszüge mit Alkoholproblemen im Konzept des Typ-II Alkoholikers. Weiterhin wird die Wichtigkeit des Alters beim Auftreten von Alkoholproblemen deutlich. Darüber hinaus wird eine bedeutsame Nachfolgediskussion um Typologien des Alkoholismus

geführt. Auf die Präzisierungsversuche von von Knorring ist in diesem Zusammenhang bereits hingewiesen worden. Weitere Bemühungen diesbezüglich gehen auf Gilligan (1988) zurück. In einer späteren Typologie von Barbor (1992), die methodisch jedoch auf clusteranalytischen Ansätzen basiert, finden sich ebenfalls deutliche Parallelen zu Cloninger. Der vielleicht wichtigste Kritiker der Unterscheidung von Typ I und Typ II Alkoholismus ist Schuckit (Schuckit MA, 1985, Irwin M, Schuckit MA et al 1990). Dieser schlägt eine Unterscheidung von primärem und sekundärem Alkoholismus vor. Beim primären Alkoholismus tritt die Alkoholabhängigkeit vor dem Auftreten anderer psychischer Störungen auf. Beim sekundären Alkoholismus tritt zunächst eine andere psychische Störung auf und später der Alkoholismus. Eine wichtige Untergruppe sekundärer Alkoholiker sind Personen mit antisozialen Persönlichkeitsstörungen. Aus der Sicht von Schuckit sind die von Cloninger beschriebenen Typen I und II vor allem mit der Variablen „Alter bei Beginn der Suchterkrankung“ (age at onset) verknüpft. Eine genaue Analyse der von Cloninger beschriebenen Typen führt nach Schuckit zu dem Ergebnis, dass Typ II eine Variante des sekundären Alkoholismus mit antisozialer Persönlichkeit darstellt. Eine genaue Unterscheidung zwischen Symptomen (Alkoholismus) und Diagnosen (primärem Alkoholismus, antisozialer Persönlichkeitsstörung mit sekundärem Alkoholismus) ist nach Schuckit erforderlich.

#### *2.2.1.1.2 Persönlichkeitskonzepte nach Cloninger*

Die späteren Arbeiten Cloningers liegen vor allem im Bereich der Persönlichkeitsforschung. Cloninger geht es vor allem um eine Quantifizierung der Unterschiede zwischen den zuvor gefundenen Typen. Er arbeitet hierbei mit Persönlichkeitsdimensionen, die genetisch unabhängig voneinander sein sollen. Weiterhin sollen die beschriebenen Dimensionen unterschiedlichen neuroanatomischen und neuropharmakologischen Systemen entsprechen.
In einer ersten Phase der Konzeptentwicklung orientiert sich Cloninger am Begriff des Temperaments. Der Temperamentbegriff stellt neurobiologische Dispositionssysteme in den Vordergrund. Cloninger versteht diese Dispositionssysteme als Stimulus-Response-Systeme und versucht eine dreidimensionale Struktur aufzuzeigen. Ausdruck jener ersten Phase der Konzept-entwicklung ist das TPQ (Tridimensional Personality Questionaire). Die Dimensionen des TPQ sind:

- Novelty Seeking (Neugierigkeit): Die Achse beschreibt Explorationsverhalten und aktive Vermeidung. Gemeint ist ein biologisches Aktivierungs- und Initiationssystem.
- Harm Avoidance (Vorsichtigkeit): Die Achse beschreibt passive Vermeidung und Löschung. Gemeint ist in diesem Fall ein biologisches Hemmsystem.

- Reward Dependence (Abhängigkeit von Belohnungen): Die Achse beschreibt Löschungsresistenz. Gemeint ist in diesem Fall ein biologisches Aufrechterhaltungssystem.

Cloninger versucht, unterschiedliche neurobiologische Lernprozesse als theoretische Grundlage einer Persönlichkeitskonzeption zu formulieren. Schwierigkeiten in der Rekonstruktion klassischer Persönlichkeitskategorien im TPQ veranlassen Cloninger, in einem zweiten Schritt seine Theorie zu erweitern. Ziel ist nun eine umfassende Persönlichkeitstheorie auf lerntheoretischer Grundlage. Als Ergebnis legt Cloninger ein Persönlichkeitsmodell vor, das den Aspekt des Temperamentes um den des Charakters erweitert. Im übergeordneten Denkmodell beziehen sich Temperament und Charakter auf unterschiedliche Lernsysteme. Am Ende dieser Überlegungen steht die Konstruktion des TCI (Temperament and Character Inventory). Auf Ebene der Skalenachsen werden aus den drei Temperaments-Achsen des TPQ vier Achsen. Die Achse „Reward Dependence“ wird nochmals unterteilt. „Reward Dependence“ (Abhängigkeit von Belohnungen) im engeren Sinn beschreibt die Aufrechterhaltung von Verhalten in einem sozial unterstützenden Kontext. „Persistence“ (Beharrlichkeit) bezieht sich auf die Aufrechterhaltung von Verhalten im Kontext von Unlust, Müdigkeit und Kritik. Zusätzlich zu den vier Achsen des Temperaments finden sich drei Achsen des Charakters. Diese beschreiben „Selbstkonzepte“ auf unterschiedlichen Systemebenen.

- Self-Directedness (Selbstlenkungsfähigkeit): bezieht sich auf die Selbstakzeptanz in einem weiteren Sinne.
- Cooperativeness (Kooperativität): Bezieht sich auf die Akzeptanz anderer Menschen.
- Self-Transcendence (Selbsttranszendenz): Bezieht sich auf die Akzeptanz der Natur als einem übergeordneten Ganzen und versucht, eine spirituelle Dimension zu erfassen.

Trotz aller Kritik am TCI, die hier nicht in aller Einzelheit nachgezeichnet werden soll, führen Cloningers Bemühungen zu einer allmählichen Renaissance der Persönlichkeitsforschung in der Suchtmedizin. Insbesondere erhält die Persönlichkeitsforschung allmählich eine andere Richtung. Es geht jetzt weniger um die Formulierung einer bestimmten Suchtpersönlichkeit. Vielmehr werden unterschiedliche Typen von Alkoholikern quantitativ genauer auf der Grundlage von Persönlichkeitsdimensionen beschrieben. Persönlichkeitsdimensionen dienen überhaupt als Instrumente einer genaueren quantitativen Beschreibung von Unterschieden.

### 2.2.1.2 Anwendungsbezogene Arbeiten Cloningers

Neben der zuvor dargestellten Grundlagenforschung im Suchtbereich, veröffentlicht Cloninger auch anwendungsbezogenere Arbeiten. In einem ersten Schritt beschreibt Cloninger die speziellen Persönlichkeitsstörungen der Psychopathologie in den Dimensionen des TPQ:

**Tabelle 2.2.1.2-1: Klassische Persönlichkeitskategorien in der Sprache Cloningers**

| Persönlichkeitsstörung | Novelty Seeking | Harm Avoidance | Reward Dependence |
|---|---|---|---|
| antisozial | hoch | niedrig | niedrig |
| histrionisch | hoch | niedrig | hoch |
| passiv-aggressive | hoch | hoch | hoch |
| emotional instabil | hoch | hoch | niedrig |
| zwanghaft | niedrig | hoch | niedrig |
| schizoid | niedrig | niedrig | niedrig |
| zyklothym | niedrig | niedrig | hoch |
| passiv-dependent | niedrig | hoch | niedrig |

In einem zweiten Schritt untersucht Cloninger (1995) später Variablen des Suchtverhaltens auf der Grundlage von Temperamentsdimensionen. So findet Cloninger für die Schwere von Alkoholproblemen vor allem eine signifikante und positive Korrelation zur Achse „Novelty Seeking“ bei Männern unter 30 Jahren. Weiterhin zeigt sich eine signifikante positive Korrelation zur Achse „Harm Avoidance“ für Männer und Frauen über 50 Jahren. Für die Trinkhäufigkeit ergeben sich bei deutlicher Alters- und Geschlechtsabhängigkeit positive Korrelationen für die Achse „Novelty Seeking“. Signifikante Ergebnisse finden sich für Männer unter 30 Jahren und Frauen in der Altersgruppe von 40 bis 49 Jahren. Negative Korrelationen der Trinkhäufigkeit ergeben sich für die Achse „Harm Avoidance“. Signifikant sind die Befunde für Frauen in der Altersgruppe über 50 Jahren. Fasst man diese Befunde ohne Alters- und Geschlechtsdifferenzierung zusammen, so ergeben sich folgende vereinfachte Beziehungen

**Tabelle 2.2.1.2-1: Variablen des Trinkverhaltens in der Sprache Cloningers**

| | Novelty Seeking | Harm Avoidance | Reward Dependence |
|---|---|---|---|
| Schwere des Alkoholismus | hoch | hoch | niedrig |
| Trinkhäufigkeit | hoch | niedrig | niedrig |

Bezüglich des Suchtverlaufes zieht Cloninger folgende Schlüsse:

- Novelty Seeking beschleunigt die Initiierung des Trinkens und stützt häufiges und problembezogenes Trinken (vgl. Typ II).
- Harm Avoidance hemmt die Initiierung eines problematischen Trinkverhaltens, erhöht jedoch das Risiko nach Entwicklung eines problematischen Trinkens (vgl. Typ I).

Bezüglich der Langzeitprognose von Personen mit Alkoholproblemen ist die Suchtforschung uneinheitlich. So findet von Knorring (1985) in der Gruppe der Typ-II Alkoholiker insgesamt eine günstigere Langzeitprognose. Barbor (1992) hingegen beschreibt für seinen Typ A die günstigere therapeutische Prognose. Der Typ A nach Barbor ist in mancherlei Hinsicht mit dem Typ I nach Cloninger vergleichbar. Typ B nach Barbor entspricht in mancherlei Hinsicht dem Typ II nach Cloninger.

### 2.2.1.3 Suchtforschung in Deutschland unter Bezug auf Cloninger

In Deutschland beschäftigt sich H.G Weijers mit Cloningers Ansatz. Weijers (1999) findet nach Ausschluss von Personen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung keinen Hinweis auf die von Cloninger etablierte Unterscheidung von Typ I und Typ II Alkoholikern. Insbesondere lassen sich die von Cloninger gefundenen Temperamentskombinationen für Typ I und Typ II Alkoholiker nicht überzufällig häufig finden. Diese Befunde unterstützen die These von Schuckit: Nach Ausschluss von Personen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung verliert die Unterscheidung von Typ I und Typ II Alkoholismus an Trennschärfe. In einer stärker klinisch ausgerichteten Studie untersucht Weijers (2002) das Rückfallverhalten von alkoholabhängigen Personen. Unterschiedliche Persönlichkeitsinventare werden bei einer qualifizierten Entgiftung eingesetzt, unter anderem Eysencks EPQ-R und Cloningers TCI. In der 12 Monatskatamnese werden rückfällige und abstinente Personen verglichen. Hierbei werden insbesondere Persönlichkeitsvariablen betrachtet. Auf Eysencks Psychotizismus-Score erreichen abstinente Personen signifikant niedrigere Werte. Auf Cloningers TCI Achse „Persistence“ erreichen

rückfällige Personen signifikant niedrigere Werte. Es findet sich eine Hochrisikogruppe mit hohem Psychotiszismus Score nach Eysenck und niedrigem Persistence-Score nach Cloninger. Die Niedrigrisikogruppe zeichnet sich durch niedrige Psychotiszismuswerte nach Eysenck und gleichzeitig niedrige Werte in „Novelty-Seeking“ nach Cloninger aus. Interessant erscheint in diesem Ansatz, dass auf der Basis von Persönlichkeitsdimensionen Subgruppen von Alkoholabhängigen mit unterschiedlicher klinischer Prognose gebildet werden können. Es stellt sich überhaupt die Frage, ob auf der Basis von Persönlichkeitsdimensionen unterschiedliche Therapien rational begründbar sind.Diese Fragen deuten nochmals den Richtungswechsel in der Persönlichkeitspsychologie an: Es geht nicht mehr um die so genannte Suchtpersönlichkeit. Vielmehr geht es um differentialtherapeutische Überlegungen auf der Basis der Persönlichkeitspsychologie.

### 2.2.2 Abhängigkeitsentwicklung im Tiermodell. Befunde Wolffgramms aus der experimentellen Suchtforschung

Wolffgramm untersucht im Tiermodell die Entwicklung süchtigen Verhaltens unter experimentellen Bedingungen. Als Modell dienen männliche Wistar Ratten, denen über einen längeren Zeitraum unter anderem Alkohol angeboten worden ist. Unter bestimmten Voraussetzungen kommt es bei den untersuchten Tieren zu einem suchtanlogen Verhalten. Die beiden Kriterien für süchtiges Verhalten sind für Wolffgramm Reversibilitätsverlust und Kontrollverlust. In der Phase des Kontrollverlusts wählt das Tier trotz aversiver Geschmacksstoffe immer wieder die vergällte Lösung. Reversibilitätsverlust lässt sich als Vorstufe des Kontrollverlustes konzeptuell abgrenzen. Es kommt hier zu einem Verlust der Modifizierbarkeit des Einnahmeverhaltens, obwohl im engeren Sinn noch kein Kontrollverlust vorliegt. Folgende Einzelergebnisse Wolffgramms erscheinen auch in Bezug auf die hier vorliegende Studie interessant: Suchtentwicklung tritt nur dann ein, wenn die Substanzeinnahme der Tiere unter freiwilligen Bedingungen erfolgt. Die erzwungene, forcierte Substanzzufuhr führt zu keinen wesentlichen Unterschieden gegenüber einer Kontrollgruppe. Weiterhin ist die Suchtentwicklung eine Funktion der Zeit. Die Exposition gegenüber dem Suchtmittel muss über eine bestimmte Zeitspanne erfolgen. Unterhalb eines zeitlichen Schwellenwertes findet sich im Retest kein süchtiges Verhalten. Darüber hinaus ist die Suchtentwicklung substanzspezifisch. Süchtiges Verhalten gegenüber einer Substanz bedeutet nicht, dass Suchtentwicklung gegenüber einer anderen Substanz vorliegt. Von besonderem Interesse im hier untersuchten Zusammenhang sind die erfassten Begleitfaktoren. So werden die untersuchten Tiere verhaltenspsychologisch nach ihrem Dominanzverhalten erfasst. Subordinate Tiere zeigen einen höheren und weniger

modifizierbaren Substanzkonsum als dominante Ratten. Allerdings wird dieses Verhalten durch die Haltungsbedingungen zusätzlich beeinflusst. Es werden Einzelhaltung (isolierte Tiere ohne Kontakt zu Artgenossen), Kontakthaltung (Kontakt über Gitter) und Gruppenhaltung (mehrere Tiere in einem Käfig) unterschieden. Zwischen Gruppenhaltung und Kontakthaltung finden sich in der Phase eines noch kontrollierten Konsums keine signifikanten Unterschiede. In Einzelhaltung sich befindende Tiere haben einen signifikant höheren Substanzkonsum. Dominante Tiere reagieren deutlich empfindlicher auf einen Wechsel der Haltungsbedingungen, bleiben allerdings immer noch in ihrem Konsum unter dem Konsum subordinater Tiere.

Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse Wolffgramms wie folgt beschreiben: Lernpsychologische Prozesse spielen in der Suchtentwicklung phasenspezifisch immer wieder eine entscheidende Rolle. Das Tier versucht durch Drogeneinnahme seinen gegenwärtigen emotionalen Zustand zu optimieren. Kontrollverlust und Reversibilitätsverlust zeigen an, dass die Möglichkeit der Verhaltensmodifikation in der Suchtentwicklung verloren geht. Entscheidende Voraussetzungen für die Entwicklung einer Sucht sind zeitliche Schwellen der Substanzzufuhr und die Freiwilligkeit der Einnahme. Soziale Faktoren (Haltungsbedingungen: Einzelhaltung, Kontakthaltung, Gruppenhaltung) und Persönlichkeitsmerkmale (Dominanz, Subordination) erscheinen als wesentliche Modifikatoren bei der Entwicklung einer Sucht bei der Ratte. Nachdem die Bedeutsamkeit von Persönlichkeitsfaktoren im Zusammenhang der Suchtentwicklung lange Zeit bestritten worden ist, erscheinen die verhaltensbiologischen Befunde Wolffgramms im hier untersuchten Zusammenhang beachtenswert. Wie weit eine Übertragbarkeit auf den Menschen gegeben ist, muss derzeit offen bleiben.

## *2.3 Ein Überblick über persönlichkeitspsychologische Aussagen der Psychopathologie*

Psychiatrische Psychopathologie im engeren Sinn hat ihre Wurzeln in den nosologischen Bemühungen des frühen 19. Jahrhunderts. Als Trennlinie zwischen einer frühen traditionellen Diagnostik und einer modernen Diagnostik wird die Einführung des Operationalisierungsprinzips genannt. Konsequent ist dieses Anfang der 80-er Jahre des letzten Jahrhunderts mit der Einführung des DSM-III und DSM-III-R umgesetzt worden. Das Operationalisierungsprinzip folgt strikt einem deskriptiver Ansatz. Diagnosen werden in einem möglichst theoriefreien Raum formuliert. Dies geschieht durch Angabe klarer Einschluss- und Ausschlusskriterien. Entscheidungs- und Verknüpfungsregeln legen die Anzahl und Zusammensetzung der für die Diagnosenstellung mindestens geforderten Symptome fest. Ein weiterer Schlüsselbegriff moderner Diagnostik ist der Begriff Komorbidität. Hierunter wird das

gemeinsame Auftreten unterschiedlicher Diagnosen verstanden. Simultane oder Querschnittskomorbidität ist das gleichzeitige Auftreten unterschiedlicher Diagnosen. Bei der sukzessiven oder Längsschnittskomorbidität wird die Gleichzeitigkeit des Auftretens der Diagnosen nicht gefordert. Neu ist in diesem Zusammenhang, dass unterschiedliche Diagnosen gleichzeitig gestellt werden können. Zuletzt geht es im Bereich moderner Diagnostik um eine multiaxiale Sichtweise. Unterschiedliche Betrachtungsebenen der Diagnostik werden über entsprechende Achsen eingeführt. Die Veränderungen im Bereich der psychopathologischen Diagnostik finden sich im Bereich der Suchtmedizin wieder. Insbesondere seit Beginn der 90-er Jahre des letzten Jahrhunderts gibt es umfangreiche Arbeiten zur Frage der psychiatrischen Komorbidität. Exemplarisch soll hier auf die Arbeiten der Lübecker Forschungsgruppe und insbesondere von Driessen eingegangen werden. Sie vermitteln einen guten Einblick in die am Problem der Komorbidität ausgerichtete Suchtforschung in Deutschland.

### 2.3.1 Prävalenz- und Komorbiditätsstudien

Frühere Studien haben für Personen mit Alkoholabhängigkeit in Bezug auf eine zusätzliche Diagnose auf der Achse I oder auf der Achse II Häufigkeiten von 57%-84% ergeben. In verschiedenen aufeinander bezogenen Studien untersucht Driessen Alkoholabhängige nach abgeschlossener Entgiftungsbehandlung in der Universitätsklinik Lübeck. Ein Gesamtüberblick findet sich in seiner Habilitationsschrift. Dabei wird über ein scoregestütztes Verfahren ausgeschlossen, dass akute Entzugssymptome vorliegen. Ausgeschlossen werden weiterhin Personen mit schwereren hirnorganischen Psychosyndromen und Personen mit zusätzlichen substanzassoziierten Störungen. Die Stichprobe umfasst schließlich 250 alkoholabhängige Personen. Störungen auf der Achse I des DSM-III-R werden über das CIDI (Composite International Diagnostic Interview) erfasst und ebenfalls als ICD-10 Diagnosen verschlüsselt. Störungen auf der Achse II nach DSM-III-R werden über das IPDE (International Personality Disorder Examination) beschrieben

Für die Achse I findet Driessen folgende Verteilung der Diagnosen:

**Tabelle 2.3.1-1: Alkoholabhängigkeit und komorbide Achse I Störungen bei Driessen**

| ICD-10 | Lebenszeit Prävalenz (%) | OR (*) | 6-Monats Prävalenz (%) | OR (*) |
|---|---|---|---|---|
| ≥1 Diagnose | 43,6 | 1,41 | 37,2 | 3,02 |
| Psychoorganische Störung (F0) | 3,2 | - | 3,2 | - |
| Schizophrene Störung (F2) | 2,4 | 2,93 | 2,0 | - |
| Affektive Störung (F3) | 21,0 | 1,46 | 17,0 | 2,24 |
| Angststörung (F4) | 28,0 | 2,09 | 24,0 | 3,40 |
| Zwangsstörung (F42) | 1,6 | 0,64 | 1,6 | 0,77 |
| Dissoziative Störung (F44) | 4,0 | - | 2,0 | - |
| Somatoforme Störung (F45) | 6,8 | 6,95 | 4,4 | 4,42 |

* Odds Ratio in Bezug auf die allgemeine Bevölkerung bei Wittchen et al (1992)

Insgesamt haben also 43,6% der Alkoholabhängigen zusätzlich mindestens eine ICD-10 Diagnose auf der Achse I. Die Odds Ratios lassen sich als Maß für das Risiko für die entsprechende Störung verstehen. Werte um 1 geben an, dass das Risiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung gleich bleibt. Werte unter 1 geben ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung reduziertes Risiko an. Werte über 1 geben ein erhöhtes Risiko an.

Die Gesamtprävalenz für die Achse I steht in Übereinstimmung mit früheren Studien. Weiterhin in Übereinstimmung mit früheren Studien findet Driessen auf der Achse I als wichtigste Störungsgruppen die affektiven Störungen und die Angststörungen

Für die Achse II ergeben sich bei Driessen folgende Prävalenzraten:

**Tabelle 2.3.1-1: Alkoholabhängigkeit und komorbide Achse II Störungen bei Driessen**

| Persönlichkeitsstörungen nach DSM-III-R | Lebenszeitprävalenz (%) | Odds Ratio (*) |
|---|---|---|
| ≥1 Diagnose | 33,6 | 3,56 |
| Cluster A | 5,2 | 13,9 |
| paranoid | 1,2 | - |
| schizoid | 4,3 | 35,0 |
| schizotypisch | 0,8 | 2,0 |
| Cluster B | 7,6 | 0,9 |
| antisozial | 4,4 | 1,7 |
| borderline | 3,2 | 3,1 |
| histrionisch | 0,8 | 0,1 |
| narzißtisch | 0,4 | - |
| Cluster C | 7,6 | 2,0 |
| selbstunsicher | 5,2 | - |
| abhängig | 2,4 | 3,7 |
| zwanghaft | 0,8 | 0,3 |
| passiv-aggressiv | - | - |
| Nicht spezifische PS | 16,8 | - |

* Odds Ratio (OR) bezogen auf die repräsentative Bevölkerungsuntersuchung von Samuels et al (1994)

Vergleicht man die Befunde Driessens zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen mit denen anderer Autoren (Nace et al (1991), Smyth (1993), DeJong (1993)) so fallen bei Driessen niedrigere Prävalenzraten auf. Diese sind etwa halb so hoch wie bei den zuvor genannten Autoren. Driessen führt diesen Unterschied auf unterschiedliche Messinstrumente zurück. So basieren die Studien mit höheren Prävalenzraten auf dem SIDP nach Stangel. Dieses hat auch in der Allgemeinbevölkerung zu höheren Prävalenzraten geführt. Autoren, die ebenfalls den IPDE verwendet haben, liegen in ihren Ergebnissen in einer vergleichbaren Größenordnung wie Driessen. Die diagnostische Schwelle scheint für den SIDP niedriger zu liegen als für den IPDE.

### 2.3.2 Der Einfluss von psychiatrischer Komorbidität auf den Verlauf der Sucht

Um den Einfluss psychiatrischer Komorbidität auf den Verlauf der Sucht zu untersuchen, bildet Driessen zunächst vier Hauptgruppen:

**Tabelle 2.3.2-1: Komorbiditätsgruppen bei Driessen**

| | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 | Gruppe 4 |
|---|---|---|---|---|
| CIDI | + | - | + | - |
| IPDE | - | + | + | - |
| % der Stichprobe (n=250) | 24,8 | 14,8 | 18,8 | 41,6 |

In Gruppe 1 befinden sich die Personen, die neben der Alkoholabhängigkeit zusätzlich wenigstens eine weitere Diagnose auf der Achse I aufweisen. Achse II Diagnosen sind hier nicht erlaubt. Gruppe 2 ist durch die Personen definiert, die neben der bekannten Alkoholabhängigkeit zusätzlich wenigstens eine weitere Diagnose auf der Achse II haben. Zusätzliche Diagnosen auf der Achse I sind in dieser Gruppe nicht erlaubt. In Gruppe 3 sind die Personen zusammmengefasst, die neben der bekannten Alkoholabhängigkeit sowohl mindestens eine zusätzliche Diagnose auf der Achse I, als auch wenigstens eine zusätzliche weitere Diagnose auf der Achse II haben. In Gruppe 4 sind die Personen mit Alkoholabhängigkeit ohne zusätzliche psychiatrische Komorbidität. Im weiteren Studiendesign wird die Untersuchung sowohl retrospektiv, als auch prospektiv angelegt. Die Erhebung der Suchtanamnese retrospektiv stützt sich vor allem auf das Trinkphaseninterview nach Skinner und auf die Katamnesestandarts der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung. Dabei wird der Suchtverlauf anhand charakteristischer Verlaufsphasen (erster Konsum, erster Rausch, vermehrter Konsum, Missbrauch, Abhängigkeit, erste Entzugstherapie) zeitlich dokumentiert. Die prospektive Untersuchung arbeitet mit zwei Nachuntersuchungszeitpunkten sechs und zwölf Monate nach der Eingangsuntersuchung. Nach sechs Monaten können noch 62,8% der Ausgangsstichprobe und nach 12 Monaten 59,2% der Ausgangsstichprobe nachuntersucht werden. In Bezug auf die Fragestellung der vorliegenden Studie erscheinen folgende Ergebnisse Driessens interessant.

- Suchtverlauf:

  Retrospektiv: Der Suchtverlauf fällt für Gruppe 2 und Gruppe 3 signifikant ungünstiger

aus als für Gruppe 1 und Gruppe 4.

Prospektiv: Der Anteil abstinenter Personen ist in Gruppe 2 und Gruppe 3 niedriger als in Gruppe 1 und Gruppe 4. Die Unterschiede erreichen jedoch keine Signifikanz.

- Trinkmenge

  Retrospektiv: Die Trinkmenge ist in Gruppe 2 und Gruppe 3 signifikant höher als in Gruppe 1 und Gruppe 4.

  Prospektiv: Die Trinkmenge in Gruppe 2 und Gruppe 3 ist tendenziell höher als in Gruppe 1 und Gruppe 4. Die Unterschiede erreichen jedoch keine Signifikanz.

- Trinktage

  Retrospektiv: Die Anzahl der Trinktage ist in Gruppe 2 signifikant höher als in Gruppe 4. Tendenziell sind die Trinktage auch in Gruppe 3 höher als in Gruppe 1 und Gruppe 4.

  Prospektiv: Die Anzahl der Trinktage sind in Gruppe 2 und Gruppe 3 tendenziell höher als in Gruppe 1 und Gruppe 4. Die Unterschiede erreichen jedoch keine Signifikanz.

Insgesamt lässt sich also festhalten:

- Die Persönlichkeitspathologie ist im Vergleich der Komorbiditätsgruppen der entscheidende Einflussfaktor.

  Die Personen mit zusätzlicher Persönlichkeitsstörung haben einen ungünstigeren Suchtverlauf.

  Die Personen mit Persönlichkeitsstörungen haben tendenziell oder signifikant höhere Trinkmengen und kürzere Abstinenzzeiten.

- In einem weiteren Differenzierungsschritt vergleicht Driessen die einzelnen Persönlichkeitscluster. Etwas vereinfacht kann in diesem Zusammenhang folgendes gesagt werden:

  Cluster A, Cluster B und unspezifische Persönlichkeitsstörungen fallen ungünstiger aus als Cluster C.

  Cluster C unterscheidet sich im Ergebnis nicht signifikant von den Gruppen ohne Persönlichkeitsstörung.

- Im dritten Schritt geht Driessen auf die Ebene der einzelnen Persönlichkeitsstörungen. Wieder etwas vereinfacht lässt sich in diesem Zusammenhang sagen:

  Personen mit Störungen aus dem Cluster B zeigen tendenziell einen kurzen Verlauf mit früher erster Entgiftung und hohen Trinkmengen.

  Personen mit schizoiden Persönlichkeitsstörungen weisen einen langen protrahierten Verlauf mit späten ersten Entzugsbehandlungen auf.

### 2.3.3 Typologien des Alkoholismus und psychiatrische Komorbidität

Typologien des Alkoholismus sind teilweise in Abschnitt 2.2.1 diskutiert worden. Ausgangspunkt der neueren Diskussion ist meistens die Einteilung von Cloninger. Dieser unterscheidet einen Typ I mit späterem Beginn und mäßiger genetischer Belastung von einem Typ II mit frühem Beginn und starker genetischer Belastung. Die anhand von Registerdaten in einem komplizierten Design postulierte Einteilung Cloningers ist später anhand von klinischen Studien repliziert und modifiziert worden. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang vor allem die Einteilung von Barbor. Dieser beschreibt einen Typ A, der bestimmte Ähnlichkeiten mit Cloningers Typ I aufweist. Der Typ B nach Barbor ähnelt in gewisser Hinsicht dem Typ II nach Cloninger.

Driessen findet in seiner Stichprobe ebenfalls zwei Cluster, die mit den zuvor beschriebenen Typologien Ähnlichkeiten aufweisen. Dabei interessiert sich Driessen vor allem für die Verteilung der Komorbiditätsgruppen in den einzelnen Clustern:

**Tabelle 2.3.3-1: Typologien des Alkoholismus und Komorbidität bei Driessen**

| Komorbidität | Typ A/I | Typ B/II |
|---|---|---|
| Keine | 52% | 26% |
| Achse I (nur) | 26% | 21% |
| Achse II | 22% | 53% |
| Antisoziale PS | 1% | 9% |

Im Ergebnis findet Driessen eine erhebliche Häufung von Persönlichkeitsstörungen im Typ B/II. Auf der Ebene einzelner Persönlichkeitsstörungen handelt es sich insbesondere um Störungen aus dem Cluster B. In diesem Zusammenhang regt Driessen eine Neubeschreibung der Typologien an. Bislang ist im Anschluss an Cloninger von einer engen Beziehung von Typ II und der antisozialen Persönlichkeitsstörung ausgegangen worden. Nach Driessen muss diese Beziehung allgemeiner formuliert werden. Im Typ II finden sich gehäuft jüngere Personen mit Persönlichkeitsstörungen. Aufgrund des deutlich höheren Anteils an Persönlichkeitsstörungen wird der ungünstigere Verlauf im Typ II verständlich. Auch die ursprüngliche Einengung des Typs II auf männliche Personen muss nach Driessen revidiert werden. In Driessens Clusterlösung lassen sich auch Frauen im Typ B/II nachweisen.

# 3 Präzisierte Fragestellung und Hypothesen

Welche Rolle spielt die Persönlichkeit des Alkoholabhängigen? Lässt sich Persönlichkeit bei Personen mit Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit als Risikofaktor verstehen?
Diese Fragen stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Studie. Alkoholabhängigkeit wird hierbei in unterschiedliche Teilaspekte aufgegliedert. Das Alter bei erstmaliger Entgiftung, die Anzahl an Entgiftungsbehandlungen, die Trinkmenge, die Trinkhäufigkeit sind einige der untersuchten Variablen. Das Rückfallgeschehen wird ebenfalls untersucht. Hierbei wird zunächst die Anzahl an Trinkrückfällen in einem vorgegebenen Zeitraum analysiert. Weiterhin werden konkrete Rückfallsituationen in die Untersuchung einbezogen. Persönlichkeit wird aus unterschiedlichen Perspektiven gesehen. Auf der einen Seite wird der Standpunkt der klinischen Psychologie über den TPF aufgenommen. Andererseits wird der Standpunkt der klinischen Psychopathologie über den SKID-II erfasst. Zuletzt werden auch Trinksituationen, die im Kontext der Studie als Trinkmotivationen gedeutet werden, über das DITS-40 in die Analyse einbezogen. Insgesamt folgt die weitere Analyse methodisch einer Zweistufigkeit des Vorgehens:Im ersten Schritt geht es um eine explorative Herangehensweise. Grundlegende Datenstrukturen werden beschrieben und die bedeutsamen Suchtvariablen werden herausgearbeitet.Im zweiten Schritt wird eine Risikofaktoranalyse durchgeführt. Dabei werden die im ersten Schritt als bedeutsam erkannten Variablen dichotomisiert und in einem binär logistischen Modell neu analysiert. Prädiktoren der logistischen Modelle werden als Risikofaktoren interpretiert. Inhaltlich wird hierbei von der allgemeinen Hypothese ausgegangen, dass die Persönlichkeit des Alkoholabhängigen in sämtlichen Bereichen des Suchtverhaltens einen Einfluss haben kann. Im einzelnen orientiert sich die weitere Analyse an folgenden Hypothesen:

**Hypothese 1:** Das Alter bei erstmaliger Entgiftung hängt von Variablen der Persönlichkeit ab und ist bei Personen mit starker Persönlichkeitsakzentuierung niedriger als bei Personen ohne entsprechende Persönlichkeitsakzentuierung.

**Hypothese 2:** Die Anzahl an Entgiftungsbehandlungen hängt von Variablen der Persönlichkeit ab und ist bei Personen mit starker Persönlichkeitsakzentuierung höher als bei Personen ohne entsprechende Persönlichkeitsakzentuierung.

**Hypothese 3**: Die Trinkmenge hängt von Variablen der Persönlichkeit ab und liegt bei Personen mit starker Persönlichkeitsakzentuierung höher als bei Personen ohne entsprechende Persönlichkeitsakzentuierung.

**Hypothese 4:** Die Anzahl der Abstinenztage hängt von Variablen der Persönlichkeit ab und liegt bei Personen mit starker Persönlichkeitsakzentuierung niedriger als bei Personen ohne entsprechende Persönlichkeitsakzentuierung.

**Hypothese 5:** Die Anzahl an Rückfällen hängt von Variablen der Persönlichkeit ab und ist bei Personen mit starker Persönlichkeitsakzentuierung höher als bei Personen ohne entsprechende Persönlichkeitsakzentuierung.

Fraglich und bisher viel weniger gut untersucht ist die Bedeutsamkeit von Persönlichkeitsakzentuierungen in Bezug auf konkrete Rückfallsituationen der Probanden. Hierauf beziehen sich die Hypothese 6 und Hypothese 7:

**Hypothese 6:** Personen mit einem späten erstmaligen Entgiftungszeitpunkt haben oft eine lange adaptierte Suchtvorgeschichte. Es sind oft schizoid akzentuierte Personen, die durch ein kritisches Lebensereignis aus der Bahn geworfen worden sind.

**Hypothese 7**: Die Persönlichkeit des Alkoholabhängigen hat einen Einfluss auf die konkrete Rückfallsituation des Betroffenen.
Die Hypothesen stützen sich auf die Auswertung der Literatur und sind vom Autor der Studie aufgestellt worden.

# 4 Methoden

## 4.1 Planung und Durchführung der Studie

Die Hauptstudie ist in den Monaten Mai 2000 bis Ende April 2001 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Krankenhauses Cottbus durchgeführt worden. Vorangegangen ist eine Pilotstudie in den Monaten Dezember 1999 bis Januar 2000. Während der Pilotstudie sind die Fragen auf ihre Verständlichkeit geprüft worden und zum Teil umformuliert worden. Die im Zusammenhang der Pilotstudie gewonnenen Daten sind in der Hauptstudie nicht berücksichtigt worden. Teilnehmer an der Hauptstudie sind innerhalb einer speziellen Therapieveranstaltung in die Bearbeitung der Fragebogenmappe eingeführt worden. Der Zeitpunkt der Bearbeitung der Fragen hat im Durchschnitt 10 Tage nach Aufnahme in die Klinik nach Abschluss der Entgiftungsphase gelegen. Die Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie sind von dem behandelnden Arzt in Rücksprache mit dem Autor der Studie geprüft worden. Der Autor der Studie hat die Studienteilnehmer in die Bearbeitung der Fragebogenmappe eingeführt.

## 4.2 Messinstrumente

Grundlage für die Studie sind vier Fragebögen. Diese sind in zwei Mappen zusammengefasst worden. Personen, die erstmals an einer Entgiftung teilgenommen haben sind als „Erstentgifter“ bezeichnet worden. Personen, die mehrfach an einer Entgiftung teilgenommen haben sind „Mehrfachentgifter“ genannt worden. Erstentgifter haben eine analoge, aber weniger umfangreiche Fragebogenmappe bearbeitet. Die Fragen zum Themenkomplex „Rückfall“ sind für Erstentgifter gestrichen worden. Mehrfachentgifter haben die Fragebogenmappe in ihrer vollen Länge unter Berücksichtigung des Rückfallaspektes bearbeitet.

### 4.2.1 Entgiftungsfragebogen

Im Entgiftungsfragebogen werden grundlegende Daten erhoben. Zum einen geht es hier um elementare soziodemographische Variablen. Zum anderen werden Fragen zu den Themenkomplexen „Konsumverhalten“, „Suchtverlauf“ und „Rückfall“ gestellt. Dabei werden die „Dokumentationsstandarts für die Behandlung von Abhängigen“ der „Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V“ teilweise verwendet. Fragen zum Rückfall nutzen teilweise das „Social Readjustment Rating Questionaire“ von Holmes und Rahe.

Die Formulierung der Fragen erfolgt in möglichst geschlossener Form. Mehrfachantworten kommen nicht vor.

### 4.2.2 DITS-40

Im DITS-40 wird die Häufigkeit des Trinkens in bestimmten Situationen erfasst.
Die Fragestellung lautet jeweils: „Im letzten Jahr trank ich exzessiv Alkohol, wenn…..“
Es folgen jeweils charakteristische Trinksituationen. Die Antwortabstufungen sind: „nie“, „selten“, „oft“ und „fast immer“. Ein Überblick über die Achsen des DITS-40 findet sich im Anhang 9.1.1. Der theoretische Hintergrund des DITS-40 liegt in den Arbeiten von Marlatt und Gordon (1985). Hierauf aufbauend ist in Kanada das „Inventory of Drinking Situations“ von Annis, Graham und Davis (1987) entwickelt worden. Victorio-Estrada (1993) hat das „Inventory of Drinking Situations“ ins Deutsche übersetzt und auf deutsche Verhältnisse übertragen. Die deutschsprachige Langform der kanadischen Orginalversion heißt bei Victorio-Estrada „Deutsches Inventar der Trinksituationen“ (DITS) und umfasst 100 Items. Das DITS-40 ist eine Kurzform des „Deutschen Inventars der Trinksituationen“ und beinhaltet 40 Fragen. Die ursprüngliche Achsenstruktur der Langform wird hierbei beibehalten. Hinsichtlich der Itemzusammensetzung ergeben sich im DITS-40 deutliche Veränderungen gegenüber der kanadischen Orginalversion. Genauere Angaben hierüber und Überlegungen zur faktoriellen Struktur finden sich bei Victorio-Estrada (1993).
Folgende Aussagen zur Güte des DITS-40 lassen sich aufbauend auf den Arbeiten Victorio-Estradas machen:

- Objektivität: Aufgrund der Fragebogenform mit gebundener Beantwortung können sowohl die Langversion als auch die Kurzversion Objektivität beanspruchen.
- Reliabilität: Als Kriterium für die Reliabilität wird von Victorio-Estrada die innere Konsistenz der Subskalen ermittelt. Cronbachs Alpha liegt zwischen Alpha = 0,83 (Versuchung und Verlangen) und Alpha = 0,94 (Unangenehme Emotionen). Für die Subskalen der Kurzversion DITS-40 ergeben sich Werte zwischen Alpha = 0,90 (Versuchung und Verlangen) und Alpha = 0,96 (Angenehme Situationen mit Anderen).
- Validität: Es scheint Augenscheinvalidität vorzuliegen. Bei Prüfung der Kriterienbezogenen Validität werden Ergebnisse der Langform mit anderen Fragebögen wie „Cage“ und „TAI“ verglichen. Es ergeben sich hierbei signifikante und inhaltlich stimmige Zusammenhänge zwischen DITS-Achsen und Skalen des TAI. Für die Validität der Kurzversion DITS-40 sprechen nach Victorio- Estrada die hohe Korrelation mit der Langversion und die festgestellte Reliabilität der Faktoren erster Ordnung.

- Normierung: Eine Normierung gibt es nicht. Victorio-Estrada gibt zwar für die Langversion T-Werte und Prozentrangwerte für die zu Grunde liegende Stichprobe, sowie für Frauen und Männer getrennt an. Die diesen Angaben zu Grunde liegende Stichprobe kann allerdings nicht als repräsentativ gelten. Für die Kurzversion DITS-40 werden Mittelwerte und Standartabweichungen der Subskalen angegeben.

In der vorliegenden Studie wird das DITS-40 verwendet, um das Trinkverlangen situationsabhängig zu erfassen und zu quantifizieren.

### 4.2.3 TPF

Der TPF folgt der Tradition der klinischen Persönlichkeitspsychologie. Im TPF werden Aussagen zur eigenen Person vorgegeben. Der Proband hat die Möglichkeit zwischen vier Abstufungen zu wählen. Als Veranschaulichung kann folgendes Beispiel herangezogen werden: „Ich bin ….offen für Kritik an meiner Person.“ Die Antwortabstufungen sind: „immer“, „oft“, „manchmal“ und „nie“. Ein Überblick über die Achsen des TPF findet sich im Anhang 9.1.2.
Der theoretische Hintergrund des TPF liegt in den Arbeiten von Peter Becker (1989). Dieser geht von einem Konzept der seelischen Gesundheit aus. Erst in einem zweiten Schritt wird das theoretische Konzept faktorenanalytisch fundiert. Dabei werden in einem ersten Teilschritt zwei übergeordnete Faktoren aufgestellt. Diese lauten:

- Seelische Gesundheit
- Verhaltenskontrolle

In einem zweiten Schritt wird der Faktor „seelische Gesundheit“ nochmals in drei Teilbereiche aufgegliedert:

- Seelisch-körperliches Wohlbefinden
- Selbstaktualisierung
- Selbst- und fremdbezogene Wertschätzung

In einem dritten Schritt wird jeder der drei Teilbereiche nochmals untergliedert:

- Seelisch- körperliches Wohlbefinden
  Sinnerfülltheit versus Depressivität
  Selbstvergessenheit versus Selbstzentrierung
  Beschwerdefreiheit versus Nervosität
- Selbstaktualisierung
  Expansivität
  Autonomie

- Selbst- und fremdbezogene Wertschätzung
  Selbstwertgefühl
  Liebesfähigkeit

Inhaltlich lassen sich somit sieben Indikatorbereiche seelischer Gesundheit abgrenzen.
Fiedler (1997) weist darauf hin, dass sich im TPF die beiden Orthogonalfaktoren der interpersonellen Circumplexmodelle in Gestalt der Achsen „Selbstaktualisierung“ und „selbst bzw. fremdbezogene Wertschätzung“ wieder finden. Dies ist unter anderem dann bedeutsam, wenn therapeutische Schlussfolgerungen gezogen werden.
Zu den Gütekriterien des TPF lässt sich folgendes sagen:

- Objektivität: Es liegt wieder eine Fragebogenform mit gebundener Beantwortung vor. Deshalb kann Objektivität angenommen werden.
- Reliabilität: Es sind sowohl die internen Konsistenzen (Cronbach Alpha) als auch die Retestreliabilitäten ermittelt worden. Die internen Konsistenzen liegen achsenspezifisch und stichprobenbezogen zwischen 0,68 und 0,92. Die höchsten internen Konsistenzen werden für „Seelische Gesundheit“ erreicht. Die schlechtesten internen Konsistenzen erzielen „Verhaltenskontrolle“ und „Selbstvergessenheit“. Die Retestreliabilitäten liegen in einer speziellen Teilstichprobe nach elf Monaten zwischen 0,69 und 0,78.
- Validität: Zur Bestimmung der faktoriellen Validität sind die Achsen mit einer Reihe anderer Persönlichkeitsfragebögen korreliert und einer gemeinsamen Faktorenanalyse unterzogen worden. Die Ergebnisse dieser Validierungsstudien finden sich in der Handanweisung des Fragebogens.
- Normierung: Der TPF geht durch die Normierung an einer repräsentativen Stichprobe weit über die ansonsten in der Studie verwendeten Fragebögen hinaus. Alters- und geschlechtsbezogene Mittelwerte sind ermittelt worden. Gruppenspezifisch ist eine Transformation der Rohwerte auf T-Werte vorgenommen worden.

### 4.2.4 SKID-II

Der SKID-II folgt der Tradition der psychopathologischen Persönlichkeitsdiagnostik. Im SKID-II werden Fragen zur eigenen Person gestellt. Als Beispiel kann folgende Frage dienen: „Stehen Sie gern im Mittelpunkt?“ Der Proband hat die Möglichkeit zwischen „ja“ und „nein“ auszuwählen. Ein Überblick über die Kategorien des SKID-II findet sich im Anhang 9.1.3.
Der SKID-II ist Teil einer komplexen Diagnostik nach DSM-IV. Auf das sehr aufwendige komplette SKID ist in der Studie verzichtet worden. Diese stützt sich lediglich auf den SKID-II Fragebogen ohne vorangehende strukturierte Interviews auf den Achsen I und II des DSM.

Es gibt zwei Auswertungsmöglichkeiten des SKID-II Fragebogens:

- Kategoriale Auswertung: es wird nur zwischen zwei Möglichkeiten unterschieden. Liegt die entsprechende Persönlichkeitsstörung vor oder nicht?
- Dimensionale Auswertung: es wird auf einer Intervallskala der Schweregrad einer Ausprägung gemessen. Wie stark ist die Persönlichkeitsakzentuierung ausgeprägt?

Die vorliegende Studie arbeitet mit einer dimensionalen Auswertung des SKID-II Fragebogens.
Zur Güte der Persönlichkeitsdiagnostik auf der Basis des SKID-II Fragebogens lassen sich folgende Aussagen machen:

- Objektivität: Durch Beschränkung auf den SKID-II Fragebogen mit gebundenen Antwortmöglichkeiten ist Objektivität gegeben.
- Reliabilität: Für die kombinierte Anwendung von strukturiertem Interview und Fragebogen werden κ-Werte zwischen 0,41 (Cluster A) und 0,73 (Cluster C) angegeben. (Schmitz B., Fydrich T, Limbacher K, 1996). Für die isolierte Anwendung des Fragebogens liegen keine entsprechenden Daten vor.
- Validität: Für die kombinierte Anwendung von Fragebogen und strukturiertem Interview gibt es erste Ergebnisse in Validitätsstudien. (Schmitz B., Fydrich T, Limbacher K, 1996) Die Ergebnisse werden als unbefriedigend angesehen. Für die isolierte Anwendung des Fragebogens liegen keine Validitätsdaten vor.
- Normierung: Für den SKID-II Fragebogen sind keine Normierungsdaten bekannt.

## *4.3 Datenbearbeitung und Statistik*

In einem ersten Schritt sind die Rohdaten nach Eingabe in den Rechner aufbereitet worden.
In einem zweiten Schritt sind spezielle statistische Prozeduren angewandt worden.

### 4.3.1 Datenbearbeitung

Fehlende Werte sind kriteriengeleitet ersetzt worden.
Darüber hinaus sind Plausibilitäten definiert worden und unplausible Daten korrigiert worden.

#### 4.3.1.1 Entgiftungsfragebogen

Fehlende Werte im Zusammenhang der Themenkomplexe „Konsumverhalten“, „Suchtverlauf“ und „Rückfall“ werden durch die entsprechenden Mittelwerte ersetzt.

#### 4.3.1.2 DITS-40

Die Antworten auf die Fragen des DITS-40 sind wie folgt kodiert: nie=0, selten=1, oft=2, fast immer=3. Im ersten Schritt erfolgt die Ermittlung der Skalenrohwerte. Die Rohwerte der Skalen errechnen sich aus den Kodewerten der entsprechenden Fragen durch Aufsummieren. Im zweiten Schritt werden Subskalen Indizes wie folgt gebildet:
Subskalen Index = (Rohwert/ max Wert der jeweiligen Skala) x 100.
Fehlende Werte werden durch den Mittelwert der vorhandenen Werte der jeweiligen Achse ersetzt. In den Auswertungen wird mit den Subskalen Indizes gearbeitet.

#### 4.3.1.3 TPF

Die Einzelfragen sind wie folgt kodiert: immer = 4 , oft = 3, manchmal = 2 , nie = 1 .
Die Substitution fehlender Werte wird auf eine nicht ganz einfache aber in der Handanweisung des Fragebogens eindeutig definierte Form vorgenommen. Dabei tritt für bestimmte Items eine Umkehrung der Schlüsselrichtung auf. Das heißt, die im ersten Schritt zugeordnete Kodierung (1, 2, 3, 4) wird von 5 subtrahiert.
Fehlende Werte werden auf eine exakt in der Handanweisung des Fragebogens definierte Form ersetzt. Die so gebildeten Itemwerte einer Skala werden summiert. Auf diese Weise werden Skalenrohwerte für jeden Probanden erhalten. Diese werden in Alter und Geschlecht adaptiert und entsprechenden T-Werten zugeordnet.

#### 4.3.1.4 SKID-II

Die Kodierung der Einzelfragen erfolgt so, dass „ja“ mit „1“ und „nein“ mit „0“ verschlüsselt wird. Fehlende Werte der jeweiligen Achse werden durch den Mittelwert der vorhandenen Werte der jeweiligen Achse ersetzt. Die Skalenrohwerte errechnen sich als die Summe der Kodierungen über der jeweiligen Achse. Die Skalenindizes errechnen sich aus den Rohwerten wie folgt:
Skalenindex = (Skalenrohwert/ Anzahl der Items der Skala) x 100
Die statistischen Auswertungen arbeiten mit den Skalenindizes

### 4.3.2 Statistik

Die Auswertung der Daten erfolgt EDV- gestützt über das Statistikpaket SPSS.
Für die Beschreibung der Stichprobe werden einfache Mittel der deskriptiven Statistik eingesetzt. Die weitere Analyse folgt einer Zweistufigkeit der Auswertung. In einer explorativen Datenanalyse werden grundlegende Datenstrukturen erfasst. In der dann folgenden quantitativen

Datenanalyse werden quantitative Aussagen möglich. Dabei wird ein logistisches Modell zugrunde gelegt.

Die explorative Datenanalyse stützt sich auf folgende Prozeduren:

- Faktorenanalysen: Diese werden nach der Hauptkomponenten- Methode mit Varimax-Rotation durchgeführt. Fehlende Werte werden hierbei durch Mittelwerte ersetzt.
- Clusteranalysen: Diese erfolgen hierarchisch nach der Ward-Methode mit dem Maß des quadrierten euklidischen Abstands. Dabei wird mit z-transformierten Werten gearbeitet.

Die quantitative Datenanalyse stützt sich ganz wesentlich auf folgende Prozedur:

- binär-logistische Regression: Diese wird nach der schrittweisen Vorwärts-Wald Methode durchgeführt. Die in diesem Zusammenhang wichtigen Gütekriterien (Nagelkerke-R-Quadrat, Hosmer-Lemeshow Test, ROC Kurven) finden sich im Anhang 9.2. Die für die Interpretation wichtigen Parameter (Wald-Wert, Regressionskoeffizient, Exp(B)) werden in Abschnitt 6.2 erläutert.

# 5 Stichprobe

In einem Zeitraum von Anfang Mai 2000 bis Ende April 2001 sind Personen in die Stichprobe aufgenommen worden.

## 5.1 Einschlusskriterien, Ausschlusskriterien

Eingeschlossen in die Stichprobe sind Personen mit Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch nach den Kriterien der ICD10 (Kategorien: F10.1, F10.2, F10.3, F10.4). Alle eingeschlossenen Personen haben im dargestellten Untersuchungszeitraum an einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung teilgenommen, in der der Entgiftungsaspekt eine zentrale Rolle eingenommen hat. In diesem Sinne stehen die Personen mit Alkoholmissbrauch (Diagnose F10.1) an der Schwelle der Alkoholabhängigkeit. Ausgeschlossen sind Personen mit ausgeprägten Hirnleistungsdefiziten im Rahmen der Alkoholkrankheit (Kategorie: F10.6, F10.73 , F10.74) oder mit entsprechenden Hirnleistungsdefiziten ohne Bezug zur Alkoholkrankheit (Kategorien aus der Gruppe F0.x) . Ausgeschlossen sind ferner primäre Intelligenzminderungen (Kategorien F7.x). Weiterhin ausgeschlossen sind Erkrankungen aus dem Bereich des schizophrenen Formenkreises (Kategorien: F2.x).

## 5.2 Eigenschaften der Stichprobe

Insgesamt sind auf diese Weise 297 Personen in die Stichprobe aufgenommen worden.

### 5.2.1 grundlegende Unterscheidungen

Entgiftungsstatus:
Wie bereits im Methodenteil angedeutet unterscheidet die Studie Personen mit erstmaliger Entgiftung (Erstentgifter) und Personen mit mehrfacher Entgiftung (Mehrfachentgifter). Diese Merkmalsunterscheidung wird unter der Variable „Entgiftungsstatus“ vorgenommen. In der Stichprobe befinden sich 44,4% Erstentgifter und 55,6 % Mehrfachentgifter.

Rückfall innerhalb des Untersuchungszeitraums:
Personen, die innerhalb des Untersuchungszeitraumes mehrfach stationär entgiftet worden sind werden gesondert gekennzeichnet. Insgesamt trifft dies auf 12,8% der Gesamtstichprobe zu.

**Tabelle 5.2.1-1: Eigenschaften der Stichprobe-grundlegende Unterscheidungen**

| | | |
|---|---|---|
| Entgiftungsstatus | Erstentgiftung | 44,4% |
| | Mehfachentgiftug | 55,6% |
| Rückfall innerhalb der Untersuch.-Zeit mit erneuter Entgiftung | nein | 87,2% |
| | ja | 12,8% |

## 5.2.2 soziodemographische Unterscheidungsmerkmale

Geschlecht:

Die Stichprobe weist 84,1 % Männer und 15,9 % Frauen auf.

Altersgruppen:

In der Altersgruppe bis 30 Jahre befinden sich 9,1% der Personen, in der Gruppe von 31-40 Jahren befinden sich 33,4 % der Personen, in der Altersgruppe von 41-50 Jahren befinden sich 38,5 % der Personen, in der Altersgruppe von 51-60 Jahren befinden sich 9,8% der Personen und in der Altersgruppe 61 und mehr befinden sich 9,1% der Personen der Stichprobe.

Schulbildung:

5,8 % der Studienteilnehmer haben einen Hochschulabschluss, 5,4 % Abitur, 55,9 % Realschule, 25,1 % Hauptschule, 4,1 % Sonderschule, 3,4 % keinen Schulabschluss.

Arbeitslos:

54,5% der Personen sind arbeitslos.

Mit Partner zusammenlebend:

49,5% der Personen leben mit einem Partner zusammen.

Tabelle 5.2.2-1 fasst soziodemographische Variablen und die entsprechenden Häufigkeiten zusammen. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtstichprobe von 297 erfassten Personen. Die gültigen Prozente berücksichtigen fehlende Angaben nicht. Die Spaltenprozente berücksichtigen fehlende Angaben als Extrakategorie. Die Angaben im Text beziehen sich auf die gültigen Prozente.

**Tabelle 5.2.2-1: Eigenschaften der Stichprobe-soziodemographische Merkmale**

| Variable | | Gültige % | Spalten % |
|---|---|---|---|
| Geschlecht | männlich | 84,1 | 84,1% |
| | weiblich | 15,9 | 15,9% |
| Altersgruppen | bis 30 Jahre | 9,1 | 9,1% |
| | 31-40 | 33,4 | 33,4% |
| | 41-50 | 38,5 | 38,5% |
| | 51-60 | 9,8 | 9,8% |
| | 61+ Jahre | 9,1 | 9,1% |
| Schulabschluss | noch Schüler | ,3 | ,3% |
| | Hochschulabschluss | 5,8 | 5,7% |
| | EOS / 12.Klasse / Abitur / Fachabitur | 5,4 | 5,4% |
| | POS 10.Klasse / Realschule | 55,9 | 55,6% |
| | POS 08.Klasse / Hauptschule | 25,1 | 24,9% |
| | Sonderschule | 4,1 | 4,0% |
| | kein Schulabschluss | 3,4 | 3,4% |
| | keine Antwort | | ,7% |
| Berufsabschluss | noch in Ausbildung | 1,4 | 1,3% |
| | abgeschlossene Berufsausbildung mit Hochschulabschluss | 10,7 | 10,4% |
| | abgeschlossene Berufsausbildung ohne Hochschulabschluss | 79,6 | 77,4% |
| | keine abgeschlossene Berufsausbildung | 8,3 | 8,1% |
| | keine Antwort | | 2,7% |
| arbeitslos | nein | 45,5 | 45,5% |
| | ja | 54,5 | 54,5% |
| Familienstand | ledig | 32,1 | 32,0% |
| | verheiratet, zusammen | 33,4 | 33,3% |
| | verheiratet, getrennt | 9,8 | 9,8% |
| | verwitwet | 2,7 | 2,7% |
| | geschieden | 22,0 | 21,9% |
| | keine Antwort | | ,3% |

Fortsetzung Tabelle 5.2.2.1

| | | | |
|---|---|---|---|
| Mit Partner zusammen | nein | 50,5 | 50,5% |
| | ja | 49,5 | 49,5% |

# 6 Ergebnisse

Die Präsentation der Ergebnisse orientiert sich an zwei Hauptschritten. In einem ersten Schritt geht es um eine orientierende Übersicht über die vorhandenen Daten und die Ermittlung grundlegender Datenstrukturen. In einem zweiten Schritt werden die gewonnenen Grundkategorien eingehender quantitativ analysiert.

## *6.1 Explorative Datenanalyse*

Ziel der explorativen Datenanalyse ist die Ermittlung grundlegender Datenstrukturen. Dabei wird von den Ausgangsvariablen ausgegangen. In einem ersten Schritt werden die Variablen faktorenanalytisch gebündelt und redundante Variablen werden ausgeschlossen. In einem zweiten Schritt wird eine Clusteranalyse über den Variablen durchgeführt. Zusammenhänge zwischen Variablen werden graphisch veranschaulicht.

### 6.1.1 Ausgangsvariable

Folgende Ausgangsvariablen haben zu Beginn der Auswertung vorgelegen:
Alter bei Erstentgiftung: Die Variable beschreibt das Lebensalter zum Zeitpunkt einer erstmaligen Entgiftungsbehandlung.
Dauer des Suchtverlaufes: Die Variable erfasst die zeitliche Dauer des Suchtverlaufes vom Zeitpunkt der erstmaligen Entgiftung bis zum Untersuchungszeitpunkt.
Anzahl der Entgiftungen: Die Variable beschreibt die Anzahl der Entgiftungen zum Untersuchungszeitpunkt.
Therapiemonate: Die Variable beschreibt die Gesamtdauer an Therapie in Monaten, egal ob als Entgiftung, Entwöhnung oder in einer Selbsthilfegruppe verbracht. Über entsprechende Umrechnungsfaktoren wird ein Gesamtmaß für die Dauer bisheriger Therapie in Monaten angegeben.
Trocken in nichttherapeutischer Umgebung: Die Variable beschreibt die Anzahl der trockenen Tage in den letzten sechs Monaten, die in einer nichttherapeutischen Umgebung verbracht worden sind.
Längste Trockenphase: Die Variable beschreibt die längste Zeit der Trockenheit seit erstmaliger Entgiftung.
Alkohol pro Tag in Gramm: Die Variable erfasst die durchschnittliche Trinkmenge in Gramm Alkohol während der Trinkphase.

Neben diesen Variablen des Suchtverlaufes und des Konsumverhaltens, wird immer wieder der Begriff des Rückfalls verwendet. Im Kontext der Studie wird unter einem Rückfall jedes erneute Trinken nach einer Phase der Trockenheit verstanden. Es wird erst dann von einem Rückfall gesprochen, wenn mindestens eine stationäre Entgiftungsbehandlung zuvor stattgefunden hat.

Anzahl der Rückfälle: Die Variable erfasst die Anzahl der Rückfälle in den letzten sechs Monaten.

Neben der Erfassung der Anzahl der Rückfälle sind unterschiedliche Rückfallkontexte beschrieben worden. Eine Liste von Lebensereignissen ist den Probanden vorgelegt worden. Die Probanden hatten in einem ersten Schritt zu entscheiden, ob das entsprechende Lebensereignis in den letzten sechs Monaten überhaupt eingetreten ist. In einem zweiten Schritt sollte eine Einschätzung getroffen werden, ob im Zusammenhang mit dem eingetretenen Lebensereignis ein Rückfall aufgetreten ist.

Abbildung 6.1.1-1 gibt einen Überblick über die erfragten Lebensereignisse und die Häufigkeit der entsprechenden Rückfallsituationen. Durch die Fragestellung wird freilich ein Zusammenhang zwischen Ereignis und Rückfall nahe gelegt. Interessant sind aus diesem Grunde vor allem die Häufigkeiten der unterschiedlichen Rückfallereignisse.
Die in Abbildung 6.1.1-1 erkennbaren häufigsten Rückfallsituationen sind Festtage und Familienfeste, Streit mit dem Partner und Verlust des Arbeitsplatzes.

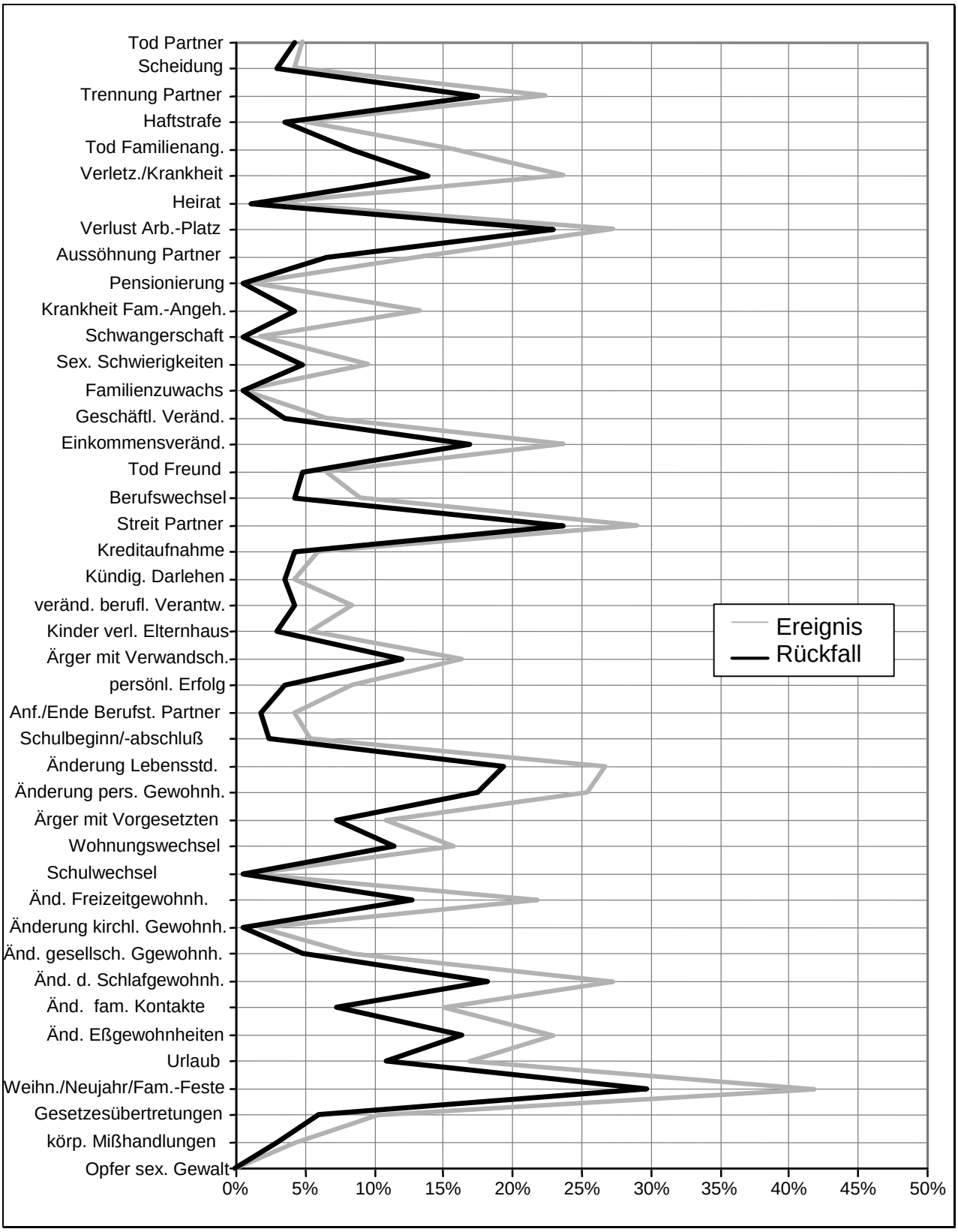



**Abbildung 6.1.1-1: Lebensereignisse und Rückfall in den letzen 6 Monaten**

Welche Variablen sind nun wirklich wichtig? Welche Variablen sind redundant? Eine weitere Klärung dieser Frage ist über eine Faktorenanalyse möglich.

### 6.1.2 grundlegende Datenstrukturen

#### 6.1.2.1 Dimensionsreduktion durch Faktorenanalyse

Eine erste Faktorenanalyse ist über der Gesamtstichprobe durchgeführt worden.
Tabelle 6.1.2.1 -1 stellt die Ergebnisse dar.

**Tabelle 6.1.2.1-1: Faktorenanalyse zu Variablen des Trinkverhaltens -Gesamtstichprobe**

| | Komponente | | |
|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 |
| Therapiemonate | ,876 | ,077 | ,112 |
| Anz. Entgiftungen | ,794 | ,112 | -,146 |
| Dauer Suchtverlauf | ,638 | ,360 | ,333 |
| Alkohol pro Tag in g | ,045 | ,823 | -,143 |
| Alter bei Erstentgiftung | -,236 | -,704 | -,176 |
| trocken in nichttherapeutischer Umgebung | ,028 | -,008 | ,938 |

(Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation, z-Transformation der Werte, Kayser-Meyer-Olkin Test als Maß für die Angemessenheit der Stichprobe: 0,673)

Es deuten sich drei übergeordnete Faktoren an.

- Komponente 1: Variablen des Suchtverlaufs (Therapiemonate, Anzahl Entgiftungen, Dauer Suchtverlauf)
- Komponente 2: Schweregrad der Suchterkrankung (Alkohol pro Tag in g, Alter bei Erstentgiftung)
- Komponente 3: Abstinenzverhalten (trocken in nichttherapeutischer Umgebung)

In der weiteren Analyse wird auf die Variable „Therapiemonate“ verzichtet. Der Suchtverlauf bildet sich hinreichend in der Variablen „Anzahl der Entgiftungen“ ab.

Um Variablen im Zusammenhang des Rückfalls analysieren zu können, ist eine zweite Faktorenanalyse über der Teilstichprobe der Mehrfachentgifter erforderlich. Dies hängt mit dem hier verwendeten Rückfallbegriff zusammen. Dieser ist für die Teilstichprobe der Erstentgifter nicht definiert.

Die Ergebnisse der Faktorenanalyse über der Teilstichprobe der Mehrfachentgifter finden sich in Tabelle 6.1.2.1-2.

**Tabelle 6.1.2.1-2: Faktorenanalyse zu Variablen des Trinkverhaltens –Teilstichprobe der Mehrfachentgifter**

| | Komponente | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Therapiemonate | ,866 | ,225 | ,015 | -,050 |
| Anz. Entgiftungen | ,795 | -,241 | ,131 | ,016 |
| Dauer Suchtverlauf | ,520 | ,417 | ,360 | -,115 |
| längste Trockenphase | ,053 | ,830 | -,129 | -,057 |
| trocken in nichttherapeutischer Umgebung | -,009 | ,694 | ,221 | ,038 |
| Alter bei Erstentgiftung | -,083 | -,132 | -,846 | ,164 |
| Alkohol pro Tag in g | ,196 | -,100 | ,583 | ,494 |
| Anzahl Rückfälle | -,109 | ,011 | -,108 | ,894 |

( Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation, Z-Transformation der Werte, Kayser-Meyer-Olkin Test als Maß für die Angemessenheit der Stichprobe: 0,614)

Die Bündelung der Variablen zu Faktoren geht aus Tabelle 6.1.2.1-2 hervor.

Über der Teilstichprobe der Mehrfachentgifter deuten sich bei Berücksichtigung des Themenkomplexes „Rückfall“ vier Faktoren an:

- Komponente 1: Variablen des Suchtverlaufs (Therapiemonate, Anzahl Entgiftungen, Dauer Suchtverlauf)
- Komponente 2: Abstinenzverhalten (längste Trockenphase, trocken in nichttherapeutischer Umgebung)
- Komponente 3: Schweregrad der Suchterkrankung (Alter bei Erstentgiftung, Alkohol pro Tag in g)
- Komponente 4: Rückfallverhalten (Anzahl der Rückfälle)

Im 4- Komponenten Modell wird der Variablen „Anzahl der Rückfälle“ der Stellenwert eines eigenständigen Faktors zugewiesen. Die weiteren Faktoren unterscheiden sich nicht von der 3-Komponentenlösung über der Gesamtstichprobe.

Auf die Variable „längste Trockenphase“ wird in der weiteren Analyse verzichtet. Die Variable „Trocken in nichttherapeutischer Umgebung“ reicht aus, um das Abstinenzverhalten zu beschreiben. Eine faktorenanalytische Bündelung der in Graphik 6.1.1-1 aufgeführten Variablen des Rückfallverhaltens gelingt nur unzureichend. Eine Klärung von Zusammenhängen zwischen diesen Variablen gelingt am ehesten durch eine Clusteranalyse über Variablen. (siehe Abbildung 6.1.2.2-2)

### 6.1.2.2 Clusteranalyse über Variablen

Im vorangehenden Schritt sind Beziehungen zwischen den Ausgangsvariablen des Suchtverhaltens durch Faktorenanalyse aufgezeigt worden.

Eine Veranschaulichung von Beziehungen zwischen Variablen ist durch ein Dendrogramm möglich. Dieses bezieht sich auf eine Clusteranalyse über den entsprechenden Variablen.

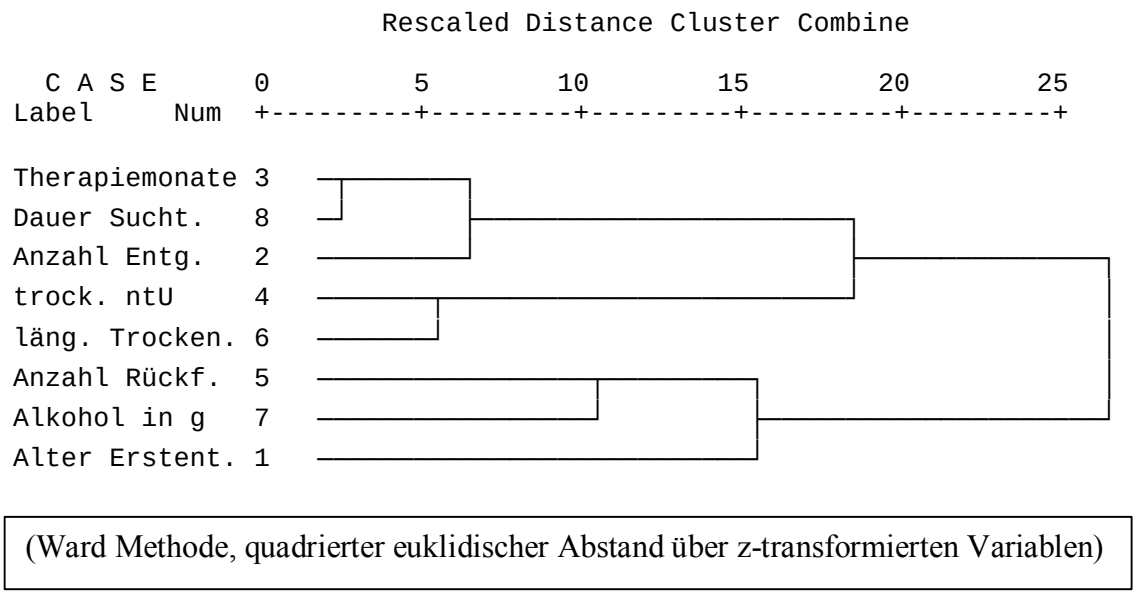



**Abbildung 6.1.2.2-1: Clusteranalyse über Variablen – erstens: Variablen des Suchtverhaltens**

Eine entsprechende Untersuchung ist auch über den in Abbildung 6.1.1-1 dargestellten Variablen des Rückfallverhaltens möglich

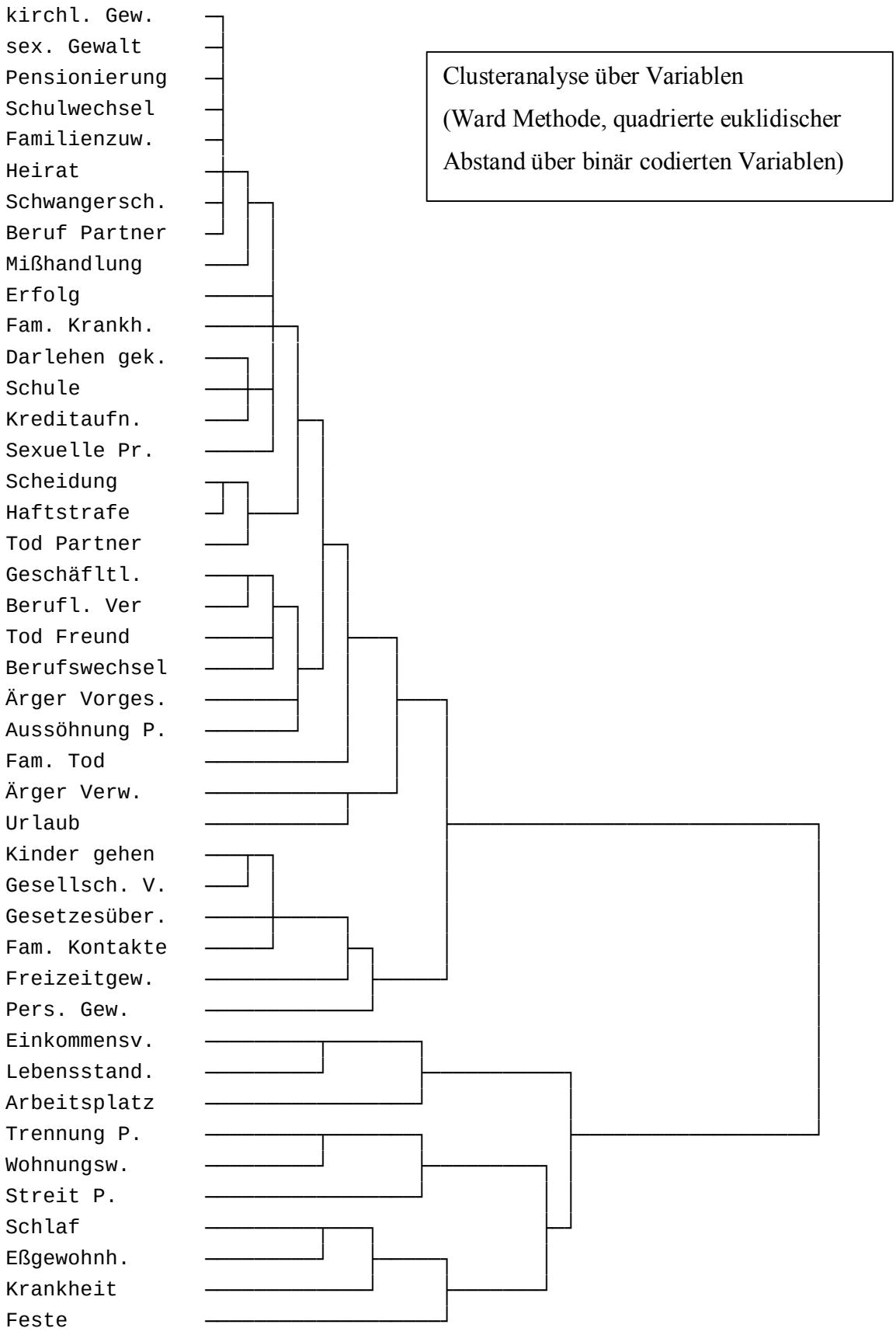



**Abbildung 6.1.2.2-2: Clusteranalyse über Variablen – zweitens: Rückfallsituationen**

Clusteranalytisch lassen sich folgende interpretierbare Variablengruppen definieren:

Für das Suchtverhalten allgemein:

- Variablen des Suchtverlaufes:
  Dauer des Suchtverlaufes
  Therapiemonate
  Anzahl der Entgiftungen
- Abstinenzverhalten:
  längste Trockenphase
  trocken in nichtherapeutischer Umgebung
- Schwere der Suchterkrankung:
  Alkohol pro Tag in g
  Alter bei Erstentgiftung
  Anzahl der Rückfälle

Für das Rückfallverhalten speziell:

- Gesundheitliche Veränderungen
  Änderung der Schlafgewohnheiten
  Änderung der Eßgewohnheiten
  Eigene Verletzung, Krankheit
- Konflikte in der Partnerschaft
  Trennung vom Partner
  Wohnungswechsel
  Streit mit dem Partner
- Berufliche Veränderungen
  Erhebliche Einkommensveränderung
  Änderung des Lebensstandards
  Verlust des Arbeitsplatzes
- Individuell, private Umbrüche
  Kinder verlassen das Elternhaus
  Änderung der gesellschaftlichen Gewohnheiten
  Geringfügige Gesetzesübertretung
  Änderung der Häufigkeit familiärer Kontakte

Änderung der Freizeitgewohnheiten

Änderung persönlicher Gewohnheiten

- Feste

  Weihnachten, Neujahr, Familienfeste

Abweichend von den Ergebnissen der Faktorenanalyse rückt die Clusteranalyse die Variable „Anzahl an Rückfällen“ in die Nähe des Faktors „Schwere der Suchterkrankung“.

## *6.2 Quantitative Datenanalyse*

Im zweiten Schritt der Auswertung geht es um die Bestimmung von Einflussfaktoren auf unterschiedliche Bereiche des Suchtverhaltens. Hierzu werden die in Abschnitt 6.1 vorgestellten Ausgangsvariablen dichotomisiert. Der Wertebereich der so erhaltenen Variablen beschränkt sich auf zwei Merkmalsausprägungen. Auf die dichotomisierten Variablen kann die binär-logistische Regression angewendet werden. Um die Ergebnisse interpretieren zu können, müssen einige Begriffe erläutert werden. Binär-logistische Regressionen werden in der folgenden Analyse nach der schrittweisen Vorwärts-Wald-Methode durchgeführt. Modelltheoretische Kenngrößen wie Nagelkerke-R-Quadrat, Hosmer –Lemeshow Test und Fläche unter der ROC-Kurve werden in Anhang 9.2 kurz erklärt und ihre Werte ergänzt. Für die inhaltliche Interpretation der Prädiktoren wichtige Kenngrößen wie Regressionskoeffizienten, Wald-Werte und Exp(B) Werte werden hier erläutert:

- Wald-Wert

  Die Wald-Werte sind in der Beurteilung der relativen Wichtigkeit einer Einflussvariablen in Bezug auf das Gesamtmodell wichtig. Etwas vereinfacht gesagt, kann bei Anwendung der schrittweisen Methode nach Wald davon ausgegangen werden, dass diejenige Einflussvariable mit dem größten Wald-Wert den relativ größten Einfluss auf das Modell hat. Die Vereinfachung ergibt sich dadurch, dass bei kategorialen Variablen neben dem Wald-Wert auch die Anzahl an Freiheitsgraden in der Beurteilung des relativen Einflusses der Variablen auf das Modell berücksichtigt werden muss. Signifikanzangaben in den Tabellen mit Prädiktoren beziehen sich auf die Wald-Werte. Es wird die Signifikanz angegeben, mit der sich der angegebene Wald-Wert von Null unterscheidet.

- Regressionskoeffizient

  Die Regressionskoeffizienten sind in zweierlei Hinsicht wichtig. Erstens ist dem Vorzeichen des jeweiligen Regressionskoeffizienten zu entnehmen, wie die Wirkrichtung der jeweiligen Einflussvariablen aussieht. Dabei ist die Codierung der Zielvariablen zu

beachten. Bei „0“/“1“ codierten Zielvariablen erhöht ein positiver Regressionskoeffizient die Wahrscheinlichkeit der mit „1“ codierten Merkmalsausprägung. Ein negativer Regressionskoeffizient erhöht die Wahrscheinlichkeit der mit „0“ codierten Merkmalsausprägung.

Zweitens sind die Regressionskoeffizienten dann wichtig, wenn es um Prognosen neuer Fälle geht. In diesem Fall gehen die Regressionskoeffizienten in die Regressionsgleichung ein. Der Wert des Regressionskoeffizienten hängt von der verwendeten Skalierung ab (siehe Anhang 9.1)

- Exp(B)

  Exp(B)- Werte geben Auskunft über die Stärke des Wirkeinflusses des jeweiligen Prädiktors.

  Exp(B) -Werte lassen sich als Odds-Ratios (OR) in Bezug auf die jeweilige Zielvariable interpretieren.

  Als Leitfaden für klinische Fragestellungen gibt Driessen in Anlehnung an Angst (1994) folgende grobe Orientierung:

  OR= 1: kein Einfluss des Prädiktors

  OR $\in$]1 , 2] : gering positiver Einfluss des Prädiktors

  OR $\in$[2 , 4] : mäßig positiver Einfluss des Prädiktors

  OR > 4 : stark positiver Einfluss des Prädiktors

  OR $\in$]0 ,1 [ : negativer Einfluss des Prädiktors. Werte in der Nähe von 0 zeigen einen stark negativen Einfluss an. Werte in der Nähe von 1 zeigen einen schwach negativen Einfluss an.

  Die Größeordnung der Exp(B)-Werte hängt von der verwendeten Skalierung ab.

  Auf die Interpretation von Wald-Wert, Regressionskoeffizient und Exp(B)-Wert werden sich die Ausführungen in Abschnitt 6.2 immer wieder beziehen.

In die binär logistischen Regressionen werden folgende Variablen eingegeben:

**Tabelle 6.2-1: Eingabevariablen-mögliche Prädiktoren**

| |
|---|
| soziodemographische Variablen: Alter, Geschlecht, arbeitslos, mit Partner zusammenlebend, Einkommen, Anzahl Freunde, Wohnsituation. |
| Zufriedenheitsvariablen (Beruf, Partnerschaft, Freundeskreis, Freizeit, Langeweile, Gesundheit, Leben allgemein) |
| DITS-40 Variablen (siehe Anhang 9.1.1) |
| TPF Variablen (siehe Anhang 9.1.2) |
| SKID-II Variablen (siehe Anhang 9.1.3) |

Abweichungen von dieser Regel werden in den einzelnen Abschnitten gekennzeichnet.
Die oben genannte Auswahl an Variablen stützt sich auf Voruntersuchungen zum Einfluss von Variablen. Insbesondere Variablen zum Bildungsniveau haben sich in den Voruntersuchungen als nicht bedeutsam erwiesen.
Die Ausführungen in den folgenden Abschnitten schließen in einem ersten Schritt jeweils auch Variablen des Suchtverhaltens ein. Es handelt sich hierbei um folgende grundlegende Variablen:

**Tabelle 6.2-2: Eingabevariablen -mögliche Covariaten**

| |
|---|
| Alter bei Erstentgiftung |
| Anzahl Entgiftungen |
| Trocken in nichttherapeutischer Umgebung |
| Alkohol pro Tag in g |

Wenn Variablen des Suchtverhaltens in ein Modell aufgenommen werden, werden sie als Covariaten der zu Grunde liegenden Zielvariablen gedeutet. Modelle unter Einschluss der Covariaten werden mit Modellen ohne entsprechende Covariaten des Suchtverhaltens verglichen. In der Regel sind Modelle unter Einschluss obiger Covariaten in ihren Gütekriterien günstiger.
Es wird in den weiteren Analysen zwischen den obigen Covariaten und den Prädiktoren im engeren Sinn unterschieden. Variablen aus Tabelle 6.2-1 sind mögliche Prädiktoren in einem Modell. Variablen aus Tabelle 6.2-2 sind mögliche Covariaten in einem Modell. Es erscheint durchaus wichtig, entsprechende Covariaten des Suchtverhaltens in einer multivariaten

Betrachtungsweise zu identifizieren. Die weitere Analyse orientiert sich jeweils an folgender Schrittfolge:

Erstens: Die Konstruktion einer binär codierten Zielvariablen. Die Konstruktion der Bezugsgruppen orientiert sich für Variablen des Suchtverhaltens näherungsweise am 90-ten Perzentil der Stichprobe. Auf diese Weise entsteht eine Teilstichprobe mit Hochrisikoverhalten. Diese wird dem Rest der jeweiligen Stichprobe gegenübergestellt. Für Variablen des Rückfallverhaltens ergibt sich die Konstruktion der Bezugsgruppen aus der Definition der Rückfallcluster (siehe 6.1.2.2).

Zweitens: Vorstellung eines logistischen Modells in Bezug auf die Zielvariable.

Die Ausführungen in den nächsten Abschnitten konzentrieren sich hierbei vor allem auf die Vorstellung und Diskussion der Wirkrichtung der Prädiktoren. Ein positiver Regressionskoeffizient erhöht die Wahrscheinlichkeit des Auftretens der mit „1“ codierten Merkmalsausprägung der Zielvariablen. Ein negativer Regressionskoeffizient erhöht umgekehrt die Wahrscheinlichkeit der mit „0“ codierten Merkmalsausprägung der Zielvariablen.

Die Wirkstärke wird in den jeweiligen Kapiteln im einzelnen nicht erläutert. Diese ergibt sich bei Variablen mit metrischem oder ordinalem Skalenniveau aus der Definition der Exp(B)-Werte als Odds-Ratios:

$$\text{odd ratio} = \frac{p_{x_j=m+1} / (1 - p_{x_j=m+1})}{p_{x_j=m} / (1 - p_{x_j=m})} = e^{\beta_j}$$

**(aus:Backhaus, Erichson, Plinke Weiber, multivariate Analysemethoden, Springer 2000)**

**Abbildung 6.2 -3:Odds Ratio -Definition**

Eine Erhöhung des jeweiligen Prädiktors um eine Skalierungseinheit führt dazu, dass sich das Chancenverhältnis aus Ereignis („1“-Codierung) und Gegenereignis („0“-Codierung) um den Faktor des Exp(B)- Wertes verändert. Dabei ist bei der Beurteilung des Wirkeffektes der jeweiligen Prädiktorvariablen der Wertebereich der zu Grunde liegenden Skala wichtig (siehe hierzu Anhang 9.1). Ein und derselbe Exp(B)- Wert führt bei Variablen mit Skalierung zwischen 1 und 100 zu größeren Effekten als bei Skalierung derselben Variablen zwischen 1 und 10.

Eine besondere Behandlung erfahren bei binär-logistischen Regressionen kategoriale Variablen. Es muss eine Umkodierung der Kategorien vorgenommen werden. Üblich ist die

so genannte Dummy- Codierung. Hierbei wird eine der Variablenkategorien als Referenzkategorie ausgewählt. In den Ergebnissen beziehen sich β-Werte und Exp(B)-Werte jeweils auf diese Referenzkategorie. Die vorliegende Studie schließt auch kategoriale Variablen in die Analyse ein. In den Ergebnissen spielen sie jedoch keine Rolle. Die Definition der Zielvariablen, die Klassifikationsraten und die Gütekriterien der Modelle finden sich als Ergänzung in Anhang 9.2.

### 6.2.1 Suchtverlauf

#### 6.2.1.1 Der zeitliche Beginn der Suchterkrankung

Im ersten Schritt werden die Personen mit früher erstmaliger Entgiftung in einem binär logistischen Modell untersucht. Zu diesem Zweck wird die Variable „Alter bei Erstentgiftung“ dichotomisiert. Die Codierung „0“ erhalten die Personen, die nach dem 25-ten Lebensjahr erstmalig entgiftet worden sind. Die Codierung „1“ erhalten die Personen, die 25 Jahre alt oder jünger sind. In die Gruppe bis einschließlich 25 fallen 9% der Gesamtstichprobe.
In die binär-logistische Regression werden die in Tabelle 6.2-1 aufgeführten Variablen eingegeben. Variablen des Suchtverhaltens aus Tabelle 6.2-2 führen nicht zu einer Verbesserung des Modells. Die Variable „Alter“ wird ausgeschlossen. Schließt man die Variable „Alter“ ein, so entsteht über der untersuchten Stichprobe alkoholabhängiger Personen ein Modell mit nur einem Prädiktor. Es handelt sich hierbei um die besagte Altersvariable. Ein solches Modell wäre unter dem Gesichtpunkt der Identifikation von Prädiktoren trivial. Die Regression liefert ein Modell mit einer Gesamtklassifikation von 77%. Kenngrößen des Modells und insbesondere die Gütekriterien sind in Anhang 9.2 aufgeführt.
Tabelle 6.2.1.1-1 stellt die ausgewählten Prädiktoren geordnet nach der Größe der Wald-Werte dar.

**Tabelle 6.2.1.1-1: Prädiktoren des Suchtverhaltens – jung bei Erstentgiftung**

| | RegressionskoeffizientB | Wald | Sig. | Exp(B) |
|---|---|---|---|---|
| Antisoziale | 0,033 | 11,146 | 0,001 | 1,034 |
| Schizotypisch | 0,026 | 5,635 | 0,018 | 1,026 |
| Verhaltenskontrolle | 0,058 | 5,233 | 0,022 | 1,060 |
| Konstante | -6,641 | 20,893 | 0,000 | 0,001 |

Persönlichkeitsvariablen nehmen in dem dargestellten Modell eine entscheidende Rolle ein. An erster Stelle wird die SKID-II Variable „Antisoziale“ aufgeführt. Hohe positive Scorewerte erhöhen die Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe mit frühem erstmaligen Entgiftungszeitpunkt zu fallen. Es folgt die SKID-II Variable „Schizotypisch“. Diese geht ebenfalls mit positivem Vorzeichen in die Analyse ein. Das heißt, hohe Score-Werte im Bereich schizotypischen Verhaltens erhöhen die Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe mit frühem Entgiftungszeitpunkt zu fallen. Die TPF Variable „Verhaltenskontrolle“ geht auch mit positivem Regressionskoeffizienten in die Regressionsgleichung ein. Das heißt, ein hohes Maß an Verhaltenskontrolle erhöht die Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe mit frühem erstmaligen Entgiftungstermin zu fallen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Persönlichkeitsvariablen bei Personen mit frühem Entgiftungszeitpunkt eine große Rolle spielen. Vor allem Variablen, die in den Bereich der Impulskontrolle (Antisoziale, Verhaltenskontrolle) zielen und Variablen, die Denken und Wahrnehmung miterfassen (Schizotypisch) werden als Prädiktoren ausgewählt. Variablen des DITS-40 finden sich nicht unter den Prädiktoren. Entsprechendes gilt für soziodemographischen Variablen.

In einem zweiten Untersuchungsschritt werden Personen mit spätem erstmaligen Entgiftungszeitpunkt untersucht. Für die weitere Analyse wird eine binär kodierte Variable konstruiert. Personen, die zum Zeitpunkt der erstmaligen Entgiftung 55 Jahre oder älter sind, erhalten die Kodierung „1“. Personen, die jünger als 55 Jahre sind, erhalten die Kodierung „0“. In der Gruppe mit älteren Personen befinden sich 12,5% (gültige Prozente) der Gesamtstichprobe. In die folgende logistische Regression werden wieder alle in Tabelle 6.2-1 aufgeführten Variablen, außer der Variable „Alter“, eingegeben. Modelle, die die Variable Alter einschließen, sind unter dem Gesichtspunkt der Identifikation von Prädiktoren trivial. Variablen des Suchtverhaltens (Tabelle 6.2-2) führen nicht zu einer Verbesserung des Modells. Das ausgewählte Modell erreicht eine Gesamtklassifikation von 90% mit annähernd gleichen Klassifikationsraten in den Teilgruppen. Die Güte des Modells ist unter dem Gesichtspunkt der Klassifikation als sehr gut zu bewerten. Im Anhang 9.2 finden sich die anderen Kenngrößen und insbesondere die Gütekriterien des Modells.

Tabelle 6.2.1.1-2 beschreibt die Prädiktoren des Modells und ihre Kennwerte.

**Tabelle 6.2.1.1-2: Prädiktoren des Suchtverhaltens – alt bei Erstentgiftung**

| | RegressionskoeffizientB | Wald | Sig. | Exp(B) |
|---|---|---|---|---|
| schizoid | 0,064 | 18,038 | 0,000 | 1,066 |
| antisozial | -0,373 | 8,748 | 0,003 | 0,689 |
| Zufriedenheit Beruf | -0,428 | 5,630 | 0,018 | 0,652 |
| Zufriedenheit Freizeit | -0,449 | 4,467 | 0,035 | 0,638 |
| Konstante | -0,980 | 1,549 | 0,213 | 0,375 |

Als wichtigste Prädiktoren werden zwei Persönlichkeitsvariablen ausgewählt. Mit positivem Vorzeichen geht die SKID-II Variable „schizoid“ in die Regressionsgleichung ein. Mit negativem Vorzeichen folgt die SKID-II Variable „antisozial“. Das heißt, je höher der Score im Bereich schizoiden Verhaltens ausfällt, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe mit späterem Erstentgiftungszeitpunkt zu fallen. Umgekehrt, je höher der Score an antisozialem Verhalten ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe mit früherem Erstentgiftungszeitpunkt zu fallen. Es folgen Variablen, die Zufriedenheiten beschreiben. Diese gehen mit negativem Vorzeichen in die Regressionsgleichung ein. Entsprechend der Definition der Zufriedenheiten im Fragebogen bedeutet dies: Je unzufriedener eine Person ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe mit jüngeren Personen zu fallen. Das heißt, in der Gruppe mit älteren Personen befinden sich insbesondere Personen, die mit ihrer beruflichen und freizeitlichen Situation sehr zufrieden sind. Freilich handelt es sich hierbei vor allem um Rentner.

### 6.2.1.2 Die Häufigkeit von Entgiftungsbehandlungen

Im ersten Schritt werden Personen mit nur *einer* Entgiftung Personen mit *mehreren* Entgiftungen gegenübergestellt. Analog dem Vorgehen im vorangehenden Abschnitt wird eine binär codierte Variable konstruiert. Mit „1“ codiert werden Personen mit mehreren Entgiftungen (Mehrfachentgifter). Mit „0“ codiert werden Personen mit nur einer Entgiftung (Erstentgifter). 44,4% der Stichprobe sind Erstentgifter und 55,6% der Stichprobe sind Mehrfachentgifter. In die folgende logistische Regression werden die in den Tabellen 6.2-1 und 6.2-2 aufgeführten Variablen eingegeben. Ausgeschlossen ist wieder die Variable „Alter“. Stattdessen findet sich die Variable „Alter bei Erstentgiftung“ in Tabelle 6.2-2. Modelle, die mit der Variablen „Alter“

arbeiten, erscheinen unter dem Gesichtspunkt einer Identifikation von Prädiktoren trivial. Das ausgewählte Modell liefert eine Gesamtklassifikation (Prozentsatz der Richtigen in Bezug auf die Gesamtstichprobe) von 77,8% mit symmetrischer Verteilung auf die beiden Codierungsgruppen. Die anderen modelltheoretischen Kenngrößen sind in Anhang 9.2 dargestellt.

Die Prädiktoren und ihre Kenngrößen sind in Tabelle 6.2.1.2.1 zusammengestellt.

**Tabelle 6.2.1.2-1: Prädiktoren des Suchtverhaltens – Erstentgiftung versus Mehrfachentgiftung**

| | RegressionskoeffizientB | Wald | Sig. | Exp(B) |
|---|---|---|---|---|
| Alter bei Erstentgiftung | -0,088 | 28,627 | 0,000 | 0,916 |
| Sozialer Druck | -0,029 | 17,253 | 0,000 | 0,971 |
| Versuchung und Verlangen | 0,031 | 12,044 | 0,001 | 1,031 |
| Konflikte mit anderen | -0,030 | 10,622 | 0,001 | 0,970 |
| Körperliches Unwohlsein | 0,017 | 5,090 | 0,024 | 1,018 |
| Mit Partner zusammenlebend -nein | 0,672 | 4,854 | 0,028 | 1,959 |
| Autonomie | 0,029 | 3,844 | 0,050 | 1,029 |
| Konstante | 2,900 | 8,938 | 0,003 | 18,181 |

Als Covariate erweist sich die Variable „Alter bei Erstentgiftung“. Das negative Vorzeichen des Regressionskoeffizienten gibt an, dass zunehmendes Alter bei Erstentgiftung die Wahrscheinlichkeit erhöht, in die Codierungsgruppe „0“ zu fallen. Diese entspricht den Erstentgiftern. Personen mit frühem Erstentgiftungszeitpunkt sind meistens Personen mit mehreren Entgiftungen. Als Prädiktoren folgen vier Variablen aus dem DITS-40. Hiervon gehen zwei Variablen mit negativem Vorzeichen des Regressionskoeffizienten in die Gleichung ein. Es handelt sich um die Variablen „sozialer Druck“ und „Konflikte mit anderen“. Ein hoher Score dieser Variablen bedeutet eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe der Erstentgifter zu fallen. Die anderen beiden DITS-40 Variablen gehen mit positivem Vorzeichen in die Regressionsgleichung ein. Es handelt sich um die Variablen „Versuchung und Verlangen“ und „körperliches Unwohlsein“. Hohe Scorewerte bedeuten hier eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, zur Gruppe der Mehrfachentgifter zu gehören. Die Variable „mit Partner zusammenlebend“ geht mit

positivem Vorzeichen in die Regressionsgleichung ein. Entsprechend der Codierungsfestlegung der kategorialen Variablen fallen Personen, die nicht in Partnerschaft leben eher in die Gruppe der Mehrfachentgifter. Zuletzt geht die TPF Variable „Autonomie“ mit positivem Vorzeichen in die Regression ein. Höhere Werte an Autonomie erhöhen die Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe der „Mehrfachentgifter“ zu fallen.
Insgesamt werden vor allem DITS-40 Variablen als Prädiktoren ausgewählt.Versucht man diese Prädiktoren vorsichtig zu deuten, so dominieren bei den Erstentgiftern vor allem Trinkmotive in sozialen Situationen. Bei den Mehrfachentgiftern ist dies nicht der Fall. Körperliches Unwohlsein und Versuchung und Verlangen ist nicht an soziale Interaktion gebunden. Die Mehrfachentgifter werden weiterhin als Personen mit mehr Autonomie beschrieben. Die Abhängigkeit von anderen Personen wird in dieser Personengruppe weniger stark erlebt. Erwartungsgemäß leben Personen mit mehreren Entgiftungen seltener in einer Partnerschaft. Die Erstentgifter geben hingegen gehäuft soziale Trinkmotive wie Konflikte mit anderen und sozialen Druck an. Erstentgifter sind weniger autonom und häufiger in einer Partnerschaft.

In einem zweiten Untersuchungsschritt werden Personen mit vielen Entgiftungsbehandlungen in ihrer Suchtgeschichte untersucht. Hierzu wird analog dem bisherigen Vorgehen eine binär codierte Variable konstruiert. Personen mit zehn und mehr Entgiftungsbehandlungen erhalten die Codierung „1“. Personen mit weniger als zehn Entgiftungsbehandlungen erhalten die Codierung „0“. In der Gruppe mit 10 und mehr Entgiftungen befinden sich 9,8% (gültige Prozente) der Gesamtstichprobe. In die folgende logistische Regression werden alle Variablen aus den Tabellen 6.2-1 und 6.2-2 außer der Variablen „Alter“ eingegeben. Stattdessen findet sich die Variable „Alter bei Erstentgiftung“ in Tabelle 6.2-2. Modelle, die mit der Variablen „Alter“ arbeiten, erscheinen trivial, weil die Variable „Alter“ einen offensichtlich starken Einfluss ausübt und andere Variablen „verdeckt“. Das so erhaltene logistische Modell weist eine Gesamtklassifikation von 79,9% mit geringer Abweichung in den Codierungsgruppen auf. Die modelltheoretischen Kenngrößen sind in Anhang 9.2 zusammengestellt. Ein Blick auf die in Tabelle 6.2.1.2.2 zusammengestellten Prädiktoren zeigt vor allem Variablen aus dem DITS-40.

**Tabelle 6.2.1.2-2: Prädiktoren des Suchtverhaltens – viele Entgiftungen**

| | RegressionskoeffizientB | Wald | Sig. | Exp(B) |
|---|---|---|---|---|
| Alter bei Erstentgiftung | -0,179 | 17,154 | 0,000 | 0,836 |
| Angenehme Emotionen | 0,041 | 10,008 | 0,002 | 1,042 |
| Unangenehme Emotionen | 0,049 | 9,429 | 0,002 | 1,050 |
| Sozialer Druck | -0,030 | 5,795 | 0,016 | 0,970 |
| Konflikte mit Anderen | -0,040 | 4,013 | 0,045 | 0,961 |
| Konstante | 2,069 | 2,232 | 0,135 | 7,913 |

„Angenehme Emotionen“ und „Unangenehme Emotionen“ gehen mit positivem Vorzeichen in die Regressionsgleichung ein. Höhere Scorewerte erhöhen die Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe mit vielen Entgiftungsbehandlungen zu fallen. „Sozialer Druck“ und „Konflikte mit anderen“ gehen mit negativem Vorzeichen in die Regressionsgleichung ein. Höhere Scorewerte erhöhen die Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe mit weniger als zehn Entgiftungen zu fallen. Covariate ist wieder die Variable „Alter bei Erstentgiftung“. Ihr Einfluss ist im Vergleich mit den Prädiktoren am stärksten. Das negative Vorzeichen des Regressionskoeffizienten besagt, dass Personen mit spätem Erstentgiftungszeitpunkt häufiger in der Gruppe mit weniger Entgiftungsbehandlungen zu finden sind. Insgesamt stützt die aktuelle Analyse an Personen mit vielen Entgiftungen die bereits zuvor herausgearbeitete Deutung: Personen mit vielen Entgiftungsbehandlungen sind in ihren Trinkmotiven weniger auf andere Menschen bezogen. Unangenehme Emotionen und angenehme Emotionen sind nicht notwendigerweise auf andere Menschen bezogen. Sozialer Druck und Konflikte mit anderen beziehen sich in jedem Fall auf andere Personen. Persönlichkeitsvariablen finden sich im oben aufgeführten Modell nicht. Allerdings hat sich in Abschnitt 6.2.1 herausgestellt, dass die Variable „Alter bei Erstentgiftung“ stark von Persönlichkeitsvariablen abhängig ist. Es drängt sich somit die Frage auf, wie ein Modell aussieht, das auf die Variable „Alter bei Erstentgiftung“ verzichtet. Rücken in diesem Fall Persönlichkeitsvariablen stärker in den Vordergrund? Entsprechende Modellrechnungen für wenige und für viele Entgiftungsbehandlungen widerlegen diese Vermutung. Bei Verzicht auf die Variable „Alter bei Erstentgiftung“ werden die entsprechenden Modelle hinsichtlich ihrer Klassifikationsraten und hinsichtlich anderer modelltheoretischer Kenngrößen schlechter als die

bereits diskutierten Modelle. Inhaltlich ändert sich kaum etwas an den ausgewählten Prädiktoren. Es sind die bereits bekannten DITS-40 Variablen, die als Prädiktoren ausgewählt werden. Persönlichkeitsvariablen finden sich nicht in den so reduzierten Modellen.

### 6.2.2 Konsumverhalten

#### 6.2.2.1 Die Trinkmenge

Die Trinkmenge findet sich in Abschnitt 6.1 als ein Indikator des Schweregrades der Suchterkrankung. Sowohl im 3-Faktorenmodell über der Gesamtstichprobe als auch im 4-Faktorenmodell über der eingeschränkten Stichprobe der Mehrfachentgifter besteht eine negative Korrelation zum „Alter bei Erstentgiftung“. Zur genaueren quantitativen Beschreibung von Einflussvariablen auf die Trinkmenge wird analog dem Vorgehen in den vorangehenden Abschnitten ein binär logistisches Modell konstruiert. Ausgangspunkt ist wieder eine binär codierte Zielvariable. Mit „1“ codiert werden Personen mit sehr hoher Trinkmenge (≥ 500 g Alkohol/Tag) in der Trinkphase. Mit „0“ codiert werden Personen mit niedrigerer Trinkmenge (< 500 g Alkohol/Tag).
11,9% (gültige Prozente) der Stichprobe fallen in die Gruppe mit sehr hoher Trinkmenge.
In die binär logistische Regression gehen die bereits bekannten und an anderer Stelle beschriebenen Variablen (Tabellen 6.2-1 und 6.2-2) ein. Die Variable „Trinkmenge pro Tag in g“ wird in diesem Zusammenhang aus verständlichen Gründen ausgeschlossen.
Es ergibt sich eine gute Klassifikation von 80,1 % mit symmetrischer Verteilung über die beiden Referenzgruppen. Die übrigen modelltheoretischen Kenngrößen finden sich in Anhang 9.2.
Die Prädiktoren des Modells und ihre Kenngrößen sind in Tabelle 6.2.2.1-1. zusammengestellt.
Wichtigster Prädiktor ist die TPF Variable „Sinnerfülltheit versus Depressivität“. Das negative Vorzeichen des Regressionskoeffizienten bedeutet, dass höhere Werte an Depressivität die Wahrscheinlichkeit erhöhen, in die Gruppe mit sehr hoher Trinkmenge zu fallen. In der Rangfolge der Wichtigkeit folgt die SKID-II Variable „schizoid“. Hohe Scorewerte an schizoidem Verhalten erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer sehr hohen Trinkmenge.
An dritter Stelle steht die DITS-40 Variable „Angenehme Situationen mit anderen“.
Das positive Vorzeichen des Regressionskoeffizienten bedeutet wiederum eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, zur Gruppe mit sehr hoher Trinkmenge zu gehören. Analog gehen mit positivem Vorzeichen in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit die Variablen „Anzahl Entgiftungen“, „Geschlecht- männlich“ und „Expansivität“ in die Regression ein. Höhere Scorewerte erhöhen bei diesen Variablen jeweils die Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe mit sehr

hoher Trinkmenge zu fallen. Die Variable „Anzahl Entgiftungen“ tritt in diesem Zusammenhang als Covariate auf.

Als letzter Prädiktor folgt die Variable „Beschwerdefreiheit versus Nervosität“. Das positive Vorzeichen bedeutet wieder eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, zur Gruppe mit sehr hoher Trinkmenge zu gehören.

**Tabelle 6.2.2.1-1: Prädiktoren des Suchtverhaltens – hohe Trinkmenge**

| | RegressionskoeffizientB | Wald | Sig. | Exp(B) |
|---|---|---|---|---|
| Sinnerfülltheit versus Depressivität | -0,080 | 13,187 | 0,000 | 0,924 |
| schizoid | 0,034 | 10,531 | 0,001 | 1,035 |
| Angenehme Situationen mit anderen | 0,023 | 8,368 | 0,004 | 1,023 |
| Anzahl Entgiftungen | 0,069 | 7,463 | 0,006 | 1,071 |
| Geschlecht -männlich | 2,324 | 4,491 | 0,034 | 10,220 |
| Expansivität | 0,047 | 4,002 | 0,045 | 1,048 |
| Beschwerdefreiheit versus Nervosität | 0,043 | 3,912 | 0,048 | 1,044 |
| Konstante | -8,627 | 16,490 | 0,000 | 0,000 |

Das oben vorgestellte Modell arbeitet zusätzlich mit Variablen des Suchtverlaufes. Insbesondere geht die Variable „Anzahl Entgiftungen“ in die Regression ein. Was passiert, wenn diese Variable des Suchtverlaufes aus dem Modell entfernt wird? Treten andere Persönlichkeitsvariablen an ihre Stelle? Entsprechende Modellrechnungen widerlegen diese Annahme. Eine Entfernung dieser Variablen führt zu einer Verschlechterung modelltheoretischer Gütekriterien, ohne dass neue Prädiktoren an ihre Stelle treten würden. Es bestätigen sich die bereits diskutierten drei wichtigsten Prädiktoren der Trinkmenge, wie sie in Tabelle 6.2.2.1-1. aufgeführt sind: „Sinnerfülltheit verus Depressivität“, „Schizoid“, „Angenehme Situationen mit anderen“.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass die Persönlichkeitsvariablen eine wichtige Rolle bei Personen mit hoher Trinkmenge einnehmen. Depressives und schizoides Verhalten

sind besonders mit hohen Trinkmengen assoziiert. Andererseits geben entsprechende Personen als wichtiges Trinkmotiv angenehme Situationen mit anderen an. Steht das Trinkmotiv „Angenehme Situationen mit anderen“ in einem Gegensatz zum oben beschriebenen Persönlichkeitsprofil? Wie passt depressives und schizoides Erleben zu einem eher lustbetonten und interaktiven Trinkmotiv? Vielleicht bezieht sich der Aspekt des Angenehmen auf die Interaktion mit anderen Abhängigen? Hinweise hierauf finden sich, wenn man die bisherigen Ergebnisse zum Suchtverlauf berücksichtigt. Die Trinkmenge ist abhängig vom Suchtverlauf und nimmt mit der Anzahl an Entgiftungen zu. Entsprechend den in Abschnitt 6.2.1.2 diskutierten Modellen dominieren zu Beginn der Suchterkrankung eher unangenehme soziale Trinkmotive (sozialer Druck, Konflikte mit anderen). Im fortgeschrittenen Suchtverlauf tritt hier eine Veränderung ein. Partnerschaften nehmen ab. Der Autonomiescore nimmt in der Selbstbeurteilung zu. All dies spricht dafür, dass sich der Kontakt zu anderen Personen immer mehr auf den Kreis anderer Abhängiger einschränkt. Konflikte und sozialer Druck treten in den Hintergrund. Im Kreis gleichermaßen von der Sucht Betroffener stehen dann angenehme Situationen als Trinkmotiv im Vordergrund.

#### 6.2.2.2 Die Trinkhäufigkeit

Das Abstinenzverhalten stellt sich in der Faktorenanalyse sowohl im 3-Faktorenmodell über der Gesamtstichprobe, als auch im 4-Faktorenmodell über der eingeschränkten Stichprobe der Mehrfachentgifter als eigenständiger Faktor dar. Eine positive Korrelation besteht zur längsten Trockenphase. Zur genaueren Beschreibung von Personen mit langer Abstinenz ist analog dem Vorgehen in den vorangehenden Abschnitten eine binär codierte Zielvariable konstruiert worden. Personen mit mindestens 150 Tagen Abstinenz in den letzten 6 Monaten erhalten die Codierung „1“. Personen mit weniger als 150 Abstinenztagen erhalten die Codierung „0“. Zu beachten bleibt entsprechend der Definition der Variablen, dass die Abstinenz außerhalb einer therapeutisch geschützten Umgebung erzielt worden ist. 10,1% der Stichprobe befinden sich in der Gruppe mit langer Abstinenz. In die anschließende binär-logistische Regression gehen die bekannten, an anderer Stelle beschriebenen Variablen (Tabelle 6.2-1) ein. Zusätzliche Variablen aus der Liste möglicher Covariaten (siehe Tabelle 6.2-2) führen nicht zu einer entscheidenden Verbesserung des Modells und werden hier erst einmal nicht berücksichtigt. Es ergibt sich eine Gesamtklassifikation von 78,4% bei geringfügigen Abweichungen in Bezug auf die beiden Codierungsgruppen. Die übrigen Kenngrößen des Modells sind in Anhang 9.2 zusammengestellt. Unter den Prädiktoren (siehe Tabelle 6.2.2.2-1) dominieren DITS-40 Variablen.

„Angenehme Emotionen“ und „Unangenehme Emotionen“ gehen jeweils mit negativem Regressionskoeffizienten in die Regressionsgleichung ein. Das bedeutet, dass zunehmende Scorewerte der genannten Variablen die Wahrscheinlichkeit erniedrigen, in die Gruppe mit langer Abstinenz zu fallen.

**Tabelle 6.2.2.2-1: Prädiktoren des Suchtverhaltens – lange Abstinenz**

| | RegressionskoeffizientB | Wald | Sig. | Exp(B) |
|---|---|---|---|---|
| Angenehme Emotionen | -0,042 | 10,614 | 0,001 | 0,959 |
| Unangenehme Emotionen | -0,034 | 9,901 | 0,002 | 0,967 |
| Zufriedenheit mit der Partnerschaft | 0,250 | 4,707 | 0,030 | 1,284 |
| Konstante | -0,895 | 3,412 | 0,065 | 0,409 |

In der Rangfolge der Wichtigkeit an dritter Stelle folgt die Variable „Zufriedenheit mit der Partnerschaft“. Entsprechend der Definition der Variablen und entsprechend dem positiven Vorzeichen des Regressionskoeffizienten sind Personen mit langer Abstinenz in ihrer Partnerschaft unzufriedener.

Insgesamt erscheint das Abstinenzverhalten insbesondere von DITS-40 Variablen bestimmt. Hohe Scorewerte in den entsprechenden Bereichen stehen einer langen Abstinenz im Wege. Die Persönlichkeitsvariablen im engeren Sinn erscheinen nicht unter den Prädiktoren des hier aufgeführten Modells. Alternative Modelle unter Einschluss von Covariaten des Suchtverhaltens werden in Abschnitt 7.3 diskutiert und in Anhang 9.3 vorgestellt.

Eine analoge Modellrechnung für kurze Abstinenzphasen bestätigt das bisherige Ergebnis im wesentlichen. Tabelle 6.2.2.2-2 stellt die Gütekriterien und Prädiktoren eines entsprechenden Modells für kurze Abstinenzzeiten vor. Hierbei sind Personen mit Abstinenzzeiten von höchstens sieben Tagen zusammengefasst worden. Es handelt sich hierbei um 20,8% der Gesamtstichprobe (gültige Prozente).

**Tabelle 6.2.2.2-2: Prädiktoren des Trinkverhaltens – kurze Abstinenz**

| Zielvariable | Klassifikation Gesamt in % | Nagelkerkes R-Quadrat | Hosmer Lemeshow Signifikanz | Fläche unter ROC |
|---|---|---|---|---|
| Kurz trocken (≤ 7 Tage) | 66,8 | ,173 | ,346 | ,723 |
| | | | | |
| **Prädiktoren** | | | | |
| | **RegressionskoeffizientB** | **Wald** | **Sig.** | **Exp(B)** |
| Unangenehme Emotionen | 0,021 | 7,825 | 0,005 | 1,021 |
| Sozialer Druck | 0,016 | 6,462 | 0,011 | 1,016 |
| Konstante | -3,121 | 52,907 | 0,000 | 0,044 |

Die Prädiktoren „unangenehme Emotionen“ und „sozialer Druck“ werden ausgewählt. Dabei gehen die genannten Variablen nun mit positivem Regressionskoeffizienten in die Gleichung ein. Das heißt, hohe Scorewerte erhöhen die Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe mit kurzer Abstinenz zu fallen. In jedem Fall stehen die DITS-40 Variablen bei der Modellkonstruktion ganz im Vordergrund, wenn es um eine Beschreibung des Abstinenzverhaltens durch Prädiktoren geht. Die Modellgüte fällt insgesamt bei kürzeren Abstinenzphasen ungünstiger aus.

### 6.2.3 Rückfall

Das Rückfallgeschehen wird unter drei Gesichtpunkten analysiert. Im ersten Schritt wird die Anzahl der Trinkrückfälle in einem vorgegebenen Zeitraum von sechs Monaten untersucht. Im zweiten Schritt werden Rückfälle in Bezug auf ein begleitendes Lebensereignis analysiert. Zuletzt geht es um eine genauere Beschreibung der Personen, die einen Rückfall mit erneuter Entgiftung innerhalb des Untersuchungszeitraums der Studie erlebt haben.

#### 6.2.3.1 Rückfallhäufigkeit

Unter einem Trinkrückfall wird im Zusammenhang der hier vorliegenden Studie jedes erneute Trinken nach einer Phase der Abstinenz verstanden. Dabei wird erst dann von einem Rückfall gesprochen, wenn mindestens eine Entgiftungsbehandlung stattgefunden hat. Trotz einiger begrifflicher Unschärfen des Rückfallbegriffes wird die Anzahl an Trinkrückfällen in einem

Zeitraum von sechs Monaten einer genaueren Analyse unterzogen. Die Faktorenanalyse über der Teilstichprobe der Mehrfachentgifter (siehe Tabelle 6.1.2.1-2) stellt das Rückfallverhalten mit der Variablen „Anzahl der Rückfälle“ als eigenständigen Faktor dar. Die Clusteranalyse über den Variablen des Trinkverhaltens stellt die Variable „Anzahl der Rückfälle“ mehr in die Nähe zum Faktor „Schweregrad der Suchterkrankung“ (siehe Graphik 6.1.2.2-1). Analog dem Vorgehen in den vorangehenden Abschnitten wird eine binär codierte Zielvariable konstruiert. Die Codierung „1“ erhalten die Personen mit zehn und mehr Rückfällen in den letzten sechs Monaten. Die Codierung „0“ erhalten die Personen mit weniger als zehn Rückfällen in den letzten sechs Monaten. 16,7 % (gültige Prozente) der Teilstichprobe der Mehrfachentgifter befinden sich in der Gruppe mit vielen Rückfällen. In die anschließende binäre logistische Regression gehen die bekannten Variablen (Tabellen 6.2-1 und 6.2-2 ) ein. Als Variablen des Suchtverhaltens werden die Variablen „Alter bei Erstentgiftung“, „Anzahl Entgiftungsbehandlungen“ und „Alkohol pro Tag in g“ eingegeben (siehe Tabelle 6.2-2). Unter diesen Voraussetzungen entsteht ein gutes Modell mit einer Gesamtklassifikation von 83,2%. Die Gütekriterien des Modells sind in Anhang 9.2 zusammengefasst. Die ausgewählten Prädiktoren und ihre Kenngrößen sind in Tabelle 6.2.3.1-1 dargestellt.

**Tabelle 6.2.3.1-1: Prädiktoren des Trinkverhaltens – viele Rückfälle**

| | RegressionskoeffizientB | Wald | Sig. | Exp(B) |
|---|---|---|---|---|
| Angenehme Situationen mit anderen | 0,041 | 10,895 | 0,001 | 1,042 |
| selbstunsicher | 0,045 | 7,422 | 0,006 | 1,046 |
| Selbstvergessenheit versus Selbstzentrierung | -0,136 | 7,339 | 0,007 | 0,873 |
| schizotypisch | -0,094 | 7,071 | 0,008 | 0,910 |
| Anzahl Entgiftungen | -0,330 | 4,317 | 0,038 | 0,719 |
| Alkohol pro Tag in g | 0,003 | 5,631 | 0,018 | 1,003 |
| Konstante | 2,653 | 1,451 | 0,228 | 14,193 |

Wichtigster Prädiktor ist die DITS-40 Variable „Angenehme Situationen mit anderen“. Hohe Werte bedeuten eine hohe Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe mit vielen Rückfällen zu fallen. Es folgt die SKID-II Variable „selbstunsicher“. Entsprechend dem positiven Vorzeichen des Regressionskoeffizienten bedeuten hohe Werte an Selbstunsicherheit eine hohe

Wahrscheinlichkeit, der Gruppe mit vielen Rückfällen anzugehören. Es folgen die beiden Variablen „Selbstvergessenheit versus Selbstzentrierung“ und „schizotypisch“. Beide haben einen negativen Regressionskoeffizienten. Hohe Scorewerte bedeuten deshalb eine hohe Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe mit wenigen Rückfällen zu gehören. Zuletzt folgen die beiden Variablen (Covariaten) „Anzahl Entgiftungen“ und „Alkohol pro Tag in g“. Dabei führt eine hohe Trinkmenge in der Regel zu einer hohen Anzahl an Trinkrückfällen. Überraschenderweise führen viele Entgiftungen zu einer niedrigen Wahrscheinlichkeit, zur Gruppe mit vielen Rückfällen zu gehören. Hierbei bleibt zu beachten, dass sich die Anzahl an Entgiftungsbehandlungen auf die gesamte bisherige Suchtentwicklung bezieht. Die Anzahl an Rückfällen bezieht sich auf einen Zeitraum der letzten sechs Monate. Das zuvor dargestellte Modell arbeitet mit den Covariaten „Anzahl Entgiftungen“ und „Alkohol pro Tag in g“. Um weitere Persönlichkeitsvariablen nicht zu übersehen wird probeweise ein alternatives Modell ohne die oben genannten Covariaten gerechnet (Tabelle 6.2.3.1-2).

**Tabelle 6.2.3.1-2: Prädiktoren des Trinkverhaltens – viele Rückfälle – Modell ohne Covariate**

| Zielvariable | Klassifikation Gesamt in % | Nagelkerkes R-Quadrat | Hosmer Lemeshow Signifikanz | Fläche unter ROC |
|---|---|---|---|---|
| Anzahl Rückfälle (≥10 Rückfälle) | 69,2 | ,324 | ,547 | ,800 |
| **Prädiktoren** | | | | |
| | **RegressionskoeffizientB** | **Wald** | **Sig.** | **Exp(B)** |
| Angenehme Situationen mit anderen | 0,027 | 8,855 | 0,003 | 1,028 |
| Selbstvergessenheit versus Selbstzentrierung | -0,108 | 8,322 | 0,004 | 0,898 |
| histrionisch | -0,036 | 5,570 | 0,018 | 0,965 |
| Kontrolltest | 0,020 | 3,843 | 0,050 | 1,020 |
| Konstante | 1,542 | 1,048 | 0,306 | 4,673 |

Die Modellgüte wird hierbei deutlich schlechter. Die Gesamtklassifikation sinkt auf 69,2%. Es finden sich an vorderer Rangposition die bereits bekannten Prädiktoren „Angenehme Situationen mit anderen“ und „Selbstvergessenheit versus Selbstzentrierung“. Neu erscheint die

Persönlichkeitsvariable „histrionisch“. Hohe Score-Werte bedeuten eine hohe Wahrscheinlichkeit, zur Gruppe mit weniger Rückfällen zu gehören. Zuletzt erscheint die DITS-40 Variable „Kontrolltest“. Hohe Score-Werte bedeuten eine hohe Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe mit vielen Rückfällen zu fallen. Insgesamt lässt sich die Personengruppe mit vielen Rückfällen in ihrer Persönlichkeit als selbstunsicher und selbstzentriert beschreiben. Histrionische Persönlichkeitsanteile stehen ganz im Hintergrund. Diese Personen suchen angenehme Situationen mit Gleichgesinnten auf. In diesen Situationen kommt es dann zum Rückfall.

#### 6.2.3.2 Rückfallsituationen

Eine erste Beschreibung von Rückfallsituationen findet sich in Abschnitt 6.1 (siehe Graphik 6.1.1.-1 und 6.1.2.2-2). Hierbei sind nach einer Clusteranalyse über den Variablen fünf übergeordnete, interpretierbare Cluster ausgewählt worden:

- Gesundheitliche Veränderungen
- Konflikte in der Partnerschaft
- Berufliche Veränderung
- Individuell, private Umbrüche
- Feste

Für jedes Cluster ist eine binär codierte Zielvariable konstruiert worden. Mit „1“ codiert ist jeweils das Rückfallereignis in der entsprechenden Situation. Mit „0“ codiert ist das Ereignis „kein Rückfall“. Entsprechend dem Vorgehen in den vorangehenden Abschnitten sind jeweils binär logistische Regressionen gerechnet worden. Die Klassifikationsraten und die Gütekriterien der Modelle finden sich in Anhang 9.2. Die Gesamtklassifikationsraten liegen je nach Modell zwischen 69 und 78%. Die übrigen modelltheoretischen Kenngrößen sind akzeptabel. Die Prädiktoren und ihre Kenngrößen sind in den Tabelle 6.2.3.2-1 und 6.2.3.2-2 zusammengefasst. Auch die Kenngrößen der Prädiktoren sind akzeptabel.

**Tabelle 6.2.3.2-1: Prädiktoren des Rückfallverhaltens - Rückfallsituationen**

| Zielvariable | Prädiktor | RegressionskoeffizientB | Wald | Sig. | Exp(B) |
|---|---|---|---|---|---|
| **gesundheitliche Veränderungen** | Kontrolltest | 0,024 | 7,796 | 0,005 | 1,024 |
| | Beschwerdefreiheit versus Nervosität | -0,048 | 6,755 | 0,009 | 0,953 |
| | Zufriedenheit -Leben allgemein | 0,414 | 5,201 | 0,023 | 1,512 |
| | Konstante | -1,869 | 2,546 | 0,111 | 0,154 |
| | | | | | |
| **Konflikte in der Partnerschaft** | Konflikte mit anderen | 0,039 | 10,484 | 0,001 | 1,040 |
| | Zufriedenheit -Gesundheit | 0,388 | 7,464 | 0,006 | 1,474 |
| | Selbstvergessenheit versus Selbstzentrierung | -0,062 | 5,994 | 0,014 | 0,940 |
| | Körperliches Unwohlsein | -0,029 | 5,830 | 0,016 | 0,972 |
| | Konstante | 0,086 | 0,006 | 0,938 | 1,090 |
| | | | | | |
| **berufliche Veränderungen** | Negativistisch | 0,030 | 8,557 | 0,003 | 1,030 |
| | Mit Partner zusammenlebend -nein | 1,462 | 8,227 | 0,004 | 4,313 |
| | Anzahl Entgiftungen | -0,202 | 7,823 | 0,005 | 0,817 |
| | Zufriedenheit -Beruf | 0,382 | 7,387 | 0,007 | 1,466 |
| | Kontrolltest | 0,021 | 5,777 | 0,016 | 1,021 |
| | Konstante | -3,878 | 19,965 | 0,000 | 0,021 |
| | | | | | |

**Fortsetzung von Tabelle 6.2.3.2-1**

| Zielvariable | Prädiktor | RegressionskoeffizientB | Wald | Sig. | Exp(B) |
|---|---|---|---|---|---|
| **individuell private Umbrüche** | Unangenehme Emotionen | 0,053 | 16,195 | 0,000 | 1,055 |
| | Körperliches Unwohlsein | -0,041 | 8,450 | 0,004 | 0,960 |
| | Mit Partner zusammenlebend -nein | 1,778 | 7,992 | 0,005 | 5,919 |
| | Geschlecht -männlich | -1,895 | 7,173 | 0,007 | 0,150 |
| | Zufriedenheit -Gesundheit | 0,438 | 6,496 | 0,011 | 1,550 |
| | Zufriedenheit -Partnerbeziehung | -0,308 | 4,227 | 0,040 | 0,735 |
| | Zwanghaft | 0,026 | 3,769 | 0,052 | 1,026 |
| | Konstante | -3,652 | 11,404 | 0,001 | 0,026 |
| | | | | | |
| **Weihnachten Neujahr Familienfeste** | Sozialer Druck | 0,026 | 13,126 | 0,000 | 1,026 |
| | Selbstvergessenheit versus Selbstzentrierung | -0,064 | 5,666 | 0,017 | 0,938 |
| | Konstante | 0,699 | 0,387 | 0,534 | 2,012 |

Unter den Prädiktoren dominieren insgesamt die DITS-40 Variablen. Positive Regressionskoeffizienten erhöhen die Wahrscheinlichkeit, in die Rückfallgruppe zu fallen. Negative Regressionskoeffizienten erhöhen die Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe mit keinem Rückfall zu gehören.

Die aufgezeigten Zusammenhänge sind inhaltlich plausibel. Bei „Konflikten in der Partnerschaft“ stehen „Konflikte mit anderen“ im Vordergrund. Im Zusammenhang von „Weihnachten, Neujahr und Familienfesten“ steht „sozialer Druck“ im Vordergrund. Der „Kontrolltest“ ist im Zusammenhang von Rückfällen bei „gesundheitlichen Veränderungen“ wichtig. „Unangenehme Emotionen“ dominieren im Zusammenhang „individuell privater

Umbrüche“. Die Persönlichkeitsvariablen treten an verschiedener Stelle in den Modellen auf. Die Interpretation der Regressionskoeffizienten ist an anderer Stelle beschrieben worden. Positive Regressionskoeffizienten erhöhen die Wahrscheinlichkeit, zur Rückfallgruppe zu gehören. Negative Regressionskoeffizienten erhöhen entsprechend die Wahrscheinlichkeit, zur Gruppe ohne Rückfall zu gehören. Bei „beruflichen Veränderungen“ stehen „negativistische“ Verhaltensweisen im Vordergrund. Ein „selbstzentrierter“ Interaktionsstil macht sich negativ bei „Konflikten in der Partnerschaft“ und im Zusammenhang von „Weihnachten, Neujahr und Familienfesten“ bemerkbar. Eine starke „Nervosität“ wirkt ungünstig bei Rückfällen im Zusammenhang „gesundheitlicher Veränderungen“. Zuletzt steht ein „zwanghafter“ Interaktionsstil einer Bewältigung „individuell privater Umbrüche“ entgegen. Auch „Zufriedenheiten“ sind im Zusammenhang der Rückfallereignisse bedeutsam. Positive Regressionskoeffizienten bedeuten bei Unzufriedenheit in dem entsprechenden Bereich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, zur Rückfallgruppe zu gehören. Negative Regressionskoeffizienten bedeuten bei Unzufriedenheit in dem entsprechenden Bereich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, zur Gruppe ohne Rückfall zu gehören. Zuletzt kommen auch soziodemographische Variablen unter den Prädiktoren vor. Personen, die nicht in einer Partnerschaft leben, sind stärker gefährdet, einen Rückfall im Zusammenhang „beruflicher Veränderungen“ oder „individuell privater Umbrüche“ zu erleiden. Männer sind weniger gefährdet, einen Rückfall im Zusammenhang „individuell privater Umbrüche“ zu erleben.

Die Covariaten des Suchtverhaltens aus Tabelle 6.2-2 spielen im Zusammenhang der Rückfallsituationen keine Rolle.

Zusammenfassend lassen sich folgende Rückfallgruppen herausarbeiten:

- gesundheitliche Veränderungen: In der Persönlichkeit handelt es sich um Menschen mit Beschwerden und Nervosität, die mit ihrem Leben insgesamt unzufrieden sind. Dabei ist das Bewusstsein der Alkoholabhängigkeit unzureichend ausgebildet und das Ausprobieren, ob ein kontrollierter Umgang mit dem Alkohol möglich ist, steht im Vordergrund der Trinkmotive.
- Konflikte in der Partnerschaft: In der Persönlichkeit handelt es sich hier um selbstzentrierte Menschen, die mit ihrer gesundheitlichen Situation unzufrieden sind und Konflikte mit anderen Menschen als wichtigstes Trinkmotiv angeben.
- Berufliche Veränderungen: In der Persönlichkeit handelt es sich um negativistisch denkende Personen. Sie leben außerhalb einer Partnerschaft und sind mit ihrer beruflichen Situation unzufrieden. Wichtigstes Trinkmotiv ist der „Kontrolltest“. „Kontrolltest“ bedeutet ein Probetrinken mit dem Versuch, die Folgen zu kontrollieren.

- individuell private Umbrüche: Es handelt sich vor allem um Männer außerhalb einer partnerschaftlichen Bindung. Mit der beschriebenen partnerschaftlichen Situation sind diese eher zufrieden. Unzufriedenheit besteht vor allem im gesundheitlichen Bereich. In der Persönlichkeit sind diese Personen eher zwanghaft.
- Weihnachten, Neujahr, Familienfeste: Es handelt sich in der Persönlichkeit vor allem um selbstzentrierte Personen, die als wichtigstes Trinkmotiv „sozialen Druck“ angeben.

Um in Abschnitt 7.3 Hypothese 6 diskutieren zu können, ist an dieser Stelle eine Ergänzung erforderlich. Inhaltlich geht es um den möglichen Einfluss von Persönlichkeitsvariablen auf Rückfälle bei traumatischen Lebensereignissen. Hierzu wird eine neue binär codierte Variable aus den Einzelereignissen „Tod des Partners“, „Tod eines Familienangehörigen“, „Tod eines Freundes“ und „Opfer körperlicher Gewalt“ konstruiert. Die Variable „Opfer sexueller Gewalt“ wird nicht aufgenommen, da sie in der Studie von keinem Teilnehmer angekreuzt worden ist. Die Codierung „1“ erhalten die Personen, die einen Rückfall im Kontext traumatischer Lebensereignisse erlebt haben. Es handelt sich um 18,2 % (gültige Prozente) der Teilstichprobe der „Mehrfachentgifter“. In die folgende Regression sind die bekannten Variablen (Tabellen 6.2-1und 6.2-2 ) aufgenommen worden. Bei einigermaßen ausgewogener Klassifikation ergibt sich eine Gesamtklassifizierungsrate des Modells von 70.1%. Die übrigen modelltheoretischen Kenngrößen finden sich in Anhang 9.2.
Die Prädiktoren des Modells gehen aus Tabelle 6.2.3.2-3 hervor.

**Tabelle 6.2.3.2-2: Prädiktoren des Rückfallverhaltens – traumatische Lebensereignisse**

| | RegressionskoeffizientB | Wald | Sig. | Exp(B) |
|---|---|---|---|---|
| schizoid | 0,035 | 8,670 | 0,003 | 1,036 |
| schizotypisch | 0,034 | 7,664 | 0,006 | 1,035 |
| selbstunsicher | -0,021 | 3,843 | 0,050 | 0,979 |
| Konstante | -3,242 | 24,282 | 0,000 | 0,039 |

Wichtigster Prädiktor ist die SKID-II Variable „schizoid“. Es folgen die SKID-II Variablen „schizotypisch“ und „selbstunsicher“. Auffallend ist, dass das Modell nur auf Persönlichkeitsvariablen zurückgreift. Wichtigster Prädiktor für einen Rückfall im Kontext traumatischer Lebenserfahrungen ist demnach ein schizoider Persönlichkeitsstil.

### 6.2.3.3 Rückfall innerhalb des Untersuchungszeitraums

Ein Teil der Probanden hat innerhalb der Studiendauer einen erneuten Rückfall erlebt und ist erneut entgiftet worden. Insgesamt handelt es sich um 38 Personen. Diese entsprechen 12,8% der Gesamtstichprobe.

Eine genauere Beschreibung dieser Personengruppe ist Tabelle 6.2.3.3-1 zu entnehmen.

**Tabelle 6.2.3.3-1: Prädiktoren des Rückfallverhaltens – Rückfall innerhalb des Untersuchungszeitraums**

| Zielvariable | Klassifikation Gesamt in % | Nagelkerkes R-Quadrat | Hosmer Lemeshow Signifikanz | Fläche unter ROC |
|---|---|---|---|---|
| Rückfall innerhalb des Untersuchungszeitraums | 67,1 | ,161 | ,583 | ,726 |
| **Prädiktoren** | | | | |
| | **RegressionskoeffizientB** | **Wald** | **Sig.** | **Exp(B)** |
| Expansivität | 0,054 | 7,106 | 0,008 | 1,056 |
| Mit Partner zusammenlebend -nein | 1,215 | 6,944 | 0,008 | 3,370 |
| Zufriedenheit mit Freundeskreis | 0,332 | 5,844 | 0,016 | 1,393 |
| narzißtisch | -0,026 | 3,963 | 0,046 | 0,974 |
| Anzahl Freunde | 0,038 | 3,435 | 0,064 | 1,039 |
| Konstante | -5,967 | 22,135 | 0,000 | 0,003 |

Ohne die Gütekriterien und alle Prädiktoren im einzelnen zu diskutieren, sei an dieser Stelle festgehalten: Die Variable „Expansivität“ ist der wichtigste Prädiktor. Expansives Verhalten charakterisiert die oben beschriebene Personengruppe am besten

# 7 Diskussion

## 7.1 Methoden

Die Diskussion der Studie unter dem Gesichtspunkt der verwendeten Methoden orientiert sich an drei Hauptfragen:

- Ist die Wahl des Untersuchungszeitpunktes glücklich getroffen?
- Sind die Messinstrumente sinnvoll ausgewählt?
- Ist das statistische Modell adäquat?

In der Fachliteratur findet sich seit der Studie von Demel (1974) eine rege Diskussion über die Wahl des richtigen Untersuchungszeitpunktes bei der Erhebung von Persönlichkeitsdaten.
Es werden unterschiedliche Angaben zur Wahl des „richtigen“ Untersuchungszeitpunktes gemacht. Empfohlen werden zum Zeitpunkt der Datenerhebung teilweise Abstände von einigen Wochen Abstinenz. Weijers HG (2002) hat seine Stichprobe frühestens 40 Tage nach stationärer Aufnahme untersucht. Bei Driessen ist über ein score-gestütztes Verfahren ein akutes Entzugssyndrom ausgeschlossen worden. In jedem Fall wird eine Erhebung von Persönlichkeitsdaten unter Abstinenzbedingungen angestrebt. Hintergrund dieser Empfehlungen ist eine Beeinflussung der Persönlichkeitsvariablen durch das aktuelle Suchtgeschehen und insbesondere durch die psychopathologischen Veränderungen im Zusammenhang des Entzugssyndroms. Die Daten der vorliegenden Studie sind nach Abklingen des akuten Alkoholentzugssyndromes erhoben worden. Dies ist bei den meisten Probanden etwa zehn Tagen nach Aufnahme in die Klinik der Fall. Personen mit protrahiertem Entzug sind später in die Studie aufgenommen worden. Dennoch kann eine Beeinflussung der Daten durch die psychopathologischen Veränderungen des nur kurz zurückliegenden Entzuges nicht völlig ausgeschlossen werden. Fragen der praktischen Durchführbarkeit haben in der vorliegenden Studie zu der Entscheidung geführt, Persönlichkeitsdaten im Zusammenhang der aktuellen Entgiftung zu erheben. Ein späterer Untersuchungszeitpunkt mit ambulanter Einbestellung hat sich während der Pilotphase der Studie nicht bewährt. Ein nicht unerheblicher Teil der Patienten hat sich bei den ambulanten Einbestellungsterminen nicht vorgestellt. Ein weiterer Teil der ehemaligen Patienten hat in der ambulanten Behandlungsphase Abstinenz nicht einhalten können. In diesem Sinn beschreiben die Daten Persönlichkeitsdimensionen in engem zeitlichen Zusammenhang zum aktuellen Suchtgeschehen. Ein akutes Entzugssyndrom ist hierbei allerdings in jedem Fall nach klinischen Kriterien ausgeschlossen worden.
Die zweite Frage der hier geführten Methodenreflexion zielt auf die verwendeten Fragebögen.

Über die Gütekriterien der Instrumente ist an anderer Stelle gesprochen worden (siehe Kapitel 4.2). Die Frage lautet hier, wie angemessen die ausgewählten Fragebögen in Bezug auf die Fragestellung der Studie sind. Die Studie versucht, Persönlichkeit in einem umfassenden Sinn zu erfassen. Dabei wird einerseits die Tradition der empirischen Persönlichkeitspsychologie in Gestalt des TPF aufgenommen. Der TPF fokussiert insbesondere auf den Gesichtspunkt der Gesundheit und beschreibt darüber hinaus die Hauptachsen interpersoneller Persönlichkeitsmodelle. Zum anderen wird an die Tradition der psychiatrischen Klassifikation in Gestalt des SKID-II angeknüpft. Der SKID-II beschreibt die Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV und ermöglicht eine kategoriale und dimensionale Interpretation. Eine umfassende Konzeption von Persönlichkeit sollte aus Sicht des Autors der Studie auch motivationale Faktoren erfassen. Das Trinkverlangen, insbesondere das kontextabhängige Trinkverlangen wird über den DITS-40 beschrieben. Aufgrund dieser sich ergänzenden Persönlichkeitsdiagnostik ist somit eine umfassende Untersuchung von Persönlichkeit durchgeführt worden. In diesem Sinne erscheinen die hier verwendeten Fragebögen in Bezug auf die Zielstellung einer umfassenden Persönlichkeitsdiagnostik angemessen. Auch unter dem Gesichtspunkt möglicher therapeutischer Konsequenzen erscheinen die hier eingesetzten Fragebögen angemessen, weil sich mit ihnen Schlussfolgerungen im psychotherapeutischen wie im pharmakotherapeutischen Bereich aufzeigen lassen. Fiedler zeigt beispielsweise, wie sich mit den Persönlichkeitskategorien des DSM und den Persönlichkeitsdimensionen interpersoneller Modelle Wege in der Psychotherapie begründen lassen. Im DITS-40 erfolgt neben der Erfassung von Trinksituationen auch eine Quantifizierung des Trinkverlangens. Die Indikation spezieller pharmakotherapeutischer Interventionen könnte auch unter diesem Aspekt diskutiert werden.

Die dritte Frage bezieht sich auf die verwendeten mathematischen Modelle. Sind diese in Bezug auf die Problemstellung adäquat? Folgt man den Ergebnissen der aktuellen Suchtforschung, so ist am ehesten eine wechselseitige Beeinflussung von Alkoholkonsum und Persönlichkeit plausibel. Das heißt: Die Persönlichkeit hat einen Einfluss auf das Suchtverhalten und die Entwicklung einer späteren Abhängigkeit. Umgekehrt hat der Alkoholkonsum einen Einfluss auf die Persönlichkeit des Betroffenen. Eine so skizzierte wechselseitige Abhängigkeit kann durch das binär-logistische Modell nicht hinreichend erfasst werden. Innerhalb des gewählten Studiendesigns gibt es keine Möglichkeit, wechselseitige Abhängigkeiten sicher zu erfassen. Nur ein sehr aufwendiges prospektives Design wäre in der Lage gewesen, wechselseitige Abhängigkeiten mit Methoden der Statistik aufzuzeigen. Der Aufwand einer prospektiven Studie hätte den Rahmen einer Dissertation überschritten. Nicht zuletzt die problematische Mitarbeit der Probanden hätte die organisatorischen Möglichkeiten einer Einzelperson überfordert. Im

Rahmen des gewählten Studiendesigns und der vorliegenden Datenqualität bietet die binär-logistische Regression die besten Modellvoraussetzungen. Insbesondere müssen keine problematischen Vorannahmen über die Verteilung einer Zielvariablen getroffen werden. Einzig die Konstruktion einer binär codierten Zielvariablen ist erforderlich, um das binär-logistische Modell anwenden zu können. Dabei ist die Wahl der Grenzziehung zwischen den Kategorien der Zielvariablen willkürlich. Da die Studie ohne Kontrollgruppe arbeitet, werden Personen mit Hochrisikoverhalten gegenüber anderen Personen abgegrenzt. Ausschlaggebend für die Definition einer Gruppe mit Hochrisikoverhalten ist näherungsweise das 90-te Perzentil der jeweils zugrunde liegenden Stichprobe oder Teilstichprobe. Von dieser Regel wird nur im Zusammenhang der Analyse des Rückfallverhaltens abgewichen. Die Definition der Rückfallsituationen ergibt sich hier aus der Konstruktion der übergeordneten Rückfallcluster und ist somit inhaltlich begründet. Die inhaltliche Interpretation der Ergebnisse binär-logistischer Regressionen ist unproblematisch. Die Wirkrichtungen der abhängigen Variablen lassen sich über die β-Werte der Koeffizienten erfassen. Die Wirkstärken der abhängigen Variablen ergeben sich über die Exp(B) Werte. Diese lassen sich als Odds-Ratios deuten. Einflussfaktoren werden auf diese Weise sicher identifiziert. Die Größe von β-Werten und Exp(B)-Werten hängt von der zu Grunde liegenden Skalierung ab.

## *7.2 Stichprobe*

In die klinische Stichprobe sind 297 Personen mit Alkoholabhängigkeit oder Alkoholmissbrauch aufgenommen worden. Ein Vergleich mit einer im Untersuchungszeitraum ermittelten Krankenhausdatei zeigt, dass etwa 60 % der potentiell möglichen Personen in die Stichprobe aufgenommen worden sind. Mindestens 5 % der potentiell möglichen Personen sind kriteriengeleitet ausgeschlossen worden. Etwa 35 % der potentiell möglichen Personen sind aus Gründen unterschiedlicher Art nicht erfasst worden. Davon sind einige Personen aus Gründen somatischer Begleiterkrankungen in andere Kliniken verlegt worden. Einige Personen haben die Entgiftungsbehandlung vorzeitig abgebrochen und haben aus diesem Grund an der Studie nicht teilgenommen. Einige Personen haben die Teilnahme an der Studie abgelehnt. Die Tatsache einer stationären Entgiftungsbehandlung in einer psychiatrischen Klinik bedeutet eine Selektion gegenüber einer repräsentativen Allgemeinheit. Viele Alkoholkranke kommen überhaupt nie in eine stationäre Behandlung. Noch weniger Alkoholkranke kommen in eine stationär psychiatrische Behandlung. Noch selektiver ist die Klientel in spezialisierten Entwöhnungskliniken. Die soziodemographischen Besonderheiten der untersuchten Stichprobe bedeuten eine weitere Selektion gegenüber einer repräsentativen Allgemeinheit. Im Vergleich

mit anderen klinischen Stichproben psychiatrischer Kliniken zeigt sich eine Ähnlichkeit der Stichproben nach soziodemographischen Kriterien. An dieser Stelle bietet sich nochmals der Vergleich mit der von Driessen beschriebenen klinischen Stichprobe einer psychiatrischen Universitätsklinik an. Es fällt hierbei auf, dass der Anteil an Frauen mit 15,9% in der vorliegenden Studie niedriger ist als bei Driessen. Hinsichtlich der Alterszusammensetzung sind die beiden Stichproben hingegen gut vergleichbar. Der Mittelwert des Alters in der vorliegenden Studie liegt bei 42,9 Jahren. Driessen gibt für seine Stichprobe einen Mittelwert von 42,1 Jahren an. Auch der Anteil fester Partnerschaften unter den Studienteilnehmern ist vergleichbar. In der vorliegenden Stichprobe leben 49,5% der Studienteilnehmer in einer festen Partnerschaft. Driessen gibt 46,4% für seine Stichprobe an. Der Anteil arbeitsloser Personen ist bei Driessen noch höher als in der hier vorliegenden Stichprobe. Driessen gibt einen Wert von 59,2% Arbeitslosigkeit an. In der hier vorliegenden Stichprobe sind 54,5% arbeitslos. Mit der genannten Einschränkung (Geschlecht) ist die vorhandene Stichprobe gut mit der bei Driessen beschriebenen Stichprobe vergleichbar. Es handelt sich in der vorliegenden Stichprobe unter soziodemographischen Kriterien um eine typische Klientel psychiatrischer Kliniken. Es sind vor allem Personen aus Cottbus und Umgebung in die Studie aufgenommen worden. Wie sich die regionale Selektivität der Stichprobe im Suchtverhalten und in der Persönlichkeit abbildet, kann hier nicht beantwortet werden. Hierzu wäre der Vergleich mit einer Stichprobe aus einer anderen Region erforderlich. In Bezug auf die klinische Zusammensetzung der Stichprobe sind nochmals die ausgeschlossenen Personengruppen zu diskutieren. Ausgeschlossen werden in der aktuellen Studie vor allem Personen mit klinisch relevanten kognitiven Störungen. Diese werden allerdings nur nach klinisch deskriptiven Kriterien erfasst. Auf eine testdiagnostische und quantitative Abgrenzung von Hirnleistungsstörungen ist aus Gründen der Eingrenzung des Studienumfanges verzichtet worden. In einem ersten Ansatz sind auch Personen mit schizophrenen Psychosen ausgeschlossen worden. Es hat sich jedoch nachträglich gezeigt, dass kein einziger Patient dieses Ausschlusskriterium erfüllt hat. So gesehen sind einzig Personen mit klinisch relevanten kognitiven Störungen ausgeschlossen worden. Insbesondere sind Personen mit multiplem Substanzmissbrauch in die Studie aufgenommen worden. Insgesamt geben 12,8% der Studienteilnehmer zu irgendeinem Zeitpunkt einen regelmäßigen multiplen Substanzkonsum an. Driessen und andere weisen darauf hin, dass sich Alkoholabhängige mit multiplem Substanzmissbrauch in verschiedener Hinsicht von Alkoholabhängigen ohne multiplen Substanzmissbrauch unterscheiden. Der Ausschluss von Personen mit multiplem Substanzkonsum hätte aus Sicht des Autors eine zusätzliche klinische Selektion bedeutet. Alkoholabhängigkeit wird in der vorliegenden Studie vor allem als Syndrom verstanden. Eine

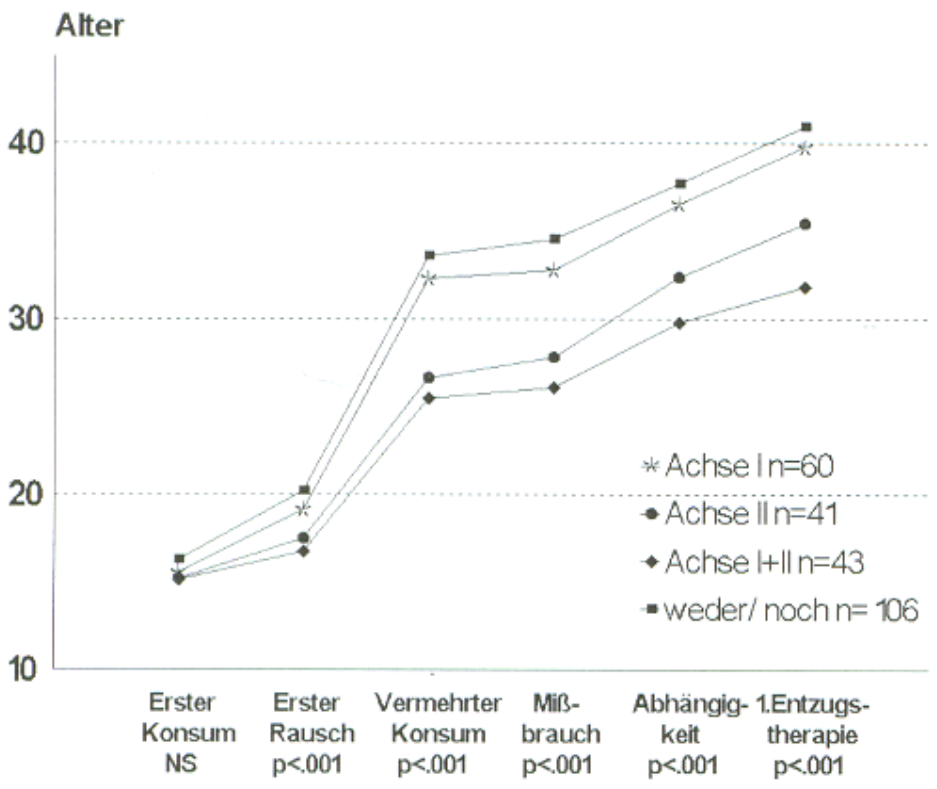
klare Trennung zwischen primären und sekundären Formen der Alkoholabhängigkeit wird nicht durchgeführt. Komorbide Störungen werden in der vorliegenden Studie (mit Ausnahme der schizophrenen Patienten) dann ausgeschlossen, wenn sie zu klinisch relevanten Hirnleistungsstörungen führen.

## *7.3 Ergebnisse*

**Hypothese 1**: Das Alter bei erstmaliger Entgiftung hängt von Variablen der Persönlichkeit ab und ist bei Personen mit starker Persönlichkeitsakzentuierung niedriger als bei Personen ohne entsprechende Persönlichkeitsakzentuierung.

In Abschnitt 2.2.1 wird ausgeführt, wie bei Cloninger (Typ II Alkoholismus) eine Verknüpfung von frühem Auftreten von Alkoholproblemen und antisozialem Verhalten hergestellt wird. Driessen (siehe 2.3 und Driessen M: Axis I and Axis II Comorbidity in Alcohol Dependence and the two Types of Alcoholism) verallgemeinert den Ansatz Cloningers. Hierbei findet er im Typ A/2 eine Häufung von Persönlichkeitsstörungen. Driessen nennt insbesondere die schizoide, die schizotypische, die antisoziale, die borderline, die histrionische und die narzisstische Persönlichkeitsstörung.
Die vorliegende Studie weist einige Persönlichkeitsvariablen als wichtige Prädiktoren für einen frühen Entgiftungszeitpunkt aus. Wichtigster Prädiktor ist antisoziales Verhalten. Es folgt als Prädiktor schizotypes Verhalten. Beide genannten Variablen finden sich bei Driessen im erweiterten Persönlichkeitsprofil des Typs A/2.
Als Hauptbefund bleibt in Übereinstimmung mit der Literatur festzuhalten, dass Persönlichkeitsfaktoren bei jungen Alkoholabhängigen eine tragende Rolle spielen. Die Störungen reichen in den Bereich der Impulskontrolle (Cluster B) und in den Bereich des Denkens und der Wahrnehmung (Cluster A). In diesem Sinn wird Hypothese 1 durch die vorliegende Studie gestützt.

**Hypothese 2**: Die Anzahl an Entgiftungsbehandlungen hängt von Variablen der Persönlichkeit ab und ist bei Personen mit starker Persönlichkeitsakzentuierung höher als bei Personen ohne entsprechende Persönlichkeitsakzentuierung.
Hypothese 2 stützt sich im wesentlichen auf die Arbeiten Driessens. Dieser zeigt in einem prospektiven und retrospektiven Design (siehe 2.3.2 und 2.3.3), dass der Suchtverlauf bei Personen mit Persönlichkeitsstörung ungünstiger ausfällt als bei Personen ohne Persönlichkeitsstörung.




**(aus:Driessen M, Hill A, Persönlichkeitsstörungen und Alkoholismus, PTT 3/98, S 115)**

**Abbildung 7.3-1: Abhängigkeitsverlauf in den diagnostischen Hauptgruppen bei Driessen**

Dabei trifft dieser ungünstigere Verlauf nur auf Personen mit Cluster A und Cluster B Persönlichkeitsstörung zu. Personen mit Cluster C Persönlichkeitsstörung unterscheiden sich nicht von Personen ohne Persönlichkeitsstörung in ihrem Suchtverlauf.

In der vorliegenden Studie lassen sich die Ergebnisse Driessens zum Suchtverlauf nicht ohne weiteres bestätigen. Reduziert man den Suchtverlauf auf den Teilaspekt der Anzahl an Entgiftungsbehandlungen, so sucht man fast vergeblich nach Persönlichkeitsvariablen unter den Prädiktoren. Einzig die Variable „Autonomie“ findet sich unter den Prädiktoren für Personen mit vielen Entgiftungen. Hohe Autonomiewerte führen zu einem erhöhten Risiko, in die Gruppe der Mehrfachentgifter zu fallen. Alternative Modelle ohne Variablen des Suchtverhaltens führen nicht zu einer stärkeren Gewichtung von Persönlichkeitsvariablen.

In der vorliegenden Studie wird die Anzahl der Entgiftungsbehandlungen vor allem durch die Variable „Alter bei Erstentgiftung“ (Covariate) und verschiedene DITS-40 Variablen (Prädiktoren) bestimmt. Dabei hat sich gezeigt, dass Personen mit wenigen Entgiftungen

häufiger in sozialer Interaktion stehen. Sozialer Druck und Konflikte mit anderen dominieren die Trinkmotive. Partnerschaften liegen in der Regel noch vor. Bei Personen mit vielen Entgiftungen stehen Trinkmotive wie angenehme Emotionen, unangenehme Emotionen und Versuchung und Verlangen im Vordergrund. Die zuletzt genannten Trinkmotive sind nicht notwendigerweise auf andere Personen bezogen. Partnerschaften sind seltener. Es finden sich höhere Autonomiewerte. Gibt es eine Erklärung für die unterschiedliche Gewichtung von Persönlichkeitsfaktoren in der vorliegenden Studie gegenüber Driessen? Hierzu ist es erforderlich, die Arbeit Driessens noch einmal genauer zu diskutieren. Driessen greift in seiner Arbeit auf das Trinkphaseninterview von Skinner zurück. Der Abhängigkeitsverlauf wird vom ersten Konsum über weitere Zwischenstadien (1.Rausch, 1. regelmäßiger Konsum, 1.vermehrter Konsum, 1. missbräuchlicher Konsum, 1. morgendlicher Konsum, 1. heimliches Trinken, 1. abhängiges Konsummuster, 1. Entzugssymptome, 1. alkoholbezogene Hilfe) bis hin zur ersten Entgiftungsbehandlung retrospektiv rekonstruiert (siehe Abbildung 7.3-1). Driessen bezieht sich in seinen Ausführungen zum retrospektiven Verlauf auf die Entwicklungsphasen der Suchterkrankung vor der ersten Entgiftungsbehandlung. Dieser Abschnitt der Suchtentwicklung bleibt jedoch in der vorliegenden Studie ausgeblendet. Diese bezieht sich auf die Entwicklung nach der ersten Entgiftungsbehandlung. In diesem späten klinischen Entwicklungsabschnitt spielen Persönlichkeitsfaktoren entsprechend den Befunden der hier vorliegenden Studie eine untergeordnete Rolle. Ein Vergleich zwischen Driessen und der hier diskutierten Studie ist erst ab der ersten Entgiftungsbehandlung möglich. Driessen findet in seiner Untersuchung des prospektive Verlaufes keine signifikanten Unterschiede zwischen den diagnostischen Hauptgruppen. So gesehen stehen die Befunde Driessens nicht in einem Widerspruch zu den Befunden der vorliegenden Studie.

Es bleibt freilich die Frage, wie weit sich der Suchtverlauf durch die Anzahl an Entgiftungsbehandlungen abbilden lässt. Bezieht man sich auf die faktorenanalytische Analyse (Tabelle 6.1.2.1-1 und Tabelle 6.1.2.1-2), so korreliert die Dauer des Suchtverlaufs mit der Anzahl an Entgiftungsbehandlungen und den Therapiemonaten insgesamt. Das Alter bei Erstentgiftung korreliert sehr viel weniger gut mit den genannten Variablen und wird dem Faktor „Schweregrad der Suchterkrankung“ zugeordnet. Mit der Variable „Alter bei Erstentgiftung“ wird der präklinische Suchtverlauf vom späteren klinischen Suchtverlauf abgegrenzt. Vieles spricht dafür, dass der präklinische Suchtverlauf stärker von Persönlichkeitsvariablen geprägt wird, während der spätere klinische Suchtverlauf eine suchtspezifische Eigendynamik entwickelt und weniger von Persönlichkeitsfaktoren abhängt. Diese Deutung wird von der hier vorliegenden Studie gestützt.

Wie bereits diskutiert, hängt die Variable „Alter bei Erstentgiftung“ stark von Persönlichkeitsvariablen ab. Dies gilt für den späteren klinischen Suchtverlauf und die spätere Anzahl an Entgiftungsbehandlungen nicht. So gesehen kann der Suchtverlauf nicht allein auf die Anzahl von Entgiftungsbehandlungen reduziert werden. Durch eine solche Reduktion würde der präklinische Suchtverlauf völlig ausgeblendet werden. Auf relativ einfache Weise kann der präklinische Suchtverlauf über die Variable „Alter bei Erstentgiftung“ erfasst werden. Zusammenfassend liefert die vorliegende Studie keine sicheren Hinweise für die Richtigkeit von Hypothese 2. Dies steht jedoch nicht unbedingt im Widerspruch zu anders lautenden Ergebnissen der Literatur. Aussagen zum Suchtverlauf sollten genau zwischen präklinischem und klinischem Abschnitt des Suchtverlaufes differenzieren. Es erscheint durchaus möglich, dass der präklinische Suchtverlauf bis zum Zeitpunkt einer erstmaligen Entgiftung von Persönlichkeitsfaktoren beeinflusst wird, während der spätere klinische Abschnitt des Suchtverlaufes nach erstmaliger Entgiftung eine Eigendynamik entwickelt und von Persönlichkeitsfaktoren weniger abhängig ist.

**Hypothese 3**: Die Trinkmenge hängt von Variablen der Persönlichkeit ab und liegt bei Personen mit starker Persönlichkeitsakzentuierung höher als bei Personen ohne entsprechende Persönlichkeitsakzentuierung.

Die Trinkmenge ist eine in der Fachliteratur viel diskutierte Variable. Genetische Studien (siehe Heath et al, 1991) weisen der Trinkmenge innerhalb suchtrelevanter Variablen eine eigenständige Rolle zu.
Entsprechend der theoretischen Bedeutung der Variablen „Trinkmenge“ haben sich unterschiedliche Ansätze der Persönlichkeitsforschung mit ihr auseinandergesetzt.
Cloninger (siehe 2.2.1) geht in seinen Studien auch auf die Schwere der Alkoholabhängigkeit ein. Die Schwere der Alkoholabhängigkeit wird hierbei jedoch über die Anzahl typischer Abhängigkeitssymptome beschrieben. Wenn man einen positiven Zusammenhang zwischen der Schwere der Abhängigkeit und der Trinkmenge annimmt, so ergeben sich im Persönlichkeitsmodell Cloningers näherungsweise folgende Zusammenhänge:

- Hohe Trinkmengen korrelieren mit hohen Werten im Bereich „Novelty Seeking“
- Hohe Trinkmengen korrelieren mit hohen Werten im Bereich „Harm avoidance“

Diese Annäherung verzichtet auf die ursprüngliche Alters- und Geschlechtsdifferenzierung bei Cloninger. Hohe Werte in „Nowelty seeking“ und „Harm avoidance“ treffen bei Cloninger nur auf zwei klassische Persönlichkeitskategorien zu: passiv aggressive und emotional instabile

Persönlichkeitsstörungen. Die Arbeiten Wolffgramms (siehe 2.2.2) aus der experimentellen Tierforschung arbeiten ebenso mit Verhaltenscharakterisierungen und berücksichtigen sehr genau die Haltungsbedingungen der Tiere. Dominante Tiere haben niedrigere Trinkmengen als subordinate Tiere. Dominante Tiere reagieren jedoch deutlich empfindlicher auf einen Wechsel der Haltungsbedingungen. Eine Umstellung von Kontakt- auf Einzelhaltung bedeutet in jedem Fall eine Zunahme der Trinkmenge. Dabei nähern sich die dominanten Tiere in ihrer Trinkmenge den subordinaten Tieren an. In den Arbeiten Driessens (siehe 2.3) wird ebenfalls die Trinkmenge genau untersucht. Im retrospektiven Design ist die Trinkmenge in den Gruppen mit Persönlichkeitsstörung signifikant gegenüber den Gruppen ohne Persönlichkeitsstörung erhöht. Bei der Analyse auf Ebene der Persönlichkeitscluster sind die Trinkmengen für Cluster B- und für unspezifische Persönlichkeitsstörungen gegenüber Patienten ohne Persönlichkeitsstörung signifikant erhöht. Im prospektiven Design ergeben sich im Trend erhöhte Trinkmengen für die Gruppen mit Persönlichkeitsstörungen. Die Unterschiede erreichen jedoch keine Signifikanz. Im prospektiven Design erreichen die Unterschiede auf Ebene der Persönlichkeitscluster Signifikanz. Die Trinkmenge ist im Cluster B gegenüber unspezifischen Persönlichkeitsstörungen und Personen ohne Persönlichkeitsstörungen signifikant erhöht.

Wie lassen sich diese Befunde mit den Ergebnissen der hier vorliegenden Studie vergleichen? Auch die hier vorliegende Studie schreibt den Persönlichkeitsvariablen einen wichtigen Einfluss auf die Trinkmenge zu. Unter den Prädiktoren stehen hierbei depressives und schizoides Verhalten im Vordergrund. Driessen und soweit vergleichbar auch Cloninger betonen den wichtigen Einfluss von Cluster B Persönlichkeitsstörungen in Bezug auf die Trinkmenge. Diese stehen jedoch in den hier diskutierten Modellen nicht im Vordergrund. Lediglich die Variable „Expansivität“ weist in Richtung auf ein Cluster B typisches Verhalten.

Interessant in Bezug auf die hier vorgestellten Ergebnisse sind die Befunde Wolffgramms aus der experimentellen Suchtforschung. Insbesondere der Einfluss der Haltungsbedingungen mit Zunahme der Trinkmenge unter experimentell induzierter Vereinsamung lassen aufhorchen. Schizoide und depressive Erlebnisweisen gehen in der Regel mit einer Vereinsamung einher. Auf Ebene der Prädiktoren zeigt sich in der hier vorliegenden Studie eine Abhängigkeit der Trinkmenge von der Anzahl an Entgiftungsbehandlungen. Wie an anderer Stelle dargestellt, kommt es im Suchtverlauf zu einer Abnahme der sozialen Interaktion.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die vorliegende Studie die Richtigkeit von Hypothese 3 bestätigt. Hierbei stehen in der vorliegenden Studie depressive und schizoide Erlebnisweisen als wichtigste Prädiktoren im Vordergrund. Erst an zweiter Stelle kann ein expansiver Persönlichkeitsstil als Prädiktor für eine hohe Trinkmenge nachgewiesen werden.

**Hypothese 4:** Die Anzahl der Abstinenztage hängt von Variablen der Persönlichkeit ab und liegt bei Personen mit starker Persönlichkeitsakzentuierung niedriger als bei Personen ohne entsprechende Persönlichkeitsakzentuierung.

Abstinenz wird in der Fachliteratur mit ähnlicher Aufmerksamkeit diskutiert wie die Trinkmenge. Genetische Studien schreiben der Abstinenzdimension eine eigenständige Rolle zu (Heath AC, et al 1991).
Cloninger untersucht in einer großen repräsentativen Stichprobe die Trinkhäufigkeit in Abhängigkeit von den drei Persönlichkeitsdimensionen „Novelty seeking“, „Harm avoidance“ und „Reward dependence“ (Cloninger et al, Personality antecedents of Alcoholism in a national area probability sample, 1995). Wird auf die Geschlechts- und Altersgruppierung verzichtet und in diesem Sinn eine Vereinfachung eingeführt, so ergeben sich folgende Befunde: (siehe 2.2.1)

- die Trinkhäufigkeit korreliert positiv mit “Novelty seeking”
- die Trinkhäufigkeit korreliert negativ mit “Harm avoidance”
- die Trinkhäufigkeit korreliert negativ mit “Reward dependence”

Lange Abstinenz ist demnach nach Cloninger vor allem mit einem niedrigen Score in „Novelty Seeking“ und einem hohen Score in „Harm avoidance“ assoziiert. Berücksichtigt man wiederum Cloningers Beschreibung klassischer Persönlichkeitskategorien in Abhängigkeit von „Novelty seeking“, „Harm avoidance“ und „Reward dependence“ (siehe 2.2.1), so trifft die obige Beschreibung auf die Kategorien „zwanghaft“ und „passiv dependent“ zu. Umgekehrt sind kurze Abstinenzzeiten mit einem hohen Score in „Novelty seeking“ und einem niedrigen Score in „Harm Avoidance“ korreliert. Dieser Kombination im Bereich der Temperamentsdimensionen entsprechen die klassischen Persönlichkeitskategorien „antisozial“ und „histrionisch“.
Auch Driessen untersucht das Abstinenzverhalten in seiner Studie. Im retrospektiven Design ergeben sich für die Personen mit Achse II Diagnose ohne zusätzliche Achse I Diagnose signifikant mehr Trinktage. Als Referenzgruppe dienen Personen ohne Achse I und ohne Achse II Diagnose. Auf Ebene der einzelnen Persönlichkeitscluster ergeben sich allerdings keine signifikanten Unterschiede. Im prospektiven Design findet Driessen weder signifikante Unterschiede zwischen den Hauptgruppen, noch zwischen den einzelnen Persönlichkeitsclustern. So gesehen schreibt Driessen den Persönlichkeitsvariablen einen relativ niedrigen Einfluss auf die Abstinenz zu. Dieser Befund betätigt sich in der vorliegenden Studie. Persönlichkeitsvariablen spielen in den hier vorgestellten Modellen (siehe Abschnitt 6.2.2.2) keine Rolle unter den Prädiktoren. Variablen des DITS-40 stehen ganz im Vordergrund.

„Angenehme Emotionen“ und „Unangenehme Emotionen“ sind die wichtigsten Prädiktoren. Insgesamt wird das Abstinenzverhalten am besten durch motivationale Faktoren beschrieben. Persönlichkeitsfaktoren stehen hierbei nach erster Durchsicht der Prädiktoren im Hintergrund. Wie sind dann aber die persönlichkeitspsychologischen Aussagen Cloningers zur Abstinenz zu bewerten? Hierzu müssen alternative Modelle unter Einschluss von Covariaten des Suchtverhaltens (Tabelle 6.2-2) berücksichtigt werden. Diese sind in ihren modelltheoretischen Kenngrößen nicht entscheidend besser und in Bezug auf manche Gütekriterien sogar ungünstiger als die in Abschnitt 6.2.2.2 aufgeführten Modelle. Anhang 9.3 stellt alternative Modelle vor, die auch Variablen des Suchtverhaltens aus Tabelle 6.2-2 in die Analyse einschließen.

Für kurze Abstinenzzeiten zeigt das alternative Modell (Tabelle 9.3-1) die Bedeutung der Variablen „histrionisch“. Hohe Scorewerte im Bereich histrionischen Verhaltens erhöhen die Wahrscheinlichkeit, zur Gruppe mit niedrigen Abstinenzzeiten zu gehören.

Für lange Abstinenzzeiten findet sich in dem alternativen Modell (Tabelle 9.3-2) die Variable „Verhaltenskontrolle“. Diese geht allerdings mit negativem Regressionskoeffizienten in die Regressionsgleichung ein. Das heißt, dass hohe Scorewerte im Bereich von Verhaltenskontrolle die Wahrscheinlichkeit erhöhen, in die Gruppe mit kürzerer Abstinenz zu fallen. Im Anschluss an Cloninger wären für hohe Werte im Bereich „Verhaltenskontrolle“ lange Abstinenzzeiten zu erwarten.

Wie lassen sich diese Unterschiede erklären? Cloninger untersucht in der zitierten Studie unter Berücksichtigung einer Alters- und Geschlechtsgruppierung einfache Korrelationen zwischen jeweils zwei Variablen (bivariater Zusammenhang). Die hier vorliegende Studie legt ein multivariates Modell zu Grunde. Dieses berücksichtigt auch Zusammenhänge zwischen anderen Variablen. In der Gesamtbewertung des Einflusses einer Variablen auf das Abstinenzverhalten ist in jedem Fall das multivariate Modell vorzuziehen. Es kann durchaus sein, dass im bivariaten Modell die Beziehung zwischen zwei Variablen anders aussieht als im multivariaten Modell. Weiterhin bleibt als möglicher Fehler zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse Cloningers eine Alters- und Geschlechtsabhängigkeit aufweisen. Auf diese Alters- und Geschlechtsabhängigkeit ist im Rahmen einer vereinfachenden Betrachtungsweise verzichtet worden.

So könnte durch die Alters- und Geschlechtszusammensetzung der vorliegenden Stichprobe diese Vorzeichenumkehr des Regressionskoeffizienten erklärbar sein. Entscheidend für die augenblickliche Fragestellung ist, dass der Variablen „Verhaltenskontrolle“ auch über der hier diskutierten Stichprobe eine Prädiktorwirkung zuzuschreiben ist. In diesem Sinn können die Ergebnisse Cloningers bei vereinfachender Betrachtung auch über der hier untersuchten

Stichprobe bestätigt werden. Wenn der Einfluss von Persönlichkeitsvariablen auf die Abstinenz diskutiert wird, so sind Variablen wie „Verhaltenskontrolle“ und „histrionisch“ zu nennen. Zusammenfassend kann jedoch Hypothese 4 durch die vorliegende Studie nur in abgeschwächter Form bestätigt werden. Persönlichkeitsvariablen stehen in ihrem Einfluss auf die Abstinenz nicht an vorderer Stelle. Wichtiger sind Trinkmotive wie „Angenehme Emotionen“ und „Unangenehme Emotionen“.

**Hypothese 5**: Die Anzahl an Rückfällen hängt von Variablen der Persönlichkeit ab und ist bei Personen mit starker Persönlichkeitsakzentuierung höher als bei Personen ohne entsprechende Persönlichkeitsakzentuierung.

Eine Studie zur „Anzahl an Rückfällen“ in Abhängigkeit von Variablen der Persönlichkeit ist mir nicht bekannt. Eine in der Rückfallforschung übliche Versuchsanordnung besteht darin, dass eine definierte Stichprobe nach qualifizierter Entgiftung prospektiv nachuntersucht wird. Diejenigen Personen, die einen Rückfall erleiden, werden auf Persönlichkeitseigenschaften hin untersucht. In einer entsprechenden Versuchsanordnung charakterisiert Weijers H. (2002) besonders Rückfall gefährdete Personen als überdurchschnittlich impulsiv mit geringem Durchhaltevermögen. Die von Weijers eingesetzten Fragebögen (TCI von Cloninger, EPQ-R von Eysenck) sind allerdings nicht direkt mit den in der hier vorliegenden Studie verwendeten Fragebögen vergleichbar.
In der hier vorliegenden Studie sind die Personen gekennzeichnet worden, die innerhalb des Untersuchungszeitraums einen Rückfall erlebt haben und erneut zur Entgiftung aufgenommen worden sind.
Es handelt sich hierbei um Personen mit besonders expansiven Persönlichkeitszügen.
Für Personen mit vielen Rückfällen ergibt sich eine völlig andere Charakterisierung. Es überwiegen selbstunsichere, selbstzentrierte Personen mit sehr geringen histrionischen Persönlichkeitsanteilen.
Insgesamt kann Hypothese 5 als bestätigt angesehen werden. Persönlichkeitsfaktoren wirken sich auf die Anzahl an Rückfällen aus. Auch Personen mit Rückfall und nachfolgend erneuter Entgiftung lassen sich durch Persönlichkeitsvariablen charakterisieren.

**Hypothese 6:** Personen mit einem späten erstmaligen Entgiftungszeitpunkt haben oft eine lange adaptierte Suchtvorgeschichte. Es sind oft schizoid akzentuierte Personen, die durch ein kritisches Lebensereignis aus der Bahn geworfen worden sind.

Die Hypothese ist weniger gut gesichert und bezieht sich vor allem auf Ausführungen bei Driessen. Anmerkungen zum Suchtverlauf bei Cluster A Personen und insbesondere schizoid akzentuierten Personen finden sich in seiner unveröffentlichten Habilitationsschrift. Diese Patientengruppe zeichnet sich nach Driessen durch einen frühen Beginn des regelmäßigen Trinkens und einen dann besonders protrahierten Abhängigkeitsverlauf mit eher später Entgiftung aus. Darüber hinaus wird in dieser Gruppe vergleichsweise selten über Folgeschäden berichtet.

Noch detaillierter stellt Driessen die Problematik des Alters in einem Zeitschriftenartikel dar:

- Driessen M., Zur Bedeutung des Alters bei Beginn des chronischen Alkoholismus- Ein Überblick, psychiatrische Praxis 21, 1994.

In dem genannten Artikel wird eine Untergruppe jener Patienten mit Beginn des Alkoholismus zwischen dem 50-ten und 60-ten Lebensjahr beschrieben, deren Missbrauch im Alter erst bedrohliche Ausmaße annimmt (late-onset-exacerbation-drinker). Es wird ein Zusammenhang zwischen einem belastenden Lebensereignis und einer Verschlechterung einer lange adaptierten Suchtvorgeschichte beschrieben.

Der erste Teil von Hypothese 6, der sich auf schizoid akzentuierte Personen bezieht, wird durch die hier diskutierte Studie (Tabelle 6.2.1.1-2) bestätigt. Personen mit spätem erstmaligen Entgiftungszeitpunkt werden am besten durch die Persönlichkeitsvariable „Schizoid“ beschrieben.

Der zweite Teil von Hypothese 6, der sich auf die Rolle traumatischer Lebensereignisse bezieht, wird durch die ergänzenden Untersuchungen zu traumatischen Lebensereignissen (Tabelle 6.2.3.2-3) bestätigt.

Hypothese 6 wird also durch die vorliegende Studie bestätigt.

**Hypothese 7:** Die Persönlichkeit des Alkoholabhängigen hat einen Einfluss auf die konkrete Rückfallsituation des Betroffenen.

Untersuchungen zum Einfluss der Persönlichkeit des Alkoholabhängigen auf das Rückfallgeschehen und insbesondere auf die konkrete Rückfallsituation sind mir nicht bekannt. In der Rückfallforschung werden im Anschluss an Marlatt und Gordon (1985) und Annis, Graham und Davis (1987) die im DITS-40 gebrauchten Skalen verwendet. Hierbei sind prozentuale Angaben über die Häufigkeit der entsprechenden Trinkmotive im Zusammenhang des letzten Rückfalls bekannt:

**Tabelle 7.3-2: Rückfallsituationen bei Marlatt und Schindler**

| Autoren | Marlatt (1979) | Schindler (1993) |
|---|---|---|
| Intrapersonale Einflussfaktoren | 61 | 67,5 |
| Unangenehme Gefühlszustände | 38 | 42,5 |
| Unangenehme körperliche Zustände | 3 | 2,5 |
| Angenehme Gefühlszustände | 0 | 5 |
| Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten | 9 | 12,5 |
| Eigener Drang und Versuchung | 11 | 5 |
| Zwischenmenschliche Einflussfaktoren | 39 | 32,5 |
| Zwischenmenschliche Konflikte | 18 | 17,5 |
| Zusammensein mit Alkoholkonsumenten und Aufforderung zum Mittrinken | 18 | 15 |
| Angenehme Gefühlszustände im Zusammensein mit anderen | 3 | 0 |

Angaben in % bezogen auf die Stichprobe

Eine Vergleichbarkeit mit dem Ansatz der vorliegenden Studie ist hierbei nicht gegeben und kann deshalb nicht diskutiert werden.

Unter Bezug auf die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigt sich Hypothese 7. Persönlichkeitsfaktoren stellen in verschiedenen Rückfallsituationen wichtige Prädiktoren des Rückfalls dar. Insbesondere stehen „negativistische“ Erlebnisweisen bei „beruflichen Veränderungen“ an oberster Stelle der Prädiktoren. Ein „selbstzentrierter“ Interaktionsstil wirkt sich negativ auf das Rückfallgeschehen bei „Konflikten in der Partnerschaft“ und im Zusammenhang von „Weihnachten, Neujahr und Familienfesten“ aus. „Beschwerden“ und „Nervosität“ haben einen negativen Einfluss auf das Rückfallgeschehen bei „gesundheitlichen Veränderungen“. Ein „zwanghafter“ Interaktionsstil wirkt ungünstig bei „individuell privaten Umbrüchen“.

# 8 Zusammenfassung und Ausblick

In der vorliegenden Studie werden Persönlichkeitsvariablen bei Alkoholabhängigen und ihr Einfluss auf verschiedene Teilbereiche süchtigen Verhaltens untersucht.

## *8.1 Literatur*

Die frühe Forschung im Bereich der Suchtmedizin hat lange Zeit versucht, die *eine* Alkoholikerpersönlichkeit aufzuzeigen. Konzepte wie die „klinische Alkoholikerpersönlichkeit“ und die „präalkoholische Persönlichkeit“ sind in diesem Zusammenhang diskutiert und verworfen worden. Verschiedene Persönlichkeitstypen sind später alkoholabhängigen Personen zugeordnet worden. Die Rolle der Persönlichkeit im Zusammenhang mit der Suchtentwicklung ist unterschiedlich bewertet worden. Auf der einen Seite sind die Persönlichkeitsauffälligkeiten der Alkoholiker als Ursache des süchtigen Verhaltens verstanden worden. Andererseits sind die Persönlichkeitsauffälligkeiten der Alkoholiker als Folge des chronischen Alkoholkonsums gedeutet worden. In den vorliegenden Longitudinalstudien stehen Persönlichkeitsvariablen nicht an vorderer Stelle der Prädiktoren eines späteren Alkoholismus.
Die Persönlichkeitsforschung in der Suchtmedizin ist daraufhin deutlich zurückgegangen. Erst mit den biologisch ausgerichteten Persönlichkeitskonzepten Cloningers hat sich die Situation wieder geändert. Das von Cloninger entwickelte Konzept des Typ II Alkoholismus mit einer Verknüpfung von frühem Beginn eines süchtigen Trinkens mit antisozialen Persönlichkeitszügen hat die nachfolgende Diskussion stark beeinflusst. Die späteren Arbeiten Cloningers versuchen, Unterschiede zwischen alkoholabhängigen Personen genauer auf der Basis von Persönlichkeitsmodellen zu quantifizieren. Einen noch stärkeren Einfluss auf die Persönlichkeitsforschung in der Suchtmedizin hat die Einführung neuer operationalisierter Diagnosesysteme. Das Konzept der Persönlichkeitsstörung ist im Zusammenhang der Psychopathologie von großer Bedeutung. Die Untersuchung komorbider Störungen und ihres Einflusses auf den Krankheitsverlauf hat einen wichtigen Stellenwert in der klinischen Forschung eingenommen. Dabei zeigt sich, dass Persönlichkeitsstörungen einen ungünstigen Einfluss auf den Suchtverlauf, die Trinkmenge und die Anzahl der Abstinenztage haben.

## 8.2 Fragestellung und Hypothesenbildung

Welche Rolle nimmt die Persönlichkeit des Alkoholabhängigen in der Suchtentwicklung ein? Lässt sich Persönlichkeit bei Personen mit Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit als Risikofaktor verstehen? Diese Fragen stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Studie. Unterschiedliche Teilbereiche süchtigen Verhaltens werden hierbei untersucht. Das Alter bei erstmaliger Entgiftung, die Anzahl an Entgiftungsbehandlungen, die Trinkmenge, die Trinkhäufigkeit sind einige der untersuchten Variablen. Das Rückfallgeschehen wird ebenfalls untersucht. Hierbei wird zunächst die Anzahl an Trinkrückfällen in einem vorgegebenen Zeitraum analysiert. Weiterhin werden konkrete Rückfallsituationen in die Untersuchung einbezogen.
Inhaltlich wird hierbei von der allgemeinen Hypothese ausgegangen, dass die Persönlichkeit des Alkoholabhängigen in sämtlichen Bereichen des Suchtverhaltens einen Einfluss haben kann.
Im einzelnen orientiert sich die weitere Analyse und Diskussion an folgenden, nach Studium der Literatur, selbst erarbeiteten Hypothesen:

**Hypothese 1:** Das Alter bei erstmaliger Entgiftung hängt von Variablen der Persönlichkeit ab und ist bei Personen mit starker Persönlichkeitsakzentuierung niedriger als bei Personen ohne entsprechende Persönlichkeitsakzentuierung.
**Hypothese 2:** Die Anzahl an Entgiftungsbehandlungen hängt von Variablen der Persönlichkeit ab und ist bei Personen mit starker Persönlichkeitsakzentuierung höher als bei Personen ohne entsprechende Persönlichkeitsakzentuierung.
**Hypothese 3**: Die Trinkmenge hängt von Variablen der Persönlichkeit ab und liegt bei Personen mit starker Persönlichkeitsakzentuierung höher als bei Personen ohne entsprechende Persönlichkeitsakzentuierung.
**Hypothese 4:** Die Anzahl der Abstinenztage hängt von Variablen der Persönlichkeit ab und liegt bei Personen mit starker Persönlichkeitsakzentuierung niedriger als bei Personen ohne entsprechende Persönlichkeitsakzentuierung.
**Hypothese 5:** Die Anzahl an Rückfällen hängt von Variablen der Persönlichkeit ab und ist bei Personen mit starker Persönlichkeitsakzentuierung höher als bei Personen ohne entsprechende Persönlichkeitsakzentuierung.

**Hypothese 6:** Personen mit einem späten erstmaligen Entgiftungszeitpunkt haben oft eine lange adaptierte Suchtvorgeschichte. Es sind oft schizoid akzentuierte Personen, die durch ein kritisches Lebensereignis aus der Bahn geworfen worden sind.
**Hypothese 7**: Die Persönlichkeit des Alkoholabhängigen hat einen Einfluss auf die konkrete Rückfallsituation des Betroffenen.

## 8.3 Methoden

Persönlichkeit wird in der vorliegenden Studie aus unterschiedlichen Perspektiven gesehen. Der Standpunkt der klinischen Psychologie wird über den TPF beschrieben. Der Standpunkt der klinischen Psychopathologie wird über den SKID-II erfasst. Zuletzt werden auch Trinksituationen, die im Kontext der Studie als Trinkmotivationen gedeutet werden, über das DITS-40 in die Analyse einbezogen. Insgesamt folgt die Auswertung der Daten einer Zweistufigkeit des Vorgehens:
Im ersten Schritt geht es um eine explorative Herangehensweise. Grundlegende Datenstrukturen werden beschrieben und die bedeutsamen Suchtvariablen werden herausgearbeitet.
Im zweiten Schritt wird eine Risikofaktoranalyse durchgeführt. Dabei werden die im ersten Schritt als bedeutsam erkannten Variablen dichotomisiert und in einem binär logistischen Modell neu analysiert. Prädiktoren der logistischen Modelle werden als Risikofaktoren interpretiert.

## 8.4 Stichprobe

In einem Zeitraum von Anfang Mai 2000 bis Ende April 2001 sind Personen nach abgeschlossener Entgiftung in die Stichprobe aufgenommen worden. Eingeschlossen sind Personen mit Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit nach ICD10. Ausgeschlossen sind Personen mit klinisch relevanten kognitiven Störungen und Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis.
Insgesamt sind 297 Personen in die Stichprobe aufgenommen worden. Abweichend von anderen klinischen Stichproben ist bei unserer Untersuchung der Anteil an Frauen (15,9%) niedriger. Der Mittelwert des Alters (42,9 Jahre), der Anteil arbeitsloser Personen (54,5%) und der Anteil fester Partnerschaften (49,5%) ist mit anderen Stichproben psychiatrischer Akutkliniken vergleichbar. Insgesamt entspricht die Stichprobe in ihrer soziodemographischen Zusammensetzung weitgehend vergleichbaren Stichproben psychiatrischer Akutkliniken.

## 8.5 Ergebnisse

Der Einfluss von Persönlichkeit auf den Suchtverlauf

Der Suchtverlauf ist hierbei in zwei Abschnitte zu gliedern. Ein erster präklinischer Verlaufsabschnitt vor der ersten Entgiftungsbehandlung erweist sich stark von Persönlichkeitsvariablen abhängig. Antisoziales und schizotypes Verhalten sind die stärksten Prädiktoren für einen frühen ersten Entgiftungstermin. Der spätere klinische Suchtverlauf nach der ersten Entgiftung ist deutlich weniger von Persönlichkeitsfaktoren abhängig. Einzig die Autonomiewerte nehmen mit zunehmendem Suchtverlauf in der Selbstbeurteilung zu, während die sozialen Interaktionen mit zunehmendem Suchtverlauf gleichzeitig abnehmen. Personen mit einem späten Beginn der klinischen Suchtentwicklung sind oft schizoid akzentuiert. Diese Personengruppe ist besonders Rückfall gefährdet in Bezug auf traumatische Lebensereignisse.

Der Einfluss von Persönlichkeit auf das Konsumverhalten

In Bezug auf die Trinkmenge zeigt sich eine deutliche Abhängigkeit von Persönlichkeitsvariablen. Personen mit schizoider Persönlichkeitsakzentuierung finden sich bevorzugt in der Gruppe mit hoher Trinkmenge. Für die Trinkhäufigkeit kann eine Abhängigkeit von Persönlichkeitsvariablen viel weniger deutlich gezeigt werden. Vor allem Variablen, die das Suchtverlangen beschreiben, stehen an erster Stelle der Prädiktoren.

Der Einfluss von Persönlichkeit auf den Rückfall

Personen mit vielen Rückfällen erweisen sich in ihrer Persönlichkeit vor allem als selbstunsicher. Histrionische Persönlichkeitsanteile finden sich kaum. Personen mit einem Rückfall innerhalb der Studiendauer mit erneuter Entgiftung lassen sich am besten durch expansive Persönlichkeitsanteile beschreiben. Zuletzt sind verschiedene Rückfallsituationen und der Einfluss von Persönlichkeitsvariablen auf das Rückfallgeschehen in einer konkreten Rückfallsituation untersucht worden. Auch hier zeigt sich ein breiter Einfluss von Persönlichkeitsvariablen. Beispielsweise stehen negativistische Persönlichkeitsstrukturen bei Rückfällen durch berufliche Probleme an vorderer Stelle der Prädiktoren. Bei traumatischen Lebensereignissen sind schizoid akzentuierte Personen besonders gefährdet.

## 8.6 Ausblick

Historisch gesehen wird innerhalb der Persönlichkeitsforschung immer stärker ein Richtungswechsel der Fragestellung deutlich. Der Weg führt weg von der Persönlichkeit als Ursache süchtigen Verhaltens. Die moderne Persönlichkeitsforschung in der Suchtmedizin versteht Persönlichkeit als Therapie modifizierende Variable. Abhängig von Persönlichkeitsgesichtspunkten erfolgt die Planung einer differentiellen, mehrdimensionalen Pharmakotherpie und Psychotherapie. Es geht um das Ziel einer besseren Anpassung von Person und Behandlung. Die vorliegende Studie zeigt einen Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren in unterschiedlichen Bereichen des Suchtverhaltens auf. Aufbauend auf den hier vorgelegten Ergebnissen stellt sich die Frage nach Differentialindikationen für Psycho- und Pharmakotherapie abhängig von Persönlichkeitsfaktoren. Dies wäre in weiteren Studien zu untersuchen

# 9. Anhang

## 9.1 Skaleninterpretation von DITS-40, TPF, SKID-II und Zufriedenheiten.

### 9.1.1 DITS-40

Im Einzelnen bedeuten die Skalenachsen des DITS-40:

Unangenehme Emotionen: fasst in der Kurzform 7 Items zusammen. Es handelt sich um Zustände der Depression und Angst als Trinkmotiv. Charakteristisch ist folgender Item: „Im letzten Jahr trank ich exzessiv Alkohol, wenn ich das Gefühl hatte, dass es keinen Ausweg mehr gab."

Körperliches Unwohlsein: fasst 4 Items zusammen. Es handelt sich um Zustände körperlichen Unwohlseins als Trinkmotiv. Charakteristisch ist folgender Item: „Im letzten Jahr trank ich exzessiv Alkohol, wenn mir übel war."

Angenehme Emotionen: fasst 4 Items zusammen. Es handelt sich um angenehme Gefühlszustände als Trinkmotiv. Charakteristisch ist folgender Item: „Im letzten Jahr trank ich exzessiv Alkohol, wenn alles gut lief."

Kontrolltest: fasst 4 Items zusammen. Es handelt sich um Situationen, in denen geprüft wird, ob überhaupt eine Abhängigkeit vorliegt. Charakteristisch ist folgender Item: „Im letzten Jahr trank ich exzessiv Alkohol, wenn mir der Gedanke kam, dass ich eigentlich nicht von Alkohol abhängig sei."

Versuchung und Verlangen: fasst 4 Items zusammen. Es handelt sich um Verführungssituationen. Charakteristisch ist folgender Item: „Im letzten Jahr trank ich exzessiv Alkohol, wenn ich eine Flasche meines Lieblingsgetränks geschenkt bekam."

Konflikte mit anderen: fasst 9 Items zusammen. Es handelt sich um konflikthafte Situationen. Interpersonelle Konflikte in verschiedenen Bereichen werden hier erfasst. Charakteristisch ist folgender Item: „Im letzten Jahr trank ich exzessiv Alkohol, wenn mich jemand kritisierte."

Sozialer Druck: fasst 4 Items zusammen. Es handelt sich um Situationen, in denen mit einem „Nein" zum Alkohol eine Außenseiterrolle verbunden ist. Charakteristisch ist folgender Item: „Im letzten Jahr trank ich exzessiv Alkohol, wenn ich auf einer Party oder Feier war und andere tranken."

Angenehme Situationen mit Anderen: fasst 4 Items zusammen. Schwerpunktmäßig geht es um Situationen, in denen getrunken wird, die mit anderen Menschen zusammen verbracht werden und die mit Spaß und Freude verbunden sind. Charakteristisch ist folgender Item: „Im letzten Jahr trank ich exzessiv Alkohol, wenn ich mit Freunden ausging und mehr Spaß haben wollte."

Wertebereich der Skalen des DITS-40:

Innerhalb der Studie werden Skalenindizes verwendet.

Skalenindex = (Rohwert/maximaler Wert der jeweiligen Skala) x 100.

Auf diese Weise reicht der Wertebereich aller DITS-40 Skalen von 0 bis 100.

### 9.1.2TPF

Im einzelnen bedeuten die Achsen des TPF:

Verhaltenskontrolle :

Hohe Werte bedeuten Vorsicht, Überlegung, Planung, Kontrolle, Bedächtigkeit, Meidung unbekannter Situationen.

Seelische Gesundheit:

Hohe Werte bedeuten Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen, hohe Lebenszufriedenheit, Selbstsicherheit, Durchsetzungsfähigkeit, Willensstärke, Aktivität, Optimismus, gute körperlich-seelische Verfassung, Leistungsorientierung.

Sinnerfülltheit versus Depressivität:

Hohe Werte bedeuten: Hohe Lebenszufriedenheit, frei von Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit. Frei von Schuldgefühlen, Gefühl sozialen Verbundenseins, Gefühl von anderen verstanden und akzeptiert zu werden. Selbstsicherheit. Das Leben erscheint sinnvoll.

Selbstvergessenheit versus Selbstzentrierung:

Hohe Werte bedeuten: Grübelt wenig, ist wenig besorgt um die Zukunft, ist wenig ängstlich, hat ein ausgefülltes Leben.

Beschwerdefreiheit versus Nervosität:

Hohe Werte bedeuten: Fühlt sich körperlich wohl, fühlt sich gesund, hat kaum körperliche Beschwerden, ist relativ frei von Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, fühlt sich Anforderungen gewachsen, hat keine Sorgen um den Gesundheitszustand.

Expansivität:

Hohe Werte bedeuten: Gute Durchsetzungsfähigkeit, Selbstsicherheit, Entscheidungssicherheit, Leistungsorientierung, Freiheit von Hemmungen.

Autonomie:

Hohe Werte bedeuten: Trifft Entscheidungen gerne selbständig, löst Probleme gerne selbständig, übernimmt Verantwortung, ist risikobereit, geht gerne eigene Wege.

Selbstwertgefühl:

Hohe Werte bedeuten: Findet sich sympathisch und liebenswert, hat viel Selbstvertrauen, ist häufig unbeschwert und gut aufgelegt, ist zufrieden mit sich und dem Leben, ist ruhig und ausgeglichen. Unbekümmert.

Liebesfähigkeit:

Hohe Werte bedeuten: Ist interessiert am Wohlergehen anderer Menschen, kann sich gut in andere einfühlen, ist hilfsbereit, ist rücksichtsvoll, nimmt regen Anteil am Leben von Freunden, ist gesellig.

Wertebereich der Skalen des TPF:

Innerhalb der Studie werden die alters- und geschlechtsadaptierten T-Werte verwendet. In der Größenordnung liegt der Wertebereiche der jeweiligen Skala in einem Bereich zwischen 0 und 100.

### 9.1.3SKID-II

Zur inhaltlichen Interpretation der Achsen des SKID-II: .

Eine prägnante Formulierung jener Persönlichkeitsstile findet sich im dimensionalen Modell der Persönlichkeitsstörungen von Oldham & Morris (1995).

Zunächst soll eine prägnante Formulierung des Persönlichkeitsstils in Anlehnung an das Modell von Oldham & Morris vorgestellt werden. Anschließend werden stellvertretend einige SKID-II Merkmale aufgeführt. Diese sind unmittelbar an das DSM-IV angelehnt.

Hohe Werte bedeuten jeweils die starke Ausprägung entsprechender Merkmale.

Selbstunsicher:

Persönlichkeitsstil nach Oldham & Morris: selbstkritisch, vorsichtig.

SKID-II Merkmale:

Zentral ist eine stärkere Angst vor Kritik, Ablehnung oder Zurückweisung.

Im Selbstbild dominieren ein Gefühl der Minderwertigkeit, der Unbeholfenheit und Unattraktivität.

Im sozialen Verhalten zeigt sich Vermeidung, insbesondere von Risiken und Hemmung.

Dependent:

Persönlichkeitsstil nach Oldham & Morris: anhänglich, loyal.

SKID-II Merkmale:

Zentral ist die Angst, verlassen zu werden und die Angst, die Fürsorge und Unterstützung einer engen Bezugsperson zu verlieren.
Im Selbstbild dominiert ein mangelndes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die eigene Urteilsfähigkeit.
Im sozialen Verhalten wird alles Erdenkliche getan, um die Versorgung und Zuwendung anderer zu erhalten. Dies geht bis zur freiwilligen Übernahme unangenehmer Tätigkeiten.
Zwanghaft:
Persönlichkeitsstil nach Oldham & Morris: gewissenhaft, sorgfältig.
SKID-II Merkmale:
Zentral ist eine überhöhte Gewissenhaftigkeit sowie Skrupel und starre Ansichten zu Moral, Ethik oder Werten.
Im Gesamtbild werden Arbeit und Produktivität über Freizeit und zwischenmenschliche Aktivitäten gestellt.
In der sozialen Interaktion finden sich Sturheit, Rigidität und Perfektionismus. Dies äußert sich in einer verminderten Fähigkeit, Aufgaben zu delegieren und mit anderen zusammenzuarbeiten.
Negativistisch = passiv aggressiv:
Persönlichkeitsstil nach Oldham & Morris: kritisch, zögerlich.
SKID-II Merkmale:
Zentral ist eine passive Weigerung gegenüber alltäglichen sozialen oder beruflichen Anforderungen.
Bei äußerlicher Anpassung findet sich Neid, Missgunst, Empfindlichkeit gegenüber Kritik und die Klage über persönliches Unglück.
Häufig zeigt sich ein Schwanken zwischen aggressiver Trotzhaltung und Reue.
Depressiv:
Persönlichkeitsstil nach Oldham & Morris: keine Beschreibung.
SKID-II Merkmale:
Zentral ist eine dauerhafte Stimmung der Niedergeschlagenheit und Freudlosigkeit.
Im Selbstbild findet sich ein geringes Selbstwertgefühl mit kritischer, selbstanklagender und herabsetzender Haltung gegenüber sich selbst. Charakteristisch sind Schuld- und Reuegefühle.
Im Verhalten zeigt sich ein ständiges Grübeln und eine pessimistische Grundhaltung.
Paranoid:
Persönlichkeitsstil nach Oldham & Morris: wachsam, misstrauisch.
SKID-II Merkmale:

Zentral ist die Wahrnehmung von Angriffen gegen die eigene Person, die anderen nicht ersichtlich sind. Folge sind Zweifel an der Vertrauenswürdigkeit anderer und Verdächtigungen gegenüber anderen.
Im sozialen Verhalten zeigt sich ein nur zögerliches Anvertrauen gegenüber anderen Menschen. Es findet sich ein extrem nachtragendes Verhalten.

Schizotypisch:

Persönlichkeitsstil nach Oldham & Morris: ahnungsvoll, sensibel.

SKID-II Merkmale:

Zentral sind ungewöhnliche Sinneswahrnehmungen bis zu Illusionen, seltsame Überzeugungen und magische Denkinhalte, die das Handeln beeinflussen und nicht mit Normen kultureller Untergruppen vereinbar sind.
Im sozialen Kontakt zeigen sich ausgeprägte soziale Ängste, die weniger auf eine übertriebene Selbstkritik, als vielmehr auf Argwohn und paranoide Vorstellungen zurückzuführen sind.
Dies führt dazu, dass keine guten Freunde oder vertrauten Personen (außer Verwandten ersten Grades) vorhanden sind.

Schizoid:

Persönlichkeitsstil nach Oldham & Morris: zurückhaltend, einsam.

SKID-II Merkmale:

Zentral ist ein Gefühl der Gleichgültigkeit, der Distanziertheit gegenüber Beziehungen, Lob oder Kritik.
Im sozialen Verhalten werden fast immer Aktivitäten gesucht, die allein ausgeführt werden können.

Histrionisch:.

Persönlichkeitsstil nach Oldham & Morris: expressiv, emotional.

SKID-II Merkmale:

Zentral ist ein Verhalten, das die eigene Person überwiegend in den Mittelpunkt stellt. Gefühle, Sprache, äußeres Erscheinungsbild folgen diesem Leitmotiv.

Narzisstisch:

Persönlichkeitsstil nach Oldham & Morris: ehrgeizig, selbstbewusst.

SKID-II Merkmale:

Zentral ist ein übertriebenes Selbstwertgefühl.
Im Denken finden sich Phantasien über Erfolg, Macht, Brillianz und persönliche Einzigartigkeit.
Im sozialen Kontakt zeigen sich oft arrogante, überhebliche Verhaltensweisen und ein mangelndes Einfühlungsvermögen in die Gefühle und Bedürfnisse anderer.

Borderline:

Persönlichkeitsstil nach Oldham & Morris: sprunghaft, spontan.

SKID-II Merkmale:

Zentral ist eine Instabilität im Bereich der Affektivität wie der Impulskontrolle.

Im Selbstbild findet sich eine Identitätsstörung im Sinne von instabilem Selbstbild und instabiler Selbstwahrnehmung. In diesem Zusammenhang finden sich Gefühle der inneren Leere.

Im sozialen Verhalten finden sich verzweifelte Versuche, tatsächliches oder vorgestelltes Verlassensein zu vermeiden. In diesem Zusammenhang finden sich selbstschädigende Verhaltensweisen. Weiterhin findet sich oft unangemessene, sehr heftige Wut, sowie teilweise dissoziative Symptome.

Antisozial:

Persönlichkeitsstil nach Oldham & Morris: abenteuerlich, risikofreudig.

SKID-II Merkmale:

Zentral ist ein rücksichtsloses, reueloses Verhalten, das außerhalb gesellschaftlicher Normen im Sinne von gesetzestreuem Verhalten steht.

Im einzelnen wird die eigene Sicherheit und die Sicherheit anderer missachtet durch Lügen, Stehlen oder körperliche Misshandlung. Bei impulsivem Verhalten fehlt die Fähigkeit, vorauszuplanen oder Verantwortung zu übernehmen.

Wertebereich der Skalen des SKID-II:

Innerhalb der Studie werden Skalenindizes verwendet.

Skalenindex = (Rohwert/maximaler Wert der jeweiligen Skala) x 100.

Auf diese Weise reicht der Wertebereich aller SKID-II Skalen von 0 bis 100.

### 9.1.4Zufriedenheiten

Zur inhaltlichen Interpretation der Zufriedenheitsskalen:

Folgende Bereiche werden erfasst:

Zufriedenheit mit …

- Beruf
- der Partnerbeziehung
- dem Freundeskreis
- der Freizeit
- der Gesundheit
- dem Leben allgemein

Weiterhin wird Langeweile erfasst.

Wertebereich der Zufriedenheitsskalen:

Der Wertebereich aller Skalen liegt zwischen 1 und 6.

„1“ bedeutet jeweils „sehr zufrieden“.

„6“ bedeutet jeweils „sehr unzufrieden“.

## 9.2Gütekriterien logistischer Modelle

**Tabelle 9.2.1 Zielvariablen und wichtige Kenngrößen - erstens: Variablen des Suchtverhaltens**

| Zielvariable, (n ) | Merkmalscodierung | Gültige Prozente | Klassifikation in % |
|---|---|---|---|
| Alter bei Erstentgiftung -jung, (n=297) | 0: über 25 | 91,0 | 77,1 |
| | 1: bis 25 | 9,0 | 76,2 |
| | Gesamt | 100,0 | 77,0 |
| | | | |
| Alter bei Erstentgiftung -alt, (n=297) | 0: <55 | 87,5 | 89,9 |
| | 1: >=55 | 12,5 | 90,5 |
| | Gesamt | 100,0 | 90,0 |
| | | | |
| Häufigkeit von Entgiftungen -wenige, (n=297) | 0: Erstentgiftung | 44,4 | 77,8 |
| | 1: Mehfachentgiftung | 55,6 | 77,8 |
| | Gesamt | 100,0 | 77,8 |
| | | | |
| Häufigkeit von Entgiftungen -viele, (n=297) | 0: < 10 Entg. | 90,2 | 79,6 |
| | 1: 10+ Entgiftungen | 9,8 | 82,6 |
| | Gesamt | 100,0 | 79,9 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| **Fortsetzung von Tabelle 9.2.1** | | | |
|---|---|---|---|
| Die Trinkmenge -hoch, (n=297) | 0: <500 g Alk/d | 88,1 | 80,0 |
| | 1: >=500 g Alk/d | 11,9 | 80,6 |
| | Gesamt | 100,0 | 80,1 |
| | | | |
| Abstinenz -viele Tage, (n=297) | 0: < 150 Tage | 89,9 | 78,4 |
| | 1: >=150 Tage | 10,1 | 78,6 |
| | Gesamt | 100,0 | 78,4 |
| | | | |
| Anzahl der Rückfälle -viele, (n= 165) | 0: bis 9 Rückfälle | 83,3 | 83,3 |
| | 1: 10 und mehr Rückfälle | 16,7 | 82,6 |
| | Gesamt | 100,0 | 83,2 |

**Tabelle 9.2.2 Zielvariablen und wichtige Kenngrößen – zweitens: Rückfallsituationen**

| Zielvariable, (n) | Merkmalscodierung | Gültige Prozente | Klassifikation in % |
|---|---|---|---|
| Gesundheitliche Veränderungen, (n=165) | 0: Rückfall -nein | 69,7 | 73,9 |
| | 1: Rückfall -ja | 30,3 | 75,0 |
| | gesamt | 100,0 | 74,2 |
| | | | |
| Konflikte in der Partnerschaft (n=165) | 0: Rückfall -nein | 64,8 | 70,7 |
| | 1: Rückfall -ja | 35,2 | 68,9 |
| | gesamt | 100,0 | 70,1 |
| | | | |
| Berufliche Veränderungen (n=165) | 0: Rückfall -nein | 64,2 | 75,9 |
| | 1: Rückfall -ja | 35,8 | 77,3 |
| | gesamt | 100,0 | 76,4 |
| | | | |
| Individuell Private Umbrüche (n=165) | 0: Rückfall -nein | 71,5 | 78,7 |
| | 1: Rückfall -ja | 28,5 | 76,3 |
| | gesamt | 100,0 | 78,0 |
| | | | |
| | | | |

| **Fortsetzung von Tabelle 9.2.2** | | | |
|---|---|---|---|
| Weihnachten, Neujahr, Familienfeste (n=165) | 0: Rückfall -nein | 70,3 | 68,7 |
| | 1: Rückfall -ja | 29,7 | 70,3 |
| | gesamt | 100,0 | 69,2 |
| | | | |
| Traumatisches Lebensereignis (n=165) | 0: Rückfall -nein | 81,8 | 69,9 |
| | 1: Rückfall -ja | 18,2 | 70,8 |
| | gesamt | 100,0 | 70,1 |

***Erläuterung der Gütekriterien***:

- Fläche unter der ROC-Kurve:
  Maß für die Diskriminationsgüte bzw. Prognosegüte eines Modells. Ein ROC-Wert von 1 gibt eine optimale Diskrimination an. Alle Fälle werden bei einem ROC-Wert von 1 richtig klassifiziert.
- Hosmer Lemeshow Test:
  Maß für die Adäquatheit eines Modells. Beobachtete und prognostizierte Werte werden verglichen. Ziel ist, dass sich diese Werte möglichst wenig unterscheiden. Dies ist dann der Fall, wenn kein signifikanter Unterschied zwischen beobachteten und prognostizierten Werten auftritt. Bei einem festgelegten Signifikanzniveau sollte der Hosmer Lemeshow Test oberhalb dieses Wertes liegen.
- Nagelkerke R-Quadrat:
  Es liegt eine gewisse Ähnlichkeit zum Bestimmtheitsmaß linearer Regressionen vor. Der Anteil der erklärten Varianz der Zielgröße wird hierbei angegeben und erreicht im optimalen Fall den Wert 1. Allerdings liegt noch eine Abhängigkeit von der Häufigkeit des Eintretens des Zielereignisses vor. In der Modell- Diskussion wird der Verlauf der Nagelkerke Werte herangezogen, um die Güte eines Modells zu beurteilen. Das Modell ist am optimalsten, das einen möglichst hohen Nagelkerke Wert aufweist.
- Klassifikation:
  Entscheidend ist, dass nicht nur auf die Gesamtklassifikation geachtet wird. Es sollten möglichst ähnliche Klassifikationsraten für die beiden Referenzgruppen erreicht werden.

**Tabelle 9.2.3 Gütekriterien binär logistischer Modelle – erstens: Variablen des Suchtverhaltens**

| Zielvariable | Klassifikation Gesamt in % | Nagelkerkes R-Quadrat | Hosmer Lemeshow Signifikanz | Fläche unter ROC |
|---|---|---|---|---|
| Alter bei Erstentgiftung - jung | 77,0 | ,215 | ,360 | ,807 |
| Alter bei Erstentgiftung -alt | 90,0 | ,541 | ,277 | ,904 |
| Anzahl von Entgiftungen -Erst/Mehrfach | 77,8 | ,370 | ,083 | ,815 |
| Anzahl von Entgiftungen <10/≥10 | 79,9 | ,437 | ,822 | ,887 |
| Trinkmenge | 80,1 | ,411 | ,516 | ,858 |
| Trinkhäufigkeit -lange Abstinenz | 78,4 | ,324 | ,184 | ,849 |
| Trinkhäufigkeit -kurze Abstinenz | 66,8 | ,173 | ,346 | ,723 |
| Anzahl Rückfälle | 83,2 | ,564 | ,974 | ,868 |

**Tabelle 9.2.4 Gütekriterien binär logistischer Modelle – zweitens: Rückfallsituationen**

| Zielvariable | Klassifikation Gesamt in % | Nagelkerkes R-Quadrat | Hosmer Lemeshow Signifikanz | Fläche unter ROC |
|---|---|---|---|---|
| gesundheitliche Veränderungen | 74,2 | ,312 | ,484 | ,771 |
| Konflikte in der Partnerschaft | 70,1 | ,259 | ,684 | ,715 |
| berufliche Veränderungen | 76,4 | ,441 | ,531 | ,720 |
| individuell private Umbrüche | 78,0 | ,393 | ,911 | ,820 |
| Weihnachten Neujahr Familienfeste | 69,2 | ,235 | ,885 | ,693 |
| Traumatische Lebensereignisse | 70,1 | ,247 | ,221 | ,741 |

## 9.3 alternative Modelle des Abstinenzverhaltens

**Tabelle 9.3.1 alternatives Modell für kurze Abstinenz unter Einschluss von Covariaten**

| Zielvariable | Klassifikation Gesamt in % | Nagelkerkes R-Quadrat | Hosmer Lemeshow Signifikanz | Fläche unter ROC |
|---|---|---|---|---|
| Kurz trocken (≤ 7Tage) | 68,9 | ,154 | ,248 | ,719 |
| | | | | |
| **Variablen in der Gleichung** | **RegressionskoeffizientB** | **Wald** | **Sig.** | **Exp(B)** |
| Unangenehme Emotionen | 0,026 | 13,755 | 0,000 | 1,026 |
| Histrionisch | 0,017 | 4,521 | 0,033 | 1,017 |
| Konstante | -2,965 | 47,511 | 0,000 | 0,052 |

**Tabelle 9.3.2 alternatives Modell für lange Abstinenz unter Einschluss von Covariaten**

| Zielvariable | Klassifikation Gesamt in % | Nagelkerkes R-Quadrat | Hosmer Lemeshow Signifikanz | Fläche unter ROC |
|---|---|---|---|---|
| Lange trocken (≥ 150 Tage) | 79,4 | ,406 | ,076 | ,852 |
| **Variablen in der Gleichung** | | | | |
| | RegressionskoeffizientB | Wald | Sig. | Exp(B) |
| Unangenehme Emotionen | -0,049 | 15,596 | 0,000 | 0,952 |
| Alter bei Erstentgiftung | -0,088 | 10,296 | 0,001 | 0,916 |
| Angenehme Emotionen | -0,038 | 9,089 | 0,003 | 0,963 |
| Verhaltenskontrolle | -0,066 | 3,817 | 0,051 | 0,936 |
| Alkohol pro Tag in g | 0,002 | 3,197 | 0,074 | 1,002 |
| Konstante | 6,277 | 7,101 | 0,008 | 532,286 |

# Literatur


1. Acevedo A, Elder I, Harrison A: A Failure to Find Empirical Support for Beardslees and Vaillants Prediction about Alcoholism. Journal of Clinical Psychology 1988; *44*: 837-841

2. Annis, H.M., Graham, J.M. & Davis, C.S. (1987). Inventory of Drinking Situations (IDS) user´s guide. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.

3. Antons K: Persönlichkeitsmerkmale des Süchtigen. Ursachen oder Folgen? In: Keup (Hrsg): Sucht als Symptom. Stuttgart: Thieme, 1981; 38-43.

4. Babor T, Hofman M, DelBoca FK, et al: Types of Alcoholics. I. Evidence for an Empirically Derived Typology Based on Indicators of Vulnerabilyty and Severity. Archieves of General Psychiatry 1992; *49*: 599-608.

5. Barnes GE: The Alcoholic Personality. Journal of Studies on Alcohol 1979; *40*: 571-634

6. Becker P., Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF, Handanweisung, Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen 1989

7. Bronich T., D (1999). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. PTT Sonderband, Grundlagen, Modelle, therapeutische Konzepte. S 5 –15.

8. Cloninger CR, Bohman M, Sigvarddson S: Inheritance of Alcohol Abuse- Cross-fostering Analysis of Adopted Men. Archieves of General Psychiatry 1981*; 38*: 861-868.

9. Cloninger CR, Reich T, Yokoyama S (1983). Genetic diversity, genome organisation, and investigation of the etiology of psychiatric diseases. Psychiatric Developments, *3*, 225-246.

10. Cloninger CR, Sigvardson S, Bohman M (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, *12*, 494-503.

11. Cloninger CR (1987) Neurogenetic adapive mechanisms in alcoholism. Science *236*: 410-416

12. Cloninger CR (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants. Arch Gen Psychiatry *44*: 573-588

13. Cloninger CR (1990) Genetic epidemiology of alcoholism: observations critical in the design and analysis of linkage studies. In: Cloninger CR, Begleiter H (eds) Genetics and biology of alcoholism. Banbury Report *33,* Cold Spring Harbour Laboratory Press, pp 105-13

14. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM (1991) The Tridimensional Personality Questionaire: U.S normative data. Psychol *69*: 1047-1057

15. Cloninger CR, Sigvardsson S, Knorring A-L von , Bohman M (1988) The Swedish Studies of the adopted children of alcoholics. J Stud Alcohol *49*: 516-521

16. Cloninger CR, Stallings MC (1995) Carving nature at its joints: the causal architecture of psychopathology. Arch Gen Psychiatry

17. Cloninger CR, Svracic DM, Przybeck TR (1993) A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry *50:* 975-990.

18. Demel I: Veränderungen des Persönlichkeitsprofils von Alkoholikern unter Abstinenzbedingungen. Klinische Psychologie 1974; *3*: 221-237.

19. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg) (1992). Dokumentationsstandarts 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg: Lambertus.

20. Drake R (1987). Predicting alcoholism in a 33 year follow- up of adolescent children of alcoholism. Presented at the Joint Meeting of the Research Society on Alcoholim and the Communitee on Problems of Drug Dependence. Philadelphia.

21. Driessen, M., Hill, A. Persönlichkeitsstörungen und Alkoholismus, Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie *3/98*, 112-118.

22. Driessen M., Veltrup C., Zur Bedeutung des Alters bei Beginn des chronischen Alkoholismus. Psychiatrische Praxis 1994; *21*: 24-28.

23. Driessen M, (1996). Psychiatrische Komorbidität des chronischen Alkoholismus und Verlauf der Abhängigkeit. Unveröffentlichte Habilitationsschrift. Lübeck: Medizinische Universität.

24. Driessen M, Veltrup C, John U, Wetterling T, Dilling H (1998). Axis- I and Axis -II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. Alcohol Clin Exp Res *22*:77-86.

25. Driessen M, Arolt V, John U, Veltrup C, Dilling H: Psychitric Comorbidity in Hospitalized Alcoholics after Detoxification Treatment. European Addiction Research 1996; *2*: 17-23.

26. Eysenck HJ, Eysenck SBG (1975). Manual of the Eysenck Personality Questionaire. Stoughton: Holder.

27. Fiedler P. Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen, Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 2000.

28. Fiedler P., Persönlichkeitsstörungen, 3. aktualisierte Auflage 1997, Psychologie Verlag Union, Weinheim.

29. Fydrich T., Schmitz B., Hennsch Ch., Bodem M., Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. In: Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K. Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie, Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1996.

30. Gilligan SB, Reich T, Cloninger CR. Alcohol-related symptoms in heterogeneous families of hospitalized alcoholics. Alcoholism 1988: *12*: 671-678.

31. Gilligan SB, Reich T, Cloninger CR. (1987) Etiological heterogenity in alcoholism. Genet Epidemiol *4*: 395 -414

32. Harford TC, Parker DA (1994). Antisocial bahavoiour, family history, and alcohol dependence symptoms. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, *18*, 265-268.

33. Harford TC, Parker DA, Grant BF (1992). Family history, alcohol use and dependence symptoms among young adults in the United States. Alcoholim: Clinical and Experimental Research, *16 (6)*, 1042-1046.

34. Harten R, Röhling P: Gibt es eine Suchtpersönlichkeit? In: Harten R, Röhling P, and Stender KP (Hrsg): Gibt es eine Suchtpersönlichkeit? Hamburg: Neuland, 1987; 103-110

35. Heath AC, Meyer J, Eaves LJ, Martin NG (1991) The inheritance of alcohol consumption patterns in a general population twin sample: I multidimensional scaling of quantity/frequency data. J Stud Alcohol *52*: 345-351

36. Heath AC, Meyer J, Jardine R, Martin NG (1991) The inheritance of alcohol consumption patterns in a general population twin sample: II determinants of consumption frequency and quantity consumed. J Stud Alcohol *52*: 425-433

37. Heath AC, Cloninger CR, Martin NG (1994) Testing a model for the genetic structure of personality: a comparison of the personality systems of cloninger and Eysenck. J Pers Soc Psychol *66*: 762-775.

38. Hechtman, L., Weiss, G., Perlman, T., & Amsel, R. (1984). Hyperactives as young adults: Initial predictors of adult outcome. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, *23 (3)*, 250-260.

39. Heyne, A., May, T., Goll, P., Wolffgramm, J. Persisting consequences of drug intake: towards a memory of addiction. J Neural Transm 2000; *107*: 613-638.

40. Holmes TH, Rahe RH (1967), The Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research. Vol II, pp 213-218.

41. Irwin M, Schuckit M, Smith TL: Clinical Importance of Age at Onset in Type 1 and Type 2 Primary Alcoholics. Archieves of General Psychiatry 1990; *47*: 320-324.

42. Kammeier Ml, Hoffman H, Loper RG: Personality Characteristics of Alcoholics as College Freshman and at time of treatment. Quaterly Journal of Studies on Alcohol 1973; *34:* 390-399.

43. Keller, M (1972) The oddities of alcoholics. QJSA *33*: 1147-1148

44. Knorring L von, von Knorring AL, Smigan L, Lindberg U, Edholm M : Personality Traits in Subtypes of Alcoholics. Journal of Studies on Alcohol 1987; *48*: 523-527.

45. Knorring L von, Palm U, Anderson HE. Relationship between treatment outcome and subtype of alcoholism in men. J. Stud Alcohol *46*: 388-391, 1985

46. Knorring L von, Oreland L, Winbad B. Personality traits related to monoamine oxidase (MAO) in platelets. Psychiat. Res. *12*: 11-26, 1984

47. Körkel J., Kruse G.(1997) Mit dem Rückfall leben. Abstinenz als Allheilmittel? Psychiatrie Verlag.

48. Küfner H : Zur Persönlichkeit von Alkoholabhängigen. In: Kirschewski E (Hrsg): Alkoholismus-Therapie. Kassel: Nicol- Verlag, 1981; 23-39

49. Lachner G. , Wittchen H.U., Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale, in: Watzl H. , Rockstroh B (Hrsg), (1997) ,Abhängigkeit und Missbrauch, Hogrefe.

50. Lemere, F (1956) The nature and significance of brain damage from alcoholism. Amer. J.Psychiat. *113*: 361-362

51. Lindenmeyer J. (1999), Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie, Hogrefe

52. MacAndrew C: Evidence for the Presance of Two Fundamentally Different Age-Independent Characterological Types within UnselectedEd Runs of Male Alcohol and Drug Abusers. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1979; *6*: 207-221.

53. Marlatt, G.A. (1985): Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In G. A. Marlatt & J.R. Gordon (Eds), Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours (pp 3-70). New York: Guilford.

54. Nerviano VJ, Gross HW: Personality Types of Alcoholics on Objective Inventories. A Review. Journal of Studies on Alcohol 1983; *44*: 837-851.

55. Nerviano VJ: Personality Patterns of Alcoholics Revisited: Delineation Against the MMPI and Clinical Implications. International Journal of Addiction 1981; *16:* 723-729.

56. Nordström G, Berglund M: Type 1 and Type 2 Alcoholics (Cloninger & Bohman) have different Patterns of Successful long-term Adjustment. British Journal of Addiction 1987; *82*: 761-769.

57. Prochaska, J.O., Diclemente, C.C. & Norcross J.C. (1992): Jn search of how people change. American Psychologist, *37,* 1102-1114.

58. Schindler D. (1993): Empirische Analyse des Rückfallgeschehens bei jungen Alkoholabhängigen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Ev. Fachhochschule Nürnberg.

59. Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K. Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie, Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1996.

60. Schuckit, M.A. (1973). Alcoholism and sociopathy – diagnostic confusion. Quaterly Journal of Studies on Alcohol, *34,* 157-164.

61. Schuckit, M.A., (1984). Drug and alcohol abuse: A clinical guide to diagnosis and treatment, 2nd edition. New York: Plenum Press.

62. Schuckit, M.A., & Haglund, R.M.J. (1982). An overview of the etiological theories on alcoholism. In: N.J.Estes, E. Heinemann (Eds.), Alcoholism: Development, consequences, and interventions. In, (pp. 16-31). St Louis: C.V. Mosby.

63. Schuckit MA, (1985), The clinical Implications of Primary Diagnostic Groups Among Alcoholics. Archieves of General Psychiatry 1985; *42*: 1043-1049

64. Schuckit MA (1985). Studies of populations at high risk for alcoholim. Psychiatric Development, *3*, 31-63.

65. Soyka M (1995) Die Alkoholkrankheit- Diagnostik und Therapie. Chapman & Hall, Weinheim

66. Stone, M.H. (2001), Langzeitstudien über Persönlichkeitsstörungen, Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie, Komorbidität, Prädiktoren, Verläufe, *Heft 4/2001*, 237-247.

67. Tarter RE, Hegedus AM, Gavaler JS (1985). Hyperactivity in sons of alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, *46 (3),* 259-261.

68. Tarter RE, McBride H, Bounpane N, Schneider DU (1977). Differentiation of alcoholics. Childhood history of minimal brain dysfunction, family history, and drinking patterns. Archives of General Psychiatry, *34*, 761-768.

69. Vaillant, G.E. (1984). The course of alcoholism and lessons for treatment. In L.Grinspoon (Ed.), Psychiatry update (pp 311-319), Washington: American Psychiatric Press.

70. Vaillant GE, Milkovsky ES (1982). The etiology of alcoholism: a prospective viewpoint. American Journal of Psychology, *37*, 494-502.

71. Victorio-Estrada, A. (1993). Risikosituationen bei Personen mit Alkoholabhängigkeit und alkoholmißbrauch. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Koeln, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät.

72. Victorio-Estrada, A.V., Mucha, R.F.& Stephan, E.R.(1995). Erfassung von Trinksituationen mit dem DITS. Sucht, *41 (6)*, 408-417.

73. Victorio-Estrada, A.V., Mucha, R.F. & Stephan, E.R. (1996). Excessive drinking situations in German alcoholics: replication of a three-factor model used for North americans. Drug and Alcohol Dependence, *41 (1*), 75-79.

74. Werner LJ, Broida JP (1991). Adult self-esteem and locus of control as a function of familial alcoholism and dysfunction. Journal of studies on Alcohol, *52 (3)*, 249-252.

75. Weijers HG, Wiesbeck GA, Boning J. Temperament- and character traits as well as trait patterns in alcoholic men and controls, Nervenarzt 1999 Nov; 70 *(11)*; 998-1008.

76. Weijers HG, Wiesbeck GA, Keller H, Michel T, Böning J, (2002), Psychologische Merkmale der Persönlichkeit als Rückfallprädiktoren bei Alkoholismus, in: „Alkohol, Nikotin, Kokain und kein Ende?“ Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts. 14. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht), Pabst Science Publishers, 2002: 121-124.

77. Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II). Deutsche Bearbeitung. Göttingen: Hogrefe.

78. Wolffgramm J, Abhängigkeitsentwicklung im Tiermodell, in:Watzl H, Rockstroh B, Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen, Hogrefe 1997.

79. Wolffgramm, J. (1990). Free choice ethanol intake of laboratory rats under different social conditions. Psychopharmacology, *101*, 233-239.

80. Wolffgramm, J. (1991). Die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit im Tiermodell. Wechselwirkungen zwischen sozialen Faktoren und Substanzeffekten. Habilitationsschrift, Berlin, unveröffentlicht.

81. Wolffgramm, J. & Heyne, A. (1995). From controlled drug intake to loss of contol: the irreversible developement of drug addiction in the rat. Behavioural Brain Rsearch, *70,* 77-94

82. Wolfffgramm, J Heyne, A. From controlled intake to loss of control: the irreversible developement of drug addiction in the rat. Behav Brain Res 1995; *70*: 77-94.

83. Wolffgramm, J., Galli, G, Thimm, F, Heyne, A. Animal models of addiction: models for therapeutic strategies? J Neural Transm 2000; *107*: 649-668.

# Danksagung

Mein großer Dank gilt Herrn Professor Dr. Übelhack von der Charité, der das Promotionsthema auf meinen Vorschlag hin angenommen hat. Für die kritische fachliche Begleitung und Präzisierung der Fragestellung danke ich Frau Pd Dr. Horn.
Ganz besonders möchte ich meinem Chef, Herrn Dr. Sikorski für die immerwährende Unterstützung der die Arbeit in allen Phasen ihrer Entwicklung danken.
Den Mitarbeitern der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Carl Thiem Klinikums Cottbus gilt mein Dank für ihre Unterstützung in der Phase der Untersuchung von Patienten.
Weiterhin ganz besonderer Dank gilt Herrn Dr. Gladitz in der Projektierung und späteren statistischen Auswertung der gewonnenen Daten.
Meiner Kollegin und liebsten Freundin Frau Dr. Bettina Hörtinger danke ich ganz besonders herzlich für die emotionale Unterstützung und das kritische Lesen von wichtigen Passagen der Arbeit.
Meinen Eltern danke ich für ihre selbstverständliche, stete und kontinuierliche Unterstützung meiner Aktivitäten.

## Eidestattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass die Dissertation von mir selbst und ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst worden ist, auch in Teilen keine Kopie anderer Arbeiten darstellt und die benutzten Hilfsmittel sowie die Literatur vollständig angegeben sind.

Cottbus, 08. Dezember 2004

Björn Dahlke