



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Alkoholabhängigkeit im Alter mit dem Fokus auf Frauen

Ein Vergleich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Stressbewältigung, der personellen Ressourcen und der Selbstwirksamkeitserwartung alkoholabhängiger älterer und jüngerer Frauen vor und nach einer stationären Rehabilitation

Verfasserin:

Alexandra Schlerka

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, Februar 2014

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

Danksagung

Zu Beginn möchte ich Herrn Univ.-Prof. Dr. Germain Weber und seinen Studienassistentinnen, besonders Katharina Schossleitner, meinen Dank für die kompetente Diplomarbeitsbetreuung aussprechen.

Ein großes Dankeschön geht an das Team des Anton Proksch Institut, speziell an die Abteilung I und deren Psychologinnen Team, wobei Raphaela Zeidler mein besonderer Dank gilt, da sie nicht nur eine große Unterstützung in der Auswahl der Patientinnen war, sondern mit auch immer mit Rat und Tat zur Seite stand. An dieser Stelle möchte ich mich auch bei Ramona Hack bedanken, die mir ebenfalls eine große Hilfe war.

Mein Dank gilt natürlich allen Patientinnen, die sich an der Studie beteiligt haben, ohne die das Ganze nicht möglich gewesen wäre.

Ich möchte mich bei meiner lieben Familie von ganzem Herzen bedanken, die mir immer Mut und Kraft gibt, die Dinge stets so umzusetzen, wie ich sie mir vorgenommen habe.

Ein herzliches Dankeschön an Herrn Dr. Beiglböck, ohne den die Idee zu dieser Arbeit nicht entstanden wäre, der mir immer wertvolles konstruktives Feedback entgegen gebracht hat und für jede Frage ein offenes Ohr hatte.

Auch bei Nadine Lehner und Elisabeth Zeiler möchte ich mich gerne bedanken für die geleistete Vorarbeit, die Beantwortung vieler Fragen und die nicht selbstverständliche Zurverfügungstellung ihrer Materialien.

Zu guter Letzt möchte ich meinem lieben Miroslav Jakimovski meinen großen Dank aussprechen, der mir in schweren Zeiten den Rücken stärkte, mich aufbaute, mir stets gut zusprach und viel Verständnis entgegenbrachte.

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	8
------------------	---

THEORETISCHER TEIL

KAPITEL 1 – ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

1.1 Begriffsbestimmung Alkoholismus	9
1.2 Definition und Klassifikation der Alkoholabhängigkeit	10
1.2.1 Klassifikation der Alkoholabhängigkeit im Alter.	11
1.3 Epidemiologie der Alkoholabhängigkeit mit Rücksicht auf das Alter	12
1.4 Ätiologie der Alkoholabhängigkeit	13
1.3 Alkoholabhängigkeit im Alter.....	13
1.3.1 Ursachen und Entwicklungsbedingungen.	13
1.3.2 Die Alkoholtypologie nach Droller (1964).	15
1.3.3 Charakteristika der Alkoholabhängigkeit im Alter	16
1.3.3.2 <i>Die geringe Prävalenz älterer Alkoholabhängiger.</i>	16
1.3.3.3 <i>Das unauffällige Erkrankungsbild älterer Alkoholabhängiger.</i>	16
1.3.4 Auswirkungen der Alkoholabhängigkeit im Alter.	18
1.3.4.2 <i>Somatische Folgeschäden.</i>	19
1.3.4.3 <i>Kognitive Folgeschäden.</i>	19
1.3.4.4 <i>Psychosoziale Folgeschäden.</i>	19
1.3.5 Rehabilitation älterer Alkoholabhängiger.	20
1.3.5.1 <i>Behandlungszugang älterer Alkoholabhängiger.</i>	20
1.3.5.2 <i>Altersunspezifische Behandlungsangebote.</i>	21
1.3.5.3 <i>Altersspezifische Behandlungsangebote</i>	21
1.4 Alkoholabhängigkeit bei Frauen	23
1.4.1 Epidemiologie.	23
1.4.2 Charakteristika der Alkoholabhängigkeit bei Frauen.....	25
1.4.2.1 <i>Beginn und Verlauf.</i>	25
1.4.2.2 <i>Heimlicher, unauffälliger Konsum.</i>	26
1.4.2.3 <i>Das komplexe Erkrankungsbild der alkoholabhängigen Frau.</i>	26
1.4.2.4 <i>Erhöhte Alkoholvulnerabilität von Frauen.</i>	27
1.4.2.5 <i>Der Telescoping Effekt und seine Folgen.</i>	27
1.4.2.6 <i>Erhöhter Medikamentenmissbrauch bei Frauen.</i>	27

1.4.2.7	<i>Partnerschaften von Alkoholabhängigen.</i>	28
1.4.3	Alkoholabhängigkeit bei Frauen im Alter.	28
1.4.4	Rehabilitation alkoholabhängiger Frauen.	29
1.4.4.1	<i>Behandlungszugang.</i>	29
1.4.4.2	<i>Gruppentherapie bei alkoholabhängigen Frauen.</i>	30
1.4.4.3	<i>Geschlechtsspezifische Rehabilitation am Beispiel des Anton Proksch Instituts.</i>	31
1.5	Zusammenfassung	32

KAPITEL 2 – GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT

2.1	Zur Entstehung des Begriffs Lebensqualität	33
2.2	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	33
2.3	Gesundheitsbezogene Lebensqualität im Alter	34
2.4	Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Alkoholabhängigen	35
2.5	Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Rahmen einer Rehabilitation	36
2.6	Zusammenfassung	36

KAPITEL 3 – STRESSBEWÄLTIGUNG

3.1	Definition von Stress	38
3.2	Das Kognitiv-Transaktionale Stressmodell nach Lazarus	38
3.3	Definition von Stressbewältigung	39
3.2	Stressbewältigung im Alter	39
3.3	Stressbewältigung und Alkoholabhängigkeit	40
3.4	Stressbewältigung, Alter und Alkoholabhängigkeit	41
3.5	Verbesserung der Stressbewältigung in einer Rehabilitation	41
3.6	Zusammenfassung	42

KAPITEL 4 – PERSONELLE RESSOURCEN

4.1	Einleitung	43
4.1.1	Das Salutogenese- Modell nach Antonovsky.	43
4.3	Ressourcenorientierung im Alter	43
4.3.1	Das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation.	44
4.3.2	Das Kohorten-Kontext-Reife-Herausforderungs-Modell.	44
4.4	Ressourcenorientierung in der Psychotherapie	44

4.4.1 Potentielle Ressourcen	45
4.5 Ressourcenarbeit und Alkoholabhängigkeit	46
4.6 Zusammenfassung	47

KAPITEL 5 – SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG

5.1 Die sozial-kognitive Theorie von Bandura	48
5.2 Definition der Selbstwirksamkeitserwartung	48
5.3 Entstehung der Selbstwirksamkeitserwartung	49
5.4 Selbstwirksamkeit im Alter	49
5.5 Selbstwirksamkeit im Rahmen der Alkoholabhängigkeit.....	50
5.5.1 Entstehung einer Alkoholabhängigkeit auf Grundlage der Lerntheorie.....	50
5.5.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Selbstwirksamkeit.	50
5.5.3 Selbstwirksamkeitserwartung und Rückfallgeschehen.	51
5.5.4 Selbstwirksamkeit als Mittel zur Selbstregulation.	51
5.5.5 Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung in einer Rehabilitation.....	52
5.6 Zusammenfassung	53

EMPIRISCHER TEIL

KAPITEL 6 – DARSTELLUNG DER WISSENSCHAFTLICHEN STUDIE

6.1 Zielsetzung der Studie	54
6.2 Das Anton Proksch Institut (API), Ort der Erhebung	55
6.2.1 Struktur und Organisation des API.	55
6.2.2 Behandlungsangebot – Das „Modell Kalksburg“	56
6.3 Die Teilnehmerinnen der wissenschaftlichen Studie	58
6.4 Untersuchungsdesign	59
6.5 Untersuchungsdurchführung	60
6.5.1 Erhebungsablauf.....	60
6.5.2 Ethische Kriterien.....	61

KAPITEL 7 – METHODIK

7.1 Fragestellungen und Hypothesen	63
7.1.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (gbLQ).	63
7.1.2 Personelle Ressourcen (R).	64
7.1.3 Stressbewältigung (C).	65

7.1.4 Selbstwirksamkeitserwartung (SW)	66
7.2 Beschreibung der Erhebungsinstrumente	67
7.2.1 Wortschatztest (WST)	68
7.2.2 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)	69
7.2.3 Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagement-fähigkeiten (FERUS)	71
7.2.4 Coping Behaviours Inventory – Deutsche Version (CBI-G)	73
7.2.5 Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale – Deutsche Version (AASE-G)	73
7.2.6 Beck Depressions Inventar 2 (BDI II)	74
7.2.7 Fragebogen zur persönlichen Wichtigkeit verschiedener Problembereiche im Rahmen der Abhängigkeitsentstehung (TH1) und die Berücksichtigung dieser im therapeutischen Setting (TH2)	75
7.2.8 Fragebogen zur Teilnahme an Therapieangeboten und zur Patientenzufriedenheit (TH3) ..	76
7.3 Statistische Verfahren zur Datenverarbeitung und –auswertung	76
7.3.1 Deskriptiv Statistik	77
7.3.2 Inferenzstatistik	77

KAPITEL 8 – ERGEBNISSE

8.1 Beschreibung der Stichprobe	79
8.1.1 Aufteilung in die Untersuchungsgruppen	79
8.1.2 Alter der Teilnehmerinnen	79
8.1.3 Herkunftsland	80
8.1.4 Bildungsstand	80
8.1.5 Beruf	81
8.1.6 Familienstand	82
8.1.7 Wohnsituation	83
8.1.8 Soziales Netzwerk	84
8.1.9 Hauptanstoß für die Behandlung im Anton Proksch Institut und Kontaktaufnahme	85
8.1.10 Aufenthalte in stationärer Behandlung	87
8.1.11 Beginn der Alkoholabhängigkeit	88
8.1.12 Dauer der Alkoholabhängigkeit	88
8.1.13 Abstinenz	89
8.1.14 Psychische Erkrankungen	90
8.1.15 Schwerwiegende körperliche Erkrankungen	91
8.2 Ergebnisse zu den statistischen Fragestellungen und Hypothesen	91
8.2.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität	91
7.2.2 Personelle Ressourcen	97

8.2.3 Stressbewältigung	102
8.2.4 Selbstwirksamkeitserwartung bzw. Abstinenzzuversicht	106
8.3 Analyse der Kontrollvariablen	109
8.3.1 Depression.....	109
8.3.2 Persönliche Wichtigkeit verschiedener Problembereiche im Zuge einer Alkoholabhängigkeit	110
8.3.3 Wahrgenommene Berücksichtigung der Problembereiche.	113
8.3.4 Teilnahme an therapeutischen Basis- und Zusatzangeboten.....	114
 KAPITEL 9 – INTERPRETATION UND DISKUSSION	
9.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität	120
9.2 Personelle Ressourcen.....	124
9.3 Stressbewältigung	128
9.4 Selbstwirksamkeitserwartung	131
9.5 Zusammenfassung und Fazit.....	134
 KAPITEL 10 – KRITIK UND AUSBLICK.....	
Literaturverzeichnis	142
 KAPITEL 12 – TABELLENVERZEICHNIS.....	
 KAPITEL 13 – ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	
 KAPITEL 14 – ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	
 ANHANG	
Abstract.....	162
1.1 Deutsche Version	162
1.2 English Version.....	162
Fragebogenbatterie	164
Curriculum Vitae	193
Originalitätserklärung	195

Einleitung

Die Suchtforschung hat bezogen auf Alkoholabhängigkeit in den letzten Jahrzehnten zwei bisherigen Randgruppen zunehmend Beachtung geschenkt – den Älteren und dem weiblichen Geschlecht, nicht zuletzt aufgrund des stetigen Zuwachses der älteren Bevölkerung (vgl. Mann, Laucht, & Weyerer, 2009) und der steigenden Verbreitung alkoholinduzierter Störungen bei Frauen (vgl. Uhl et al., 2009).

Die zunehmende Forschung brachte wichtige Erkenntnisse bezüglich alters- und geschlechtsspezifischer Merkmale hinsichtlich Entstehung, Ausprägung, Verlauf und Auswirkungen einer Alkoholabhängigkeit im Alter (vgl. Voßmann & Geyer, 2006) und beim weiblichen Geschlecht (vgl. Feselmayer et al., 2003) hervor. Von besonderem Interesse ist die Frage nach der Notwendigkeit spezieller gerontologischer Entzugsprogramme bzw. nach der ausreichend möglichen Berücksichtigung altersspezifischer Bedürfnisse in altersgemischten Therapieangeboten (vgl. Wolter, 2006).

Darauf Bezug nehmend soll im Rahmen der Diplomarbeit aufbauend auf der Arbeit der Kolleginnen Lehner und Zeiler (2012) ein Vergleich zwischen jüngeren und älteren alkoholabhängigen Frauen in einem altersgemischten Therapiesetting angestellt werden hinsichtlich vierer spezifischer Faktoren: Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Stressbewältigung, personelle Ressourcen und Selbstwirksamkeitserwartung.

Im theoretischen Teil der Arbeit soll zu Beginn ein Überblick der aktuellen Forschung hinsichtlich alters- und geschlechtsspezifische Aspekte der Alkoholabhängigkeit gegeben werden. Anschließend sollen die Konstrukte gesundheitsbezogene Lebensqualität, Stressbewältigung, personelle Ressourcen, und Selbstwirksamkeitserwartung beschrieben und deren Bedeutung als Prädiktoren für eine erfolgreiche Therapie nachgegangen werden (vgl. Levin, Ilgen & Moos, 2007) .

Der empirische Teil liefert eine detaillierte Beschreibung der durchgeführten Studie am Anton Proksch Institut, es werden die Teilnehmerinnen, die konkrete Vorgehensweise, die angewendeten Methoden und die Ergebnisse der Studie präsentiert, die im Anschluss diskutiert und mit der zentralen Forschung in Bezug gesetzt werden.

Als Ziel der Untersuchung gilt herauszufinden, ob sich ein altersgemischtes Rehabilitationsprogramm unterschiedlich auf die vier genannten Prädiktoren für Therapieerfolg in den beiden Altersgruppen auswirkt. Um letztlich die ausreichende Berücksichtigung altersspezifischer Bedürfnisse in altersgemischten Therapieangeboten und die Notwendigkeit einer speziellen gerontologischen Entzugsbehandlung abwägen zu können.

THEORETISCHER TEIL

KAPITEL 1 – ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

In diesem einführenden Kapitel soll die Alkoholabhängigkeit zunächst unter allgemeinen Gesichtspunkten definiert werden, wobei eine kurze geschichtliche Einbettung der Entwicklung des Begriff Alkoholabhängigkeit erfolgt und deren Klassifikationskriterien erläutert werden. Auf eine allgemeine geschichtliche Betrachtungsweise, die Beschreibung der Substanz Alkohol oder allgemeine Entstehungsbedingungen und Auswirkungen einer Alkoholabhängigkeit soll in Bevorzugung alters- und geschlechtsspezifischer Aspekte verzichtet werden. Die Entstehung und Verbreitung der Alkoholabhängigkeit wird dargelegt und schließlich eine die Alkoholabhängigkeit im Alter und bei Frauen thematisiert.

1.1 Begriffsbestimmung Alkoholismus

Die WHO (1994) datiert die Entstehung des Begriffs „Alkoholismus“ auf 1849 zurückgehend auf Magnus Huss, welcher für dessen Einführung in die Medizin verantwortlich war, damals als „Trunksucht“ bezeichnet und auf körperliche Erkrankungen in Folge lang anhaltenden, starken Alkoholkonsums beschränkt.

„Alkoholismus“ umfasste lange Zeit sowohl „Alkoholabhängigkeit“ als auch „-missbrauch“, der erste Definitionsversuch der WHO schloss kulturelle Rahmenbedingungen mit ein (1950), später kamen Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum hinzu (1954).

Jellinek (1960, zitiert nach Uhl et al., 2009) brachte erstmals den Krankheitscharakter von Alkoholismus auf, indem er zwischen Alkoholismus und Alkoholkrankheit unterschied. Seine Klassifikation der Alkoholkrankheit war über viele Jahre lang die gängigste, spätere Klassifikationsversuche bauten auf ihr auf. Er unterteilte Personen mit Alkoholproblemen anhand ihrer Trinkformen in Alpha- und Betatypus, welche Vorstufen der Alkoholkrankheit darstellten sowie Gamma-, Delta- und Epsilon-Trinker, die als alkoholkrank galten. Cloninger (1996) unterschied zwei Typen anhand von Persönlichkeitsmerkmalen, Alter und Beginn des problematischen Konsums sowie Folgebeschwerden. Heute besonders wichtig für die Praxis ist die Typologie nach Schuckit (1979, zitiert nach Uhl et al., 2009), der primären, der sich infolge übermäßigen Konsums

entwickelt und sekundären Alkoholismus, der infolge psychischer, körperlicher und/oder sozialer Auffälligkeiten entsteht, unterscheidet.

Jellineks „Vorstufen der Alkoholkrankheit“ (1960, zitiert nach Uhl et al., 2009) wurden später auch in „akuter Alkoholismus“ und „Alkoholmissbrauch“ umbenannt, für „Alkoholkrankheit“ haben sich „chronischer Alkoholismus“ und „Alkoholsucht“ durchgesetzt (Uhl et al., 2009).

In den Veröffentlichungen zur Alkoholabhängigkeit bei älteren Menschen wird fast immer der Ausdruck „Sucht“ verwendet, Psychiater verstehen darunter ein psychopathologisches Phänomen, das durch abnorme Verhaltensweisen auf Basis der Süchtigkeit charakterisiert ist (Zeman, 2009). Aufgrund der Mehrdeutigkeit des Begriffs entschloss sich die WHO (1964) dazu „Sucht“ durch „Abhängigkeit“ zu ersetzen, so bürgerten sich schließlich die Begriffe „Alkoholabhängigkeit“ und „Alkoholabhängigkeitssyndrom“ ein.

Um letztendlich auch der Mehrdeutigkeit des Begriffs „Alkoholismus“ zu entgehen, wurde von der WHO im ICD-9 (1980) die Unterscheidung zwischen „Alkoholabhängigkeit und – missbrauch“ durchgesetzt und der Terminus Alkoholismus nicht mehr verwendet, dies geschah auch im DSM-IV-TR.

In der Revision ICD-10 wurde zudem eine Unterteilung von „Missbrauch“ vorgenommen, die Bezeichnungen lauten „Alkoholabhängigkeitssyndrom“ gegenüber „schädlicher Gebrauch“ gegenüber „akute Intoxikation“, die dem „Alkoholrausch“ gleich kommt. Im DSM-IV-TR wird „Missbrauch“ durch „schädlicher Gebrauch“ ersetzt.

Alkoholismus kommt in der Definition also nicht mehr vor, dennoch wird der Begriff in der Praxis immer noch im Sinne von „Alkoholabhängigkeit“ bzw. „-krankheit“ verwendet (Uhl et al., 2009).

1.2 Definition und Klassifikation der Alkoholabhängigkeit

Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt ausschließlich auf der Alkoholabhängigkeit, daher werden die Definition und die Diagnoserichtlinien des Alkoholabhängigkeitssyndroms genauer erläutert. Da sich das ICD-10 im europäischen Raum etabliert hat und sich in Österreich sämtliche Statistiken im Zusammenhang mit Ausmaß und Entwicklung alkoholspezifischer Erkrankungen auf dieses berufen, soll in Folge näher darauf eingegangen werden (Uhl et al., 2009).

Die WHO definiert das Abhängigkeitssyndrom als eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Charakterisiert wird es durch den starken Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten den Konsum zu kontrollieren und anhaltenden Konsum trotz schädlicher Folgen (Dilling & Freyberger, 2010).

Um die Diagnose des Alkoholabhängigkeitssyndroms (F10.2) stellen zu können müssen zumindest drei der folgenden Kriterien im letzten Jahr gleichzeitig vorhanden gewesen sein (Wittchen & Hoyer, 2006, S.640):

- Starker Wunsch oder eine Art *Zwang*, Alkohol zu konsumieren
- *Verminderte Kontrollfähigkeit* bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- *Körperliches Entzugssyndrom* bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die alkoholspezifischen Entzugssymptome oder durch die Einnahme von Alkohol oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden
- Nachweis einer *Toleranz*: Um die ursprünglich durch geringere Alkoholmengen erreichten Wirkungen hervorzurufen sind größere Alkoholmengen erforderlich [...]
- Fortschreitende *Vernachlässigung* anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen
- *Anhaltender Alkoholkonsum* trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen [...] (körperlicher, sozialer oder psychischer Art)

1.2.1 Klassifikation der Alkoholabhängigkeit im Alter.

Die Abgrenzung von Abhängigkeit zum schädlichen Substanzmissbrauch ist insbesondere bei älteren Patienten schwierig, vielfach erfüllen ältere Alkoholranke trotz eines erheblichen Alkoholkonsums nicht die ICD-10 Kriterien für das Alkoholabhängigkeitssyndrom (Wetterling, Veltrup, Driessen, & John, 1999, zitiert nach Wetterling, Backhaus, & Junghanns, 2002).

Folgende Kriterien sollten besondere Berücksichtigung bei älteren Menschen erfahren (Rumpf, 2006): Beim *körperlichen Entzugssyndrom* ist zu beachten, dass bei älteren Menschen ein Tremor in den Händen, Hyperhidrosis oder Schlafstörungen durch andere Gründe bedingt sein können und fälschlicher Weise mit dem Entzugssyndrom in Verbindung gebracht werden. Die *Toleranz* für Alkohol nimmt im Alter ab, dadurch ist

dieses Kriterium oft schwer zu beurteilen (siehe dazu Kapitel 1.2.3.2.2). Das Kriterium *Vernachlässigung* von Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums ist im Alter ebenfalls häufig schwer zu beurteilen. Der *anhaltende Alkoholkonsum* trotz eindeutiger schädlicher Folgen, stellt auch ein schwer zu beurteilendes Kriterium dar, da beispielsweise der soziale Kontakt ohnehin schon altersbedingt eingeschränkt sein kann.

1.3 Epidemiologie der Alkoholabhängigkeit mit Rücksicht auf das Alter

In den vergangenen Jahren ist der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung stark angestiegen und er wird weiter zunehmen. Die Zahl der 65-jährigen und älteren EuropäerInnen hat sich im Laufe des 20. Jahrhunderts verdreifacht und die Lebenserwartung verdoppelt (Eurostat, 2013), daher wird bis zum Jahr 2020 ein Viertel der europäischen Bevölkerung 65 Jahre oder älter sein. Setzt man eine konstante Prävalenz von Suchtproblemen voraus, wird sich allein durch diesen Umstand die Gesamtzahl suchtkranker älterer Menschen stark erhöhen (Mann et al., 2009; Wetterling et al., 2002).

Viele weitere Aspekte sprechen für die Annahme einer überproportionalen Steigung der Suchterkrankung im Alter. Zum einen ist die Baby-Boom-Generation zu betonen, die einen überdurchschnittlich hohen Substanzkonsum aufweist und dieses Konsummuster im höheren Alter oft beibehalten wird (Blow & Barry, 2012). Außerdem haben sich die Behandlungsmöglichkeiten für alkoholranke Menschen aufgrund des medizinischen Fortschritts entscheidend verbessert, von 1980 bis 2005 ist das durchschnittliche Sterbealter alkoholkranker um fünf Jahre gestiegen, von 53,1 auf 58,1 Jahre (Rübenach, 2007, zitiert nach Mann et al., 2009) – dadurch ist mit einem Anstieg „altgewordener“ Alkoholkranker zu rechnen (Beutel & Baumann, 2000; Mann et al., 2009; Weyerer, 2010), aber auch im Alter erstmalig auftretende Alkoholabhängigkeit ist keine Seltenheit (Beutel & Baumann, 2000).

Beobachtet man den durchschnittlichen Alkoholkonsum pro Tag, nach Alter getrennt, so lässt sich in der Zeit von 2004 bis 2008 ein Anstieg in den Altersgruppen der 40-49 Jährigen und 50-59 Jährigen feststellen, zwischen 30-39 und über 60 ein Abfall – der Durchschnittskonsum bei älteren Erwachsenen ist also in diesem Zeitraum angestiegen. Bei der Interpretation des Rückgangs in der Altersklasse ab 60 Jahren ist der „Übermortalitätsbias“ zu berücksichtigen, der Durchschnittskonsum wird dadurch gedrückt, dass jene, die hohen Alkoholkonsum aufweisen oft vorzeitig sterben und nicht ausschließlich darauf, dass die überlebenden Personen weniger als in jüngeren Jahren trinken (Uhl, Strizek, Puhm, Kobra, & Springer, 2008). Auch aktuell finden sich in den

Altersgruppen zwischen 40-49 und 50-59 mit 8% die meisten Alkoholabhängigen (Uhl et al., 2013).

In österreichischen Krankenanstalten wurde im Jahr 2008 bei 15.880 Personen Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnose vergeben, davon waren 11.274 Männer und 4.606 Frauen (Uhl et al, 2013).

Begutachtet man die Statistik der alkoholbedingten Todesursachen, so ergeben sich für das Jahr 2012 in Österreich 437 auf Grund einer Alkoholabhängigkeit Verstorbene Menschen und 1489 Verstorbene auf Grund chronischer Lebererkrankungen (Uhl et al., 2013).

1.4 Ätiologie der Alkoholabhängigkeit

Für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit existiert bislang kein einheitliches Störungsmodell. Eindimensionale Annahmen über den Einfluss von Persönlichkeit, Genetik oder Herkunftsfamilie finden begrenzt empirische Bestätigung (Wittchen & Hoyer, 2006).

Ein biopsychosoziales Modell wie beispielsweise das „Suchtdreieck“ im englischen unter „Drug-Set-Setting“ (Zinberg, 1984, zitiert nach Uhl et al., 2009) bekannt, erscheint am ehesten geeignet, die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit zu beschreiben. Dem Modell liegt der Gedanke, die Entstehung einer Suchtkrankheit hängt nicht nur von der konsumierten Substanz, sondern auch von persönlichen Eigenschaften des/der KonsumentIn und von der sozialen Umgebung, in der konsumiert wird, ab, zu Grunde.

Bedeutend ist zum einen das Suchtpotential der Substanz (*Drug*), weiter der Konsument (*Set*) mit seinen individuellen Einstellungen zum Konsum oder vorhandenen psychiatrischen Problemen, sowie die Umwelt (*Setting*), die die Einstellung der Gesellschaft, die Verfügbarkeit von Behandlungsangeboten und der relevanten Substanz etc. umfasst. Die drei Faktoren interagieren komplex miteinander (Uhl et al., 2009).

1.3 Alkoholabhängigkeit im Alter

1.3.1 Ursachen und Entwicklungsbedingungen.

Altern ist ein individuell differentieller Prozess, die Entwicklung verläuft also individuell unterschiedlich sowohl die gesundheitliche, die kognitive als auch die soziale (Maercker, 2003). Kenntnisse über psychologische Alternsprozesse sind für die Alterspsychotherapie

und klinische Gerontopsychologie wichtige Hilfsmittel vor allem für die Ausgestaltung therapeutischer bzw. rehabilitativer Interventionen (Maercker, 2002).

Die beschriebene Entwicklungsdynamik ist durch Maximierung von Gewinnen und Minimierung von Verlusten gekennzeichnet (Baltes, 1997, zitiert nach Maerker, 2003) – je nach subjektiver Wahrnehmung können entweder positive Aspekte überwiegen und zur Steigerung des Wohlbefindens im Alter beitragen, oder aber Belastungen vordergründig sein (Maercker, 2002), die bei mangelnden Kompensationsmöglichkeiten wesentlich zur Ausbildung einer psychischen Störung beitragen können (Kipp & Jüngling, 1991; Voßmann & Geyer, 2006). Die *Gewinn-Verlust-Perspektive* bietet eine gute Erklärungsgrundlage für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im Alter, da sie ähnlich wie das Suchtdreieck, biopsychosozial orientiert ist und zudem lebensgeschichtliche altersspezifische Einflüsse miteinschließt.

Gewinne im Alter stellen seitens des Individuums Anpassungs- und Kompensationsleistungen und die Entwicklung neuer Verhaltensmerkmale dar, seitens der Umgebung zum Beispiel die Nutzung soziokultureller und technischer Fortschritte (Maercker, 2003). Das Alter bringt einige psychologische Gewinne wie Reife, Lebenswissen und Weisheit mit (Maercker, 2003), die sich als wichtige Ressourcen erweisen können (siehe dazu Kapitel 4).

Mit dem Alter gehen auch zahlreicher *Verluste* einher, die besonders anfällig für eine Abhängigkeitsentwicklung machen können (Voßmann & Geyer, 2006). Darunter fallen Verlustereignisse, wie Tod des Partners oder einer nahestehenden Person und eine damit einhergehende Verkleinerung des sozialen Netzwerks (Beutel & Baumann, 2000; Maercker, 2003; Mann et al., 2009; Voßmann & Geyer, 2006; Welte & Mirand, 1993), die auch durch den Berufsaustritt von statten gehen kann (Maercker, 2003; Scholz, Zingerle, & Quantschnig, 1995; Voßmann & Geyer, 2006). Weiter gelten körperliche und kognitive Einbußen (Maercker, 2002; 2003; Scholz et al., 1995; Welte & Mirand, 1993) als wesentliche Verluste im Alter, sowie finanzielle Probleme (Maercker, 2002), die ebenfalls mit der Pensionierung einhergehen können. Unter psychologische Verluste fällt auch die Einschränkung der individuellen Zukunftsperspektive (Maercker, 2003).

Die Herausforderung liegt darin, mit den Verlusten umgehen zu können und die Gewinne in den Vordergrund zu rücken, was der Mehrheit älterer Menschen auch gut gelingt (Maercker, 2002). Außerdem liegt der Gewinn-Verlust-Perspektive die Erkenntnis zugrunde, dass Krisen auch Chancen erzeugen können (Maercker, 2003). Trotzdem gibt es

ältere Menschen, bei denen die Verluste überwiegen und die Schwierigkeiten haben, die altersbezogenen Veränderungen zu akzeptieren oder auszugleichen (Maercker, 2002) – für diese könnten die genannten Faktoren entscheidend zur Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung beitragen (Beutel & Baumann, 2000; Mann et al., 2009; Voßmann & Geyer, 2006).

1.3.2 Die Alkoholtypologie nach Droller (1964).

Eine Unterscheidung nach Beginn der Suchterkrankung hat sich bei älteren Alkoholabhängigen durchgesetzt (Bode & Haupt, 1998; Mundle, Wormstall, & Mann, 1997; Scholz, et al., 1995), im Zuge dessen wird auf die Typologie nach Droller (1964) hingewiesen.

Droller (1964) unterscheidet zwei Typen älterer Alkoholabhängiger: ältere AlkoholikerInnen mit Beginn vor dem 60. Lebensjahr („early-onset“) und mit späterem Beginn, nach dem 60. Lebensjahr („late-onset“). Bei etwa einem Drittel der älteren Alkoholabhängigen wird ein später Beginn angenommen (Scholz et al., 1995).

1.3.2.1 Early-Onset Alkoholabhängige.

Early-Onset Alkoholabhängige (EOA) zeichnen sich wegen ihres langjährigen Konsums, der meist zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr begonnenen hat, im Alter durch schwere körperliche und psychische Erkrankungen aus (Beutel & Baumann, 2000). Oft hat ein sozialer Abstieg bereits stattgefunden (Beutel & Baumann, 2000; Welte & Mirand, 1993). Außerdem weisen EOA eine geringere Impulskontrolle und höhere Aggressivität auf als LOA (Dom, D’Haene, Hulstijn, & Sabbe, 2006).

1.3.2.2 Late-Onset Alkoholabhängige.

Bei Late-Onset Alkoholabhängigen (LOA) scheinen altersbedingte kritische Lebensereignisse im psychosozialen Bereich einen exzessiven Alkoholkonsum zu bedingen, woraus sich eine Abhängigkeit entwickeln kann (Beutel & Baumann, 2000; Scholz et al., 1995; Welte & Mirand, 1993). Damit werden vor allem Verlustereignisse, die schon mit einem Alter über 50 Jahren einhergehen können, assoziiert, daher schlagen Beutel und Baumann (2000) vor, die Grenze zum LO auf 55 Jahre nach unten zu revidieren. Wolter (2006) sieht eher den Wegfall sozialer Kontrollinstanzen bzw. äußerer Abstinenzmotivation, durch beispielsweise den Verlust des Arbeitsplatzes, als Auslösefaktor für im Alter einsetzende Alkoholabhängigkeit. Zudem gelten LOA als

psychisch stabiler, verfügen über mehr Ressourcen (Beutel & Baumann, 2000; Welte & Mirand, 1993) und weisen auch bessere Chancen für positive Therapieerfolge als EOA auf (Beutel & Baumann, 2000; Scholz et al., 1995; Wolter, 2006).

1.3.2.3 Rezidiv Abhängige.

Die aktuelle Literatur schlägt eine dritte Gruppe, der rezidiv Abhängigen (RA) vor, da die Unterteilung von Droller zu oberflächlich scheint und die Konsumdauer entscheidend ist (Wolter, 2006). Damit werden Personen, die im (jungen) Erwachsenenalter eine Alkoholabhängigkeit aufwiesen, im Laufe ihres Lebens erfolgreich abstinent wurden und erst im höheren Alter aufgrund kritischer Lebensereignisse wieder rückfällig wurden, mit eingeschlossen (Beutel & Baumann, 2000; Mundle et al., 1997). Sie haben in einer Rehabilitation gute Erfolgschancen, da sie bereits zufriedenstellende Erfahrungen mit Abstinenz gemacht haben (Beutel & Baumann, 2000).

1.3.3 Charakteristika der Alkoholabhängigkeit im Alter

Es tauchen in der Literatur viele Aspekte auf, in denen sich eine Alkoholabhängigkeit im Alter stark von einer in jüngeren Jahren unterscheidet, daher wird auf diese spezifischen Charakteristika im Folgenden genauer eingegangen.

1.3.3.2 Die geringe Prävalenz älterer Alkoholabhängiger.

Die Prävalenz einer Alkoholabhängigkeit im Alter geht deutlich zurück, hierfür werden in der Literatur zwei ausschlaggebende Erklärungen behandelt. Zum einen wird die hohe Mortalitätsrate älterer Alkoholkranker thematisiert (*Übermortalitätsbias*, Uhl et al., 2009) (Zemann, 2009). Zum anderen der sogenannte *sick quitter effekt*, wonach im höheren Alter auftretende gesundheitliche Beschwerden und chronische Erkrankungen zu einer Reduktion des Alkoholkonsums führen (Mann et al., 2009; Zemann, 2009). Diese Faktoren sind bei einer Interpretation von Ergebnissen zur Epidemiologie von Alkoholproblemen im Alter zu berücksichtigen (Mann et al., 2009).

1.3.3.3 Das unauffällige Erkrankungsbild älterer Alkoholabhängiger.

Zur erheblichen Unterschätzung des Vorhandenseins einer Alkoholabhängigkeit im Alter trägt auch das im Vergleich zu Jüngeren unauffälligeres Erkrankungsbild bei.

1.3.3.3.1 Verdeckte Zeichen eines Alkoholproblems und deren Verharmlosung und Fehldeutung im Alter.

In der Regel verläuft eine Suchterkrankung im Alter leise, sie bleibt oft verborgen und wird nicht wahrgenommen (Blow & Barry, 2012; Voßmann & Geyer, 2006; Wolter, 2006; Zemann, 2009). Werden die Anzeichen richtig erkannt, so werden sie oft verharmlost und bagatellisiert (Voßmann & Geyer, 2006), seitens der abhängigen Person und der Familie oder Verwandten bestehen oft große Hemmschwellen, die Alkoholabhängigkeit als Krankheit anzuerkennen (Voßmann & Geyer, 2006; Wolter, 2006).

Die Diagnostik einer Alkoholabhängigkeit im Alter wird oft wegen dem Ausbleiben überschießender Symptome wie Trinkexzesse, soziale Auffälligkeiten und Impulsdurchbrüche mit aggressivem Verhalten, die typischerweise mit einer Alkoholabhängigkeit einhergehen, erschwert (Voßmann & Geyer, 2006). Außerdem sind einige der diagnostischen Kriterien für ein Alkoholabhängigkeitssyndrom schlecht auf das Alter übertragbar (Blow & Barry, 2012), was zusätzlich den Hang mit sich bringt, ernste Probleme zu übersehen (siehe dazu Kapitel 1.2.1).

Sichtbare Hinweise auf eine Suchtproblematik im Alter, werden oft fehlgedeutet und altersbedingten Entwicklungsprozessen zugeschrieben oder mit Symptomen körperlicher Erkrankungen verwechselt (Voßmann & Geyer, 2006; Wolter, 2006; Zemann, 2009). Darunter fallen jene die in Kapitel 1.3.4.2 erläutert werden.

1.3.3.3.2 Minderung der Alkoholtoleranz im Alter.

Die Symptome einer Sucherkrankung bei älteren Menschen gleichen jenen bei jüngeren, sehr unterschiedlich ist jedoch die Suchtmitteltoleranz (Zemann, 2009).

Durch altersbedingte physiologische Veränderungen, wie Verminderung des Körperwassers und reduzierte Leberdurchblutung (Ramskogler et al., 2001), die sowohl die Aufnahme und die Verteilung, als auch den Abbau von Alkohol im Organismus beeinflussen (Weyerer, 2003) kommt es zu einer verminderten Toleranz.

Die gleiche Menge Alkohol führt bei Älteren zu einer deutlich höheren Blutalkoholkonzentration als bei Jüngeren (Weyerer, 2003) und bewirkt eine stärkere Schädigung des Zentralnervensystems (Moos, Brennan, Schutte, & Moos, 2010; Zemann, 2009).

Daher hat die NIAAA (1995, zitiert nach Blow & Barry, 2012) ihre Empfehlungen für den harmlosen Alkoholkonsum den älteren Alkoholabhängigen angepasst – nicht mehr als ein Standardglas pro Tag (ein Standard Drink in Amerika entspricht 12 Gramm Reinalkohol), für beide Geschlechter gleichermaßen geltend.

1.3.3.3.3 Unauffälliges Konsummuster im Alter.

Bei jüngeren Personen gilt die Annahme, je höher die Trinkmenge, desto schwerer die typischerweise mit einer Alkoholabhängigkeit einhergehenden Probleme, dies trifft jedoch nicht auf ältere Personen zu. Die Risikogrenze, bei deren Überschreitung normaler Konsum in Missbrauch und Abhängigkeit umschlägt, ist im Alter deutlich herabgesetzt (Zemann, 2009), bei ihnen kann schon ein relativ geringer Konsum zu schweren Problemen führen (Blow & Barry, 2012), daher sollte ein geeignetes Screening für ältere Alkoholabhängige sowohl psychosoziale und medizinische Probleme als auch die Konsummenge erfassen. Außerdem gilt, dass wie bereits erwähnt, Verleugnungstendenzen bei einigen älteren Menschen häufiger auftreten (Graham, 1986, zitiert nach Rumpf, 2006), dies muss bei der Erfassung von Trinkmengen zusätzlich berücksichtigt werden (Rumpf, 2006).

1.3.4 Auswirkungen der Alkoholabhängigkeit im Alter.

In jüngerer Zeit bekommt man vor allem in populärwissenschaftlicher Literatur oft zu lesen, Alkohol habe einen gesundheitsförderlichen Effekt (Byles, Young, Furuya, & Parkinson, 2006; Chan, von Mühlen, Kritz-Silverstein, & Barrett-Connor, 2009), gerade in Bezug auf Alkoholkonsum im höheren Alter ist dies jedoch kritisch zu betrachten. Für sie kann schon mäßiger Konsum diverse Gesundheitsrisiken mit sich bringen, vor allem da sie durch verschiedenste Grunderkrankungen schon vorbelastet sind (Wiscott, Kopera-Frye, & Begovic, 2002), deren Symptome sich durch Alkoholkonsum noch verstärken können (Welte & Mirand, 1993) und die Alkoholtoleranz erheblich gemindert ist, wie in Kapitel 1.3.3.3.2 bereits ausgeführt.

In der Altersklasse der über 65-jährigen muss wegen der häufigen Medikamenteneinnahme aufgrund altersbedingter körperlicher Beeinträchtigungen auf die gefährliche Auswirkung einer Ethanol-Medikamenten-Interaktion hingewiesen werden. Die bereits genannten körperlichen Veränderungen im Zuge des Alterungsprozesses und die alkoholbedingten Folgeerkrankungen beeinflussen die Pharmakokinetik und – dynamik des Ethanols und zahlreicher Medikamente (Ramskogler et al., 2001). Bereits geringe Alkoholmengen

können deren Wirkung gefährlich potenzieren (Ramskogler et al., 2001) und vermehrt Nebenwirkungen hervorrufen (Wiscott et al., 2002).

1.3.4.2 Somatische Folgeschäden.

Die körperliche Verfassung alkoholabhängiger Personen kann zu Beginn einer Therapie mit jener von schwer kranken Patienten verglichen werden (Blow, 2000), sie weisen eine geringe allgemeine Gesundheit auf (Blow & Barry, 2002).

Es kommt schnell zu körperlichen Beeinträchtigungen und damit einhergehend schwerwiegenden Folgeerscheinungen, wie Bluthochdruck (Beutel & Baumann, 2000), Karzinome (Ettrich & Fischer-Cyrules, 2005) oder Kardiomyopathien (Voßmann & Geyer, 2006) und alkoholbedingten Erkrankungen, wie Polyneuropathien, Lebererkrankungen (Voßmann & Geyer, 2006) bis zur irreversiblen Leberzirrhose (Ettrich & Fischer-Cyrules, 2005).

Daneben ist die Sturzneigung und dadurch entstehende Prellungen (Barry, 2001; Voßmann & Geyer, 2006) und Verletzungen (Ettrich & Fischer-Cyrules, 2005) erhöht und es kommt in Folge des Alkoholkonsums zu Durchfällen (Voßmann & Geyer, 2006) und Fehlernährung (Barry, 2001; Voßmann & Geyer, 2006).

1.3.4.3 Kognitive Folgeschäden.

Aufgrund der erhöhten Empfindlichkeit des alternden Gehirns gegenüber dem Alkohol (Moos et al., 2010; Voßmann & Geyer, 2006), kommt es schnell zu kognitiven Einbußen (Blow & Barry, 2002). Die Leistungs-, Merk- und Konzentrationsfähigkeit lässt nach (Voßmann & Geyer, 2006), womit Gedächtnisverlust, Desorientierung und Verminderte Entscheidungsfähigkeit einhergehen können (Barry, 2001).

Hier soll auch auf das sogenannte „Suchtgedächtnis“ im Zuge der Veränderung des Gehirns in Folge des Alkoholkonsums hingewiesen werden. Es entsteht als Hirnstoffwechselerkrankung aufgrund einer Long Term Potentiation über das Glutamat-Dopamin-System und scheint irreversibel zu sein (Feselmayer & Beiglböck, 2011).

1.3.4.4 Psychosoziale Folgeschäden.

Die psychische Verfassung Alkoholabhängiger ist zu Therapiebeginn oft sehr schlecht, etwa ein Drittel leidet an einer komorbiden psychiatrischen Erkrankung (Blow & Barry, 2000). Vor allem affektive Störungen wie Depressionen (Blow & Barry, 2002; Beutel &

Baumann, 2000) und Stimmungsschwankungen (Blow & Barry, 2002) treten unter Alkoholabhängigen häufig auf und damit in Verbindung stehende Antriebs- und Interessenlosigkeit (Voßmann & Geyer, 2006). Auch Schlafstörungen (Blow & Barry, 2002; Beutel & Baumann, 2000) und Ängste (Blow & Barry, 2002) sind weit verbreitet.

Alkoholabhängigkeit im Alter ist oft durch mangelnde Körperhygiene und Verwahrlosung gekennzeichnet (Blow & Barry, 2002; Voßmann & Geyer, 2006) und geht mit großen Schuld- und Schamgefühlen seitens der Betroffenen einher (Beutel & Baumann, 2000). Dies kann die Vernachlässigung sozialer Beziehungen bedingen (Zeman, 2009), Familienprobleme mit sich bringen (Blow & Barry, 2002) und damit zum sozialen Rückzug (Voßmann & Geyer, 2006) bis hin zur sozialen Isolation (Blow & Barry, 2002) führen.

1.3.5 Rehabilitation älterer Alkoholabhängiger.

Aus Gründen, die in den vorangehenden Kapiteln bereits angesprochen wurden, bleibt die Alkoholabhängigkeit im Alter trotz gegebenem Bedarf oft unbehandelt (Beutel & Baumann, 2000; Moos et al., 2010; Oslin, Slaymaker, Blow, Owen, & Colleran, 2005; Weyerer, 2003). Behandlungseinschränkungen entstehen sowohl auf Seiten der Betroffenen, der Angehörigen als auch des Medizinsystems aufgrund von Informationsdefiziten oder Mangel an Einsicht.

1.3.5.1 Behandlungszugang älterer Alkoholabhängiger.

Derzeit sind ältere Personen in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe stark unterrepräsentiert, dies mag vor allem auf die wenig bekannten Behandlungserfolge in dieser Altersgruppe zurückzuführen sein, es wird selten eine adäquate Therapie empfohlen und durchgeführt (Beutel & Baumann, 2000). Allgemein ist der Bedarf an psychotherapeutischen Hilfen bei älteren Menschen bedeutend höher als deren Nutzung der Institutionen anzeigt (Erlemeier, 2004).

Die Gründe dafür sind sowohl auf Therapeuten- als auch auf Patientenseite zu finden (Beutel & Baumann, 2000; Erlemeier, 2004). Unter den Therapeuten ist oft nicht das notwendige gerontologische Spezialwissen verbreitet, welches Vorurteile gegenüber dieser Generation abbauen könnte. Das meist vorherrschende negative Altersstereotyp, auch als *ageism* bezeichnet, wonach Alter einem Degenerationsprozess gleichgesetzt wird (Wolter, 2006), führt zu skeptischer Einschätzung der Therapiechancen (therapeutischer

Nihilismus) älterer Menschen (Beutel & Baumann, 2000) und verhindert leider häufig angemessene Interventionen (Voßmann & Geyer, 2006; Wolter, 2006). Die älteren Patienten haben zudem manchmal kohortenspezifische Vorbehalte gegenüber Psychotherapie, Informationsdefizite oder selbst negative Alterseinstellungen, was mangelnde Therapiemotivation und Compliance nach sich zieht (Erlemeier, 2004) und zu einer eher resignativen Grundhaltung führt (Beutel & Baumann, 2000).

Das gut ausgearbeitete Suchthilfesystem konzentriert sich vorwiegend auf Jugendliche und junge Erwachsene (Wolter, 2006), folglich ist der Zugang in Behandlungen für ältere Suchtkranke eingeschränkt (Voßmann & Geyer, 2006), unabhängig vom Geschlecht wird das problematische Klientel nur partiell erreicht (Vogt, 2008).

1.3.5.2 Altersunspezifische Behandlungsangebote.

Ältere Alkoholabhängige sind aus bereits genannten Gründen in altersgemischten Therapiegruppen oft unterrepräsentiert (Lieb, Rosien, Bonnet, & Scherbaum, 2008), dadurch liegt die Vermutung nahe, auf ihre spezifischen Bedürfnisse würde weniger Rücksicht genommen (Blow, Walton, Chermack, Mudd, & Brower, 2000; Lemke & Moos, 2002).

Befunde aus Therapiestudien, die mit jüngeren Erwachsenen durchgeführt wurden, werden häufig ungeprüft auf das höhere Lebensalter übertragen (Mann et al., 2009). Im deutschen Sprachraum gibt es nur wenige Interventionsstudien bei älteren Alkoholkranken Menschen, obwohl internationale Befunde recht vielversprechend sind, denn werden ältere alkoholabhängige Menschen behandelt, so ist die Prognose durchaus günstig (Oslin et al., 2005; Lemke & Moos, 2002; Zeman, 2009).

In der Literatur lassen sich widersprüchliche Ergebnisse zum Therapieerfolg älterer Alkoholabhängiger verzeichnen, wobei sowohl Erfolge in altersgemischten (Lemke & Moos, 2002) als auch speziell gerontologischen Entzugsprogrammen (Lieb et al., 2008; Oslin, Pettinati, & Volpicelli, 2002) untersucht wurden.

1.3.5.3 Altersspezifische Behandlungsangebote

Die Behandlung älterer Alkoholabhängiger sollte nach denselben evidenzbasierten Kriterien wie die der jüngeren aufgebaut werden (Geyer et al., 2006, zitiert nach Voßmann & Geyer, 2006), wobei die besonderen Aspekte dieses Klientel Berücksichtigung finden sollten (Voßmann & Geyer, 2006).

1.3.5.3.1 Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse.

Neben den üblichen Arbeitsfeldern der Suchtbehandlung, also Krankheitseinsicht und Förderung der Abstinenzfähigkeit, sollten bei älteren Suchtkranken bestimmte Themenfelder aufgearbeitet werden, die für sie von besonderer Relevanz sein können, wie Einsamkeit, Depression, Nachlassen körperlicher und geistiger Fähigkeiten (Lemke & Moos, 2002), Verlust des beruflichen Status oder auch Kriegs- und Nachkriegserlebnisse (Voßmann & Geyer, 2006), andere Themen als für jüngere PatientInnen können im Vordergrund stehen, die diese weniger gern in Gruppensitzungen besprechen wollen (Blow et al., 2000).

In altersspezifischen Programmen könnten Ressourcen, die eindeutig an die jüngeren gerichtet sind (beispielsweise berufliche Reintegration, Familientherapie) für die Verbesserung jener Bereiche genutzt werden, die für die Älteren bedeutsamer sind (Lemke & Moos, 2002). Stützende Einzelgespräche scheinen für die Älteren besonders wichtig (Blow et al. 2000; Schlüter-Dupont, 1990).

Abstinenz als Therapieziel wird von den Älteren eher angenommen als von den jüngeren (Lemke & Moos, 2002), sie sind aber schwerer für therapeutische Nachsorge zu motivieren (Oslin et al., 2005). Ausgenommen von schlechterer körperlicher Gesundheit und niedrigerem kognitiven Status (Beutel & Baumann, 2000) weisen ältere alkoholranke Menschen eine Reihe von Vorteilen für eine erfolgreiche Therapie gegenüber jüngeren auf. Sie trinken weniger, bekommen soziale Konsequenzen ihres Trinkens weniger zu spüren, äußern oft weniger psychiatrische Symptome (Lemke & Moos, 2002).

1.3.5.3.2 Angepasstes Therapiekonzept.

Voraussetzung für gute Behandlungschancen älterer Alkoholabhängiger ist ein den Verhältnissen dieser Altersgruppe angepasstes Therapiekonzept (Zeman, 2009), dabei haben sich einige Verlaufseigenheiten von Abhängigkeit im höheren Alter als therapeutisch besonders bedeutsam herausgestellt (Zeman, 2009).

Die Dauer von Entgiftungs- und Entzugsphase ist verlängert (Beutel & Baumann, 2000; Blow et al. 2000; Scholz et al., 1995), kognitive, körperliche (Beutel & Baumann, 2000), psychoorganische und affektive Begleit- und Folgeschäden bilden sich langsamer zurück (Scholz et al., 1995), es herrscht ein höherer Bedarf an psychosozialer supportiver Therapie (Scholz et al., 1995) und behandlungsbedürftige körperliche Befunde häufen sich (Blow et al. 2000; Scholz et al., 1995). Auf all diese Faktoren sollte mit Zeit und Geduld

eingegangen werden (Blow et al. 2000; Scholz et al., 1995), vor allem sollte bedacht werden, die Älteren nicht durch den Einsatz konfrontativer und affektiv belastender Therapiestrategien zu überfordern und das kognitive Funktionsniveau nicht außer Acht zu lassen (Blow et al. 2000; Scholz et al., 1995).

Zusammenfassend betrachtet scheinen altersspezifische Angebote gute Effekte zu erzielen (Lieb et al., 2008; Oslin et al., 2002), wonach der aktuelle Forschungsstand eigene altersbezogene Programme fordert, da sich einige Therapieelemente grundlegend voneinander unterscheiden, verstärkte Motivationsarbeit (Wetterling et al., 2002) und individuellere Therapiegestaltung (Blow et al. 2000; Mundle et al., 1997) notwendig sind.

Es stellt sich hiermit die Frage, ob ein günstiges Behandlungsergebnis bei älteren Menschen wirklich nur durch altersspezifische Entzugsprogramme erreicht werden kann, oder ob eine altersgerechte zielgruppenspezifische Anpassung der entscheidenden Therapieelemente ausschlaggebend ist (Oslin et al., 2002). Eine Behandlung gilt dann als effektiv, wenn unter Älteren nicht nur generell Therapieerfolge, sondern Erfolge in ähnlichem Ausmaß wie unter Jüngeren erzielt werden (Beutel & Baumann, 2000).

1.4 Alkoholabhängigkeit bei Frauen

Da der Fokus der empirischen Studie auf alkoholabhängigen Frauen liegt, soll ein eigenes Kapitel für die Charakteristika einer Alkoholabhängigkeit bei Frauen Platz finden, um die Wichtigkeit der Beachtung geschlechtsspezifischer Unterschiede hervorzuheben. Dabei wird bewusst weder eine feministische noch eine durch politische Annahmen gefärbte Sicht eingenommen, sondern versucht für die Alkoholentzugstherapie relevante Unterschiede zwischen den Geschlechtern aufzuzeigen und mit etwaigen Mythen abzuschließen.

1.4.1 Epidemiologie.

Schon 1970 wurde der überdurchschnittliche Anstieg des Frauenalkoholismus mit einem Verhältnis von 1:10 berichtet, fast 10 Jahre später eines von 1:7 und heute liegt es bei etwa 1:3 (Feselmayer et al., 2003; Uhl et al., 2009). Der Frauenanteil ist von 1992 mit etwa 20% auf rund 29% im Jahr 2008 angestiegen, daraus lässt sich grob schätzen, dass rund 25% der diagnostizierten AlkoholikerInnen weiblich sind. Betrachtet man die Werte zur Nebendiagnose Alkoholismus, so lässt sich auch hier bei den Frauen ein Anstieg von 18%

auf rund 25% feststellen (Uhl et al., 2008). In österreichischen Krankenanstalten wurde im Jahr 2011 bei 16.615 Personen Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnose vergeben, davon waren 11.714 Männer und 4.901 Frauen, 74 Frauen gingen mit „Alkoholabhängigkeit“ ins Sterberegister ein (Uhl et al., 2013).

In Wirklichkeit wird ein Geschlechterverhältnis von 1:1 vermutet, da Alkoholikerinnen mehr im Verborgenen bleiben, die statistisch zu verzeichnende Zunahme spiegelt lediglich die Abnahme der Scheu der Frauen, sich in der Öffentlichkeit zu zeigen (Curlee, 1968, zitiert nach Marckwort, 1972), die steigende Toleranz der Gesellschaft (Lisansky, 1957, zitiert nach Marckwort, 1972) und schließlich die Veränderung der Gesellschaft durch den Zerfall der traditionellen Frauenrolle wieder (Burian, 1981), dennoch bleiben Frauen das sekundäre Geschlecht der Alkoholforschung (Wiesbeck, 2003).

Aktuell leiden in Österreich 2,5 % der weiblichen Gesamtbevölkerung an chronischem Alkoholismus (Uhl et al., 2013), davon finden sich mit vier Prozent die meisten in der Altersgruppe der 40- 49 Jährigen, drei Prozent unter den 50-59 Jährigen, jeweils zwei Prozent in den Altersgruppen der 30-39, der 60-69 und 70-99 Jährigen (Uhl et al., 2009).

In der Zeit von 2004 bis 2008 ist die Anzahl der Frauen, die problematischen Alkoholkonsum aufweisen, in den Altersgruppen zwischen 25 und 45 Jahren deutlich geringer als in jenen davor und danach. Bei ihnen zeigen sich ab 65 wieder niedrigere Anteile mit problematischem Alkoholkonsum. Auch bei der Interpretation dieser Daten ist ab 60 Jahren der „Übermortalitätsbias“ zu berücksichtigen. Weibliche Alkoholikerinnen haben eine um 20 Jahre geringere Lebenserwartung als Nichtalkoholikerinnen (Bühlinger et al., 2000, zitiert nach Uhl et al., 2009). An dieser Stelle sei zu betonen, dass Frauen insgesamt deutlich weniger oft in problematischem Ausmaß Alkohol konsumieren als Männer. Zur Veranschaulichung: Bei Männern zwischen 35 und 44 Jahren sind es 26 %, bei Frauen 9%, zwischen 45 und 54 bei Männern 31%, bei Frauen 13%, zwischen 55 und 64 bei Männern 20%, bei Frauen 14% und ab 65 bei Männern 23% und Frauen 7% (Uhl et al., 2009).

Nimmt man den Grad der Berausung unter die Lupe, so ergibt sich für Frauen folgendes Bild: bei den 50-59 Jährigen haben 5% mindestens einmal pro Woche einen Schwips, 2% einen Rausch und 1% einen Vollrausch. Unter den 60-69 Jährigen haben 4% mindestens einmal pro Woche einen Schwips und jeweils 1% einen Rausch oder Vollrausch. Von den 70-99 Jährigen haben 2% einmal pro Woche einen Schwips, und 0% einen Rausch oder Vollrausch (Uhl et al., 2009).

In der Frauenstation des API finden sich pro Jahr knapp 500 Aufnahmen, das Durchschnittsalter beträgt 46 Jahre, die am stärksten vertretene Altersgruppe ist mit 20 % der Aufnahmen die der 45-49 Jährigen, in der Gruppe der über 60 Jährigen finden sich noch knapp 10% der Patientinnen (Feselmayer et al., 2003).

Obwohl etwa zwei Drittel der suchtkranken Bevölkerung Männer sind, zählt die Substanzabhängigkeit bei Frauen zu der zweithäufigsten psychiatrischen Erkrankung (Fischer & Eder, 1999, zitiert nach Bäwert & Fischer, 2005).

1.4.2 Charakteristika der Alkoholabhängigkeit bei Frauen.

In den vergangenen Jahren sind die Themen im Zusammenhang mit Geschlecht und Alkoholismus etwas in Vergessenheit geraten, was unter anderem daran liegt, dass die Tendenzen einer Angleichung der Geschlechter im Umgang mit Alkohol stärker betont wurden, als die Differenzen, die zwar gefunden aber als unbedeutend angesehen wurden (Vogt, 2008).

Anfangs ging man davon aus, Rollenkonflikte und die Stigmatisierung der trinkenden Frau würden einen steilen Anstieg der Alkoholikerinnenzahlen bedingen (Mantek, 1979). Später fokussierte sich die Forschung auf den Zerfall der traditionellen Frauenrolle und die damit einhergehende Doppelbelastung der Frau durch Vollzeitarbeit und die zu erfüllende Mutterrolle. Dadurch würden neben der vielfachen Belastung Insuffizienz- und Inkompetenzgefühle hinsichtlich der Nichterfüllung der Rolle als Frau und Mutter entstehen (Lisansky-Gomberg & Lisansky, 1984, zitiert nach Burian, 1981), die die Frau in eine Alkoholabhängigkeit treiben (Schlüter-Dupont, 1990). Eine Vielzahl von Arbeiten zu Frauenalkoholismus richtet den Fokus auf kritische Lebensereignisse und Lebensumstände (Vogt, 2008).

1.4.2.1 Beginn und Verlauf.

Daten aus Berichten von Alkoholkliniken weisen darauf hin, dass Frauen zu einem späteren Zeitpunkt erstmals zu trinken beginnen als Männer, einen späteren Beginn von kontinuierlichem Konsum und Alkoholabhängigkeit zeigen, jedoch schneller in Behandlung kommen – daher wird angenommen, dass die Entwicklung einer Alkoholkrankung bei Frauen schneller verläuft (Diel et al., 2007; Feselmayer et al., 2003; Mantek, 1979; Wrusch, 1995; Wondarz et al., 2003).

Das Durchschnittsprofil der alkoholkranken Frau entspricht dem des sekundären Alkoholismus (Feselmayer et al., 2003), der primäre kommt bei ihnen vergleichsweise selten vor. Sekundäre AlkoholikerInnen verwenden Alkohol zur Selbstmedikation von psychiatrischen Grunderkrankungen, die positiv erlebten Effekte werden durch Gewöhnung zunehmend geringer, wodurch die Konsummene rasch gesteigert wird und somit recht schnell pathologische Mengen erreicht werden (Uhl, 2013). Dieser Umstand führt zu der Interpretation, alkoholabhängige Frauen seien psychiatrisch auffälliger (Vogt, 2008) und durch Alkohol mehr gefährdet (Uhl et al., 2009).

Die Behandlungsbedürftigkeit von alkoholkranken Frauen steigt etwa Mitte des vierten Lebensjahrzehnts signifikant an (Mantek, 1979).

1.4.2.2 Heimlicher, unauffälliger Konsum.

Frauen trinken häufiger allein und zu Hause (Gschöpf, 1985; Mantek, 1979; Vogt, 1986), sie werden mit ihrem Problem alleine gelassen (Schlüter-Dupont, 1990) – verheimlichter Alkoholismus und dessen Verharmlosung scheint beim weiblichen Geschlecht besonders charakteristisch zu sein (Epstein, Fischer-Elber, & Al-Otaiba, 2008; Gschöpf, 1985; Schlüter-Dupont, 1990).

Bei ältere Frauen verhält sich die Identifizierung einer Alkoholproblematik noch schwieriger als bei älteren Männern, da die üblichen Verfahren nicht sensitiv genug sind (Epstein et al., 2008) um deren relativ unauffälligen Konsum als schädlich zu identifizieren.

1.4.2.3 Das komplexe Erkrankungsbild der alkoholabhängigen Frau.

Das Krankheitsbild von süchtigen Frauen wird häufig als komplexer beschrieben, da sich im Durchschnitt bei Frauen extremere Zeichen der Abhängigkeit zeigen und weibliche Alkoholabhängige im Vergleich zu männlichen vermehrt psychiatrische Komorbiditäten aufweisen (Feselmayer et al., 2003; Zenker, 2005).

Darunter finden sich besonders häufig affektive Störungen, insbesondere Depression (Gomberg, 1976, zitiert nach Burian, 1981; Merfert-Diete & Soltau, 1984; Vogelgesang, 1999; Zenker, 2005), Angsterkrankungen (Zeman, 2009), sowie Persönlichkeitsstörungen (Vogt, 2008) Unklar ist, ob die Depression als Auslöser für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit fungiert (Burian, 1981) oder als Folge der Suchterkrankung mit den

einhergehenden Schuld- und Schamgefühlen auftritt (Wrusch, 1995), häufig geht sie jedoch der Abhängigkeit voraus (Zenker, 2005).

1.4.2.4 Erhöhte Alkoholvulnerabilität von Frauen.

Es kommt immer wieder zur Sprache, dass Frauen Alkohol weniger gut vertragen (Diehl et al., 2007), in der Tat erzielen sie bei Konsum der gleichen absoluten Alkoholmenge einen doppelt so hohen Blutalkoholspiegel wie Männer. Allerdings gleichen Frauen diesen Unterschied durch mäßigeren Konsum aus (Uhl, 2013).

Trotzdem tragen Frauen jeden Alters ein höheres Risiko für negative körperliche, kognitive, soziale und psychologische Konsequenzen des Alkoholkonsums (Diehl et al., 2007). Der Grund liegt in der geschlechtsspezifischen Metabolisierung von Alkohol, der Abbau ist weniger effizient als jener der Männer, ihre Leberenzyme arbeiten langsamer (Blow & Barry, 2012; Epstein et al., 2008). Mit dem Alter wird dieses Risiko zusätzlich erhöht (Blow & Barry, 2012; Epstein et al., 2008).

1.4.2.5 Der Telescoping Effekt und seine Folgen.

Bei Frauen ist das Risiko für alkoholbedingte körperliche Folgeschäden zusätzlich erhöht (Epstein et al., 2008; Schlüter-Dupont, 1990), was durch den sogenannten Telescoping Effect erklärbar ist. Dieser besagt, dass bei Frauen aufgrund ihrer körperlichen Konstellationen im Zuge des Alkoholkonsums schneller Schäden auftreten. Es kommt früher zu körperlichen Beeinträchtigungen (Blow & Barry, 2002; Bradly, Badrinath, Bush, Boyd-Wickizer, & Anawalt, 1998) und damit einhergehenden schwerwiegenden Folgeerscheinungen, wie Bluthochdruck (Beutel & Baumann, 2000), Karzinome (Bradly et al., 1998; Ettrich & Fischer-Cyrlies, 2005) oder Kardiomyopathien (Voßmann & Geyer, 2006) und alkoholbedingten Erkrankungen, wie Polyneuropathien, Lebererkrankungen (Voßmann & Geyer, 2006) bis zur irreversiblen Leberzirrhose (Ettrich & Fischer-Cyrlies, 2005).

Im Jahr 2012 gingen in Österreich 1066 Männer und 423 Frauen mit „chronischer Lebererkrankung“ ins Sterberegister ein (Uhl et al., 2013).

1.4.2.6 Erhöhter Medikamentenmissbrauch bei Frauen.

Bei bestehenden psychischen Belastungen bevorzugen Frauen eher Medikamente, Männer haben eine höhere Neigung zum Alkoholkonsum (Zeman, 2009). Entsprechend der gängigen Verschreibungspraxis findet sich bei Frauen ab 40 eine erhöhte

Benzodiazepinabhängigkeitsrate als bei Männern und auch jüngeren Frauen (Vogelgesang, 1999). Die Prävalenzen für eine Medikamentensucht sind deutlich höher als bei Männern (Feselmayer et al., 2003; Zenker, 2005).

1.4.2.7 Partnerschaften von Alkoholabhängigen.

Partnerschaften stellen sich für süchtige Frauen problematischer dar als für Männer, mehr abhängige Frauen als Männer leben mit einem Partner mit einer aktuellen oder früheren Suchtproblematik zusammen (Zenker, 2005).

Eine Alkoholproblematik beim aktuellen Partner geben 15% der Frauen und 5% der Männer an. Setzt man dazu die Alkoholabhängigkeitsraten der österreichischen Gesamtbevölkerung in Bezug, also für Männer 7.5% und für Frauen 2.5%, so ergeben sich bei 15% zu 5% und 7.5 % zu 5% die gleichen Verhältnisse, was natürlich kein Zufall ist – es bedeutet also keines Falls, dass Alkoholikerinnen stärker zu abhängigen Partnern tendieren als männliche Alkoholiker zu abhängigen Partnerinnen, sondern spiegelt lediglich die Alkoholismus Gesamtzahlen der Bevölkerung wieder (Uhl & Kobrna, 2003).

Außerdem soll an dieser Stelle festgehalten werden, dass alkoholabhängige Frauen meist ledig oder geschieden sind (Feselmayer et al., 2003; Mantek, 1979), vor allem verwitwete Frauen finden sich im stationären Behandlungssetting (Schlüter-Dupont, 1990; Vogelgesang, 1999).

1.4.3 Alkoholabhängigkeit bei Frauen im Alter.

Wie auch beim männlichen Geschlecht geht bei Frauen das Alter mit einigen Veränderungen einher, die aber gerade auf deren Seite häufig als Verluste erlebt werden. Der Berufsalltag und soziale Kontakte gehen verloren – ein Gefühl der Leere und Unzufriedenheit kann entstehen (Schlüter-Dupont, 1990).

Auch Frauen reduzieren im Alter normalerweise den Alkoholkonsum, da sie aus biologischen Gründen eine geringere Toleranz aufweisen und um ihre Gesundheit fürchten (Schlüter-Dupont, 1990). Das Risiko für alkoholbedingte gesundheitliche Probleme ist für ältere Frauen höher als für ältere Männer (Blow & Barry, 2002).

Bei den über 65 Jährigen überwiegen alkoholabhängige Frauen gegenüber Männern mit 60 Prozent, da sie allgemein eine höhere Lebenserwartung haben (83,2 Jahre, damit 5,8 Jahre über jener der Männer mit 77,4; Eurostat, 2011) und alkoholranke Männer eine geringere

Lebensdauer (Schlüter-Dupont, 1990). Sie leben also länger alleine als Männer, außerdem sind eher finanziell abhängig (Blow & Barry, 2002).

Frauen geraten vermehrt unter psychischen Druck, wenn sie älter werden, zwischen 31 und 60 betonen sie stark ihre Minderwertigkeitsgefühle, soziale Gehemmtheit und Unzufriedenheit mit sich selbst (Mantek, 1979), oft ist problematischer Alkoholkonsum die Folge.

Diese physischen, sozialen und psychologischen Faktoren werden oft mit Problemtrinken im höheren Alter assoziiert, damit sind sie für ältere Frauen besonders relevant (Blow & Barry, 2002). Daher ist es nicht verwunderlich, dass über 50 % der alkoholabhängigen Frauen als late-onset Alkoholabhängige kategorisiert werden (Gomberg, 1994, zitiert nach Epstein et al., 2008).

1.4.4 Rehabilitation alkoholabhängiger Frauen.

Das Suchthilfenetzwerk ist nur partiell darauf ausgelegt auf die speziellen Problemlagen von süchtigen Frauen und Männern differenziert einzugehen (Vogt, 2008).

Aufgrund der steigenden Anzahl alkoholabhängiger Frauen in entsprechenden Therapieeinrichtungen (Morhart-Klute & Soyka, 2002), sollten geschlechtsspezifische Besonderheiten bei der Behandlung von süchtigem Verhalten nicht mehr vernachlässigt werden (Bäwert & Fischer, 2005) und die Therapiegestaltung an die besonderen Bedürfnisse angepasst werden (Morhart-Klute & Soyka, 2002). Es gilt heute, über die reine Feststellung von geschlechtsbezogenen Unterschieden in der Abhängigkeitserkrankung hinaus zu gehen und diese Erkenntnisse für die Praxis nutzbar zu machen (Helferich, 2008). um eine Qualitätssteigerung der Suchtarbeit zu erreichen (Zenker, 2005).

1.4.4.1 Behandlungszugang.

Frauen sehen sich beim Eintritt in ein stationäres Setting mit mehr Hürden konfrontiert als Männer (Beckmann & Amaro, 1986), vor allem was soziale Belastungen (Morhart-Klute & Soyka, 2002; Vogt, 2008), aber auch die starke Stigmatisierung betrifft (Carver, 1977; Gschöpf, 1985).

Sie begeben sich eher wegen ihrer physischen und emotionalen Probleme als direkt auf Grund ihres Alkoholproblems in Behandlung (Carver, 1977), nehmen weniger gezielt therapeutische Suchtkrankenhilfe in Anspruch (Vogelgesang, 2009).

Weibliche Patientinnen bleiben etwas kürzer in stationärer Behandlung, werden öfter und nach kürzerer Dauer wiederaufgenommen und die individuelle Behandlungsdauer variiert stärker, wobei sie einer aufwendigeren Behandlung bedürfen als Männer (Feselmayer et al., 2003).

Die genannte Komplexität des Krankheitsbilds alkoholabhängiger Frauen führte in der Vergangenheit zu der Annahme, Frauen seien behandlungsresistenter. Diese Annahme kann heute nicht mehr bestätigt werden (Vogt, 2008), es werden mindestens ähnlich hohe Behandlungserfolge erzielt (Feselmayer et al., 2003), außerdem nehmen Frauen eher therapeutische Nachsorge in Anspruch (Kloos, Weller, Chan, & Weller, 2009).

1.4.4.2 Gruppentherapie bei alkoholabhängigen Frauen.

Die Gruppentherapie hat sich bei der Behandlung von alkoholabhängigen Frauen als besonders wirksam herausgestellt (Feselmayer et al., 2003; Vogelgesang, 2009). Es gibt jedoch auf TherapeutInnen- und Patientinnenseite einige Faktoren denen Beachtung geschenkt werden sollte.

Die Gruppe sollte von einer Therapeutin geleitet werden, die als positives Modell einer fürsorglichen, aber dennoch auch Grenzen setzen könnenden Weiblichkeit dienen kann, gerade die Psychotherapie mit abhängigen Frauen besteht aus einer Gradwanderung zwischen den kontratherapeutischen Gefahrenpolen einer Überidentifikation und einer abwehrenden Distanzierung in Bezug auf die Patientin (Vogelgesang, 1999).

Für die Zusammensetzung der Gruppe ist es wichtig, einerseits ausreichend Homogenität zu sichern, indem die Teilnehmerinnen nach Ähnlichkeiten in lebensweltlichen Themen gruppiert werden, um über die Wahrnehmung des Gemeinsamen gegenseitige Empathie und Solidarität zu erzeugen. Andererseits besteht aufgrund der unterschiedlichen Hintergrundsituation immer noch genügend Heterogenität um Erfahrung im Wahrnehmen und Akzeptieren unterschiedlichen individuellen Erlebens zu sammeln (Feselmayer et al., 2003; Vogelgesang, 2009).

Nicht selten bringen die Betroffenen eine Voreingenommenheit gegenüber reinen Frauengruppen mit, die sie vermutlich mit Männern teilen. Die Vorurteile reichen von den Bezeichnungen „Kaffekränzchen“ und „Häkelclub“ über „Tratschrunde“ zu „Männerhasserverein“ (Vogelgesang, 1999). Um dieser negativen Erwartungshaltung entgegenzuwirken, sollte die Atmosphäre der Therapiegruppe stützend, annehmend und

solidarisch sein, kritische Dialoge sollen jedoch ebenso gefördert werden wie Aktivität und Selbstständigkeit (Feselmayer et al., 2003; Vogelgesang, 1999).

Blow, Walton und Kollegen (2000) empfehlen speziell für die Rehabilitation von älteren Frauen den Ansatz der Positiven Psychologie anzuwenden. Es soll nicht nur um Problemfokussierung, Emotionsexplorierung und das Lehren von Bewältigungsstrategien gehen, sondern darum, eine optimistische und positive Einstellung gegenüber dem Leben und sich selbst zu wahren und sich mit interessanten und erfüllenden Aktivitäten als Alternativen zum Alkoholkonsum beschäftigt zu halten.

1.4.4.3 Geschlechtsspezifische Rehabilitation am Beispiel des Anton Proksch Instituts.

Sieben Jahre nach der Eröffnung des API wurden vereinzelt Frauen aufgenommen, für die es vorerst kein frauenspezifisches Angebot gab. Der Behandlungsbedarf für Frauen wurde jedoch deutlich und so kam es 1974 zur Gründung einer eigenen Station für primär alkohol- und medikamentenabhängige Frauen mit 60 Betten, die durchgehend voll ausgelastet sind.

Das Therapiekonzept wurde mehr und mehr frauenspezifischen Bedürfnissen angepasst, schließlich kam es zur Übersiedelung der Frauenstation in den 2003 eröffneten Neubau.

Schon bei der Gründung der Frauenstation wurden die Bedeutsamkeit biologischer Unterschiede und der sozialpsychologische Kontext für die Entwicklung der Abhängigkeit von Frauen hervorgehoben. Obwohl das psychotherapeutische Setting zunächst in weiten Teilen dem der Männerabteilung glich, wurden geschlechtsspezifische Aspekte mit einbezogen, die familiäre und soziale Situation wurde betont.

Ende der 80er Jahre wurde das Behandlungskonzept neu organisiert und laufend dem neuesten Stand der Wissenschaft angepasst. Zwischenzeitlich wurden eine Mutter-Kind-Abteilung sowie eine Einheit für weibliche Jugendliche bzw. junge Erwachsene eingerichtet, welche jedoch aus finanziellen Gründen wieder aufgelassen wurden.

Geschlechtsspezifische Behandlung bedeutet die Berücksichtigung unterschiedlicher Voraussetzungen, Ressourcen und Defizite der Geschlechter zum Dienste einer „zielgruppenspezifischen“ Suchtbehandlung.

Das Therapiekonzept weist in Bezug auf die Behandlung der weiblichen Alkoholabhängigen eine Reihe entsprechender frauenspezifischer Elemente auf, dabei sind

förderliche Rahmenbedingungen bei der Umsetzung therapeutischer Maßnahmen entscheidend. Es soll eine medizinische und soziale Umgebung geschaffen werden, die einem frauenspezifischen Beziehungsstil und einer persönlichen Orientierung gerecht wird, eine Umgebung, die sich bewusst mit Fragen der Geschlechterrollen, der weiblichen Sozialisation und der Stellung der Frau in der Gesellschaft beschäftigt und diese auch beachtet. Eine Umgebung, in der Frauen nicht ausgebeutet werden, die der sexuellen Belästigung vorgebeugt und passive, abhängige Rollen nicht unterstützt. Eine Umgebung, die frauenspezifische Behandlungsschwerpunkte beinhaltet (vgl. Feselmayer et al., 2003).

Das Therapeutische Angebot der Frauenstation des API wird in Kapitel 6.2.2 näher erläutert.

1.5 Zusammenfassung

Heute ist die Alkoholabhängigkeit einer der am weitesten verbreiteten substanzinduzierten Störungen, auch sie unterliegt einem demografischen Wandel bezogen auf die stetige Zunahme älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung und einer damit einhergehenden stärkeren Verbreitung der Alkoholabhängigkeit im Alter. So wurde in jüngeren Jahren dieser Generation mit ihren spezifischen Entstehungsbedingungen, Charakteristika und Auswirkungen einer Alkoholabhängigkeit viel Beachtung geschenkt. Dies kann ebenso auf das sekundäre Geschlecht der Alkoholforschung, nämlich das weibliche, übertragen werden. Die erbrachten Erkenntnisse zeigen, dass das Störungsbild bei älteren Menschen und beim weiblichen Geschlecht gesonderter Betrachtung bedarf. Daher werden geeignete Therapieangebote, die alters- und geschlechtsspezifische Faktoren ausreichend berücksichtigen und fokussieren, verlangt – wobei die Frage, ob dies nur im speziell gerontologischen bzw. geschlechtsspezifischen Behandlungsrahmen bewerkstelligt werden kann, oder auch in alters- und geschlechtsgemischten Settings umgesetzt werden kann, offen bleibt.

KAPITEL 2 – GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT

Dieses Kapitel befasst sich mit der Entstehung des Begriffs Lebensqualität und im Besonderen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, als wichtiges medizinisches Evaluationskriterium. Die Dimensionen dieses Konstrukts werden näher erläutert und darauf folgend deren Bedeutung für das Alter und die Alkoholabhängigkeit hervorgehoben.

2.1 Zur Entstehung des Begriffs Lebensqualität

Die Ursprünge des Konzepts der Lebensqualität liegen in der sozialwissenschaftlichen Wohlfahrts- und Sozialindikatorenforschung, in der Medizin fand die Diskussion um den Begriff Lebensqualität in den 80er Jahren ihren Schwerpunkt, wo vorerst eine ausschließliche Orientierung an physiologisch und funktional definierten Zielen als Erfolgsindikatoren vorherrschend war (Birnbacher, 1998), in letzter Zeit werden auch verstärkt subjektive Indikatoren berücksichtigt (Diener & Suh, 1997).

Es herrschen unterschiedliche Auffassungen darüber vor, wie Lebensqualität definiert bzw. operationalisiert werden soll, jedoch besteht Konsens darüber, dass es sich um ein multidimensionales Konstrukt handelt (Bullinger, 2000).

Die WHO (1948, zitiert nach Winkler et al., 2003) betrachtet Lebensqualität aufbauend auf der Definition von Gesundheit als ein Zustand umfassenden körperlichen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit, als komplexen übergeordneten Ansatz, der Konstrukte wie Zufriedenheit oder Wohlbefinden umfasst. Wobei das Ziel ist, verschiedene Aspekte des Gesundheitsbegriffs zu integrieren, im Mittelpunkt steht dabei die subjektive Wahrnehmung und Bewertung der Lebensbedingungen durch das Individuum und dessen Einbettung in einen interkulturellen Kontext (WHOQOL-Group, 1995). Woraus sich die folgende Definition des Begriffs Lebensqualität ergibt:

„Quality of life is the individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.“ (WHOQOL-Group, 1995, S. 1405)

2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Schwerpunkt der Forschung bildet die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die in der Medizin ein zunehmend an Bedeutung gewinnendes Evaluationskriterium darstellt

(Bullinger, 2000) und *die subjektive Wahrnehmung der eigenen psychischen, physischen und sozialen Gesundheit und Funktionsfähigkeit* beschreibt (Bullinger, Ravens-Sieberer, & Siegrist, 2000). Sie fokussiert in der klinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung zentrale Aspekte des Befindens und Handlungsvermögens von Individuen, die unter gesundheitlichen Einschränkungen, psychischen Störungen oder chronischen Erkrankungen leiden (Bullinger et al., 2000).

Unter die *physische Dimension* fallen krankheitsbedingte körperliche Beschwerden mit einhergehenden Schmerzen und Beeinträchtigungen. Die *psychische Dimension* bezieht sich auf den Einfluss der Erkrankung auf die psychische Verfassung, also Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und emotionale Befindlichkeit. Die *soziale Dimension* umfasst den Einfluss der Erkrankung auf die Quantität und Qualität sozialer Beziehungen und zwischenmenschlicher Interaktionen. Zuletzt ergibt sich die *funktionale Dimension* aus der Funktionsfähigkeit im alltäglichen Leben (Bullinger et al., 2000).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität dient sowohl in der Therapiebewertung im Rahmen klinischer Studien als auch in der gesundheitsökonomischen Evaluation des Nutzens von Interventionen als wichtiges Outcome-Maß (Rose et al., 2000), wobei die subjektive patientenzentrierte Perspektive einen erheblichen Beitrag leistet (Holzhausen, Borschlegel, & Fischer, 2009). Ein Vergleich zwischen verschiedenen Erkrankungen wird möglich und ein Einblick, welche Dimensionen der Lebensqualität durch einer Erkrankung oder Therapie besonders verändert werden (Rose et al., 2000).

2.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität im Alter

Speziell für ältere Menschen sind subjektive Vorstellungen von tragender Bedeutung für die Einschätzung der aktuellen Lebenssituation (Winkler et al., 2003), objektive Kriterien wie Lebenserwartung oder die objektive gesundheitliche Verfassung treten in den Hintergrund (Winkler et al., 2003). Wobei die äußeren Bedingungen aber natürlich einen genauso wertvollen Beitrag zum Gesamtbild der Lebensqualität beisteuern (Holzhausen et al., 2009).

Als bedeutsame Facetten der Lebensqualität im Alter haben sich soziale Beziehungen, soziale Partizipation, Umwelt (Winkler et al., 2003), Unabhängigkeit (Baumann, Pütz, Röhrig, Höffken, & Wedding, 2009; Winkler et al., 2003), Lebenszufriedenheit und Schmerzerleben (Holzhausen et al., 2009) herausgestellt.

Die zentrale Rolle in der Dimension soziale Beziehungen bildet dabei insbesondere die Beziehung zur Familie. Unter sozialer Partizipation hat sich die aktive Teilhabe am gesellschaftlichen und politischen Leben als sehr wichtig erwiesen. Vor allem finanzielle Ressourcen spielen in die Dimension Umwelt hinein. Für Unabhängigkeit ist die Bewältigung alltäglicher Aktivitäten des Lebens trotz vorhandener Einschränkungen der wichtigste Faktor (Winkler et al., 2003).

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass ältere Menschen mit dem Begriff der Lebensqualität sowohl soziale als auch gesundheitliche und umweltbezogene Aspekte verbinden (Winkler et al., 2003).

Das Alter kann einen negativen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität haben (Livingston, 2009), vor allem auf physischer Ebene (Baumann et al., 2009), der Anstieg körperlicher Symptome im Alter zeigt sich vor allem bei Frauen deutlich (Baumann et al., 2009).

Mit dem Vorhandensein altersbedingter körperlicher Symptome (Baumann et al., 2009; Winkler et al., 2003), Life Stressors wie geringes Einkommen oder Arbeitslosigkeit (Welsh, Buchsbaum & Kaplan, 1993; Winkler et al., 2003) oder Einsamkeit durch den Verlust sozialer Beziehungen (Winkler et al., 2003) und eine damit einhergehende generelle pessimistische Lebenseinstellung (Hornquist & Akerlind, zitiert nach Foster, Powell, Marshal & Peters, 1999) kann sich die Lebensqualität bemerkenswert verschlechtern. Daher scheint es wichtig, die Wahrnehmung gesundheitsbezogener Lebensqualität in Abhängigkeit vom Lebensalter und den damit einhergehenden körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen zu betrachten (Seidemann, Franke, Salewski, & Morfeld, 2010).

Jedoch wird deutlich, dass der negative Einfluss gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf die Lebensqualität im Alter einerseits durch eine Anpassung der Umweltbedingungen an spezifischen Bedürfnisse und andererseits durch selbstbezogene Regulationsprozesse abgemildert werden kann (Winkler et al., 2003). Das Erleben von Zufriedenheit und Wohlbefinden wird oft als Schlüsselrolle für hohe Lebensqualität im Alter gesehen (Diener & Suh, 1997).

2.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Alkoholabhängigen

Es ist bekannt, dass Alkoholkonsum zu Problemen in verschiedenen Lebensbereichen, wie emotionalen, beruflichen, sozialen, familiären und physischen Bereichen (Babor, 1986,

zitiert nach Donovan, Mattson, Cisler, Longabaugh & Zweben., 2005) führt, daher ist die starke Beeinträchtigung der Lebensqualität Alkoholabhängiger (Donovan et al., 2005; Foster et al., 1999; Morgan, Landron, & Lehert, 2004), besonders in Relation zu mentaler Gesundheit und dem sozialen Funktionsniveau (Morgan et al., 2004; Welsh et al., 1993), naheliegend.

Dabei werden Zusammenhänge mit soziodemographischen und patientenbezogenen Variablen deutlich: gereiht nach größtem Einfluss auf die Lebensqualität erweisen sich der Schweregrad der Abhängigkeit, Berufsstatus (Morgan et al., 2004), komorbide psychiatrische Symptome (Donovan et al., 2005; Morgan et al., 2004), Menge und Häufigkeit des Konsums, allgemeiner Gesundheitszustand (Morgan et al., 2004), Alter, Geschlecht und Bildung (Donovan et al., 2005; Morgan et al., 2004) als bedeutsam.

Bei Frauen resultiert oft im Zusammenhang mit höheren Depressionswerten und psychiatrischen Komorbiditäten (Foster et al., 1999) und geringerer mentaler Gesundheit (Morgan et al., 2004) eine erheblich reduzierte Lebensqualität.

2.5 Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Rahmen einer Rehabilitation

Die Regeneration einer Alkoholkrankung ist nicht allein am Einstellen des Konsums festzumachen, sondern an der Verbesserung der Lebensqualität (Welsh et al., 1993). Reduzierter Konsum und eine Kurzzeittherapie führen schon zu einer bedeutenden Verbesserung, durch anhaltende Abstinenz ist mit einer Wiederherstellung der Lebensqualität, in einem Ausmaß, das auch bei gesunden Individuen vorliegt, zu rechnen (Donovan et al., 2005; Foster et al., 1999; Morgan et al., 2004). Wobei festzuhalten ist, dass jene Patienten mit schlechteren Ausgangswerten in der Lebensqualität auch eine schlechtere Prognose aufweisen (Morgan et al., 2004).

Ziel einer erfolgreichen Rehabilitation sollte der Versuch, wieder ein angemessenes Funktionslevel in allen Lebensbereichen herzustellen, darstellen (Welsh et al., 1993).

2.6 Zusammenfassung

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität liefert durch den Einbezug der Patientenperspektive einen entscheidenden Beitrag zur Evaluation einer Therapie oder Intervention und erfährt somit zunehmende Bedeutung in der Auseinandersetzung mit und Behandlung von körperlichen Beschwerden und psychischen Störungen. Alters- und

alkoholabhängigkeitsbedingte negative Symptome und einhergehende Belastungen haben einen großen Einfluss auf das allgemeine Wohlbefinden, die Funktionsfähigkeit und damit auch auf die Lebensqualität. Daher sollte die Verbesserung der Lebensqualität sowohl in gerontologischen als auch rehabilitativen Interventionen Berücksichtigung finden, um ein angemessenes Funktionsniveau in allen Lebensbereichen sicherstellen zu können.

KAPITEL 3 – STRESSBEWÄLTIGUNG

Zu Beginn wird Stress definiert und dessen Bewältigung durch heranziehen des Kognitiv-Transaktionalen Stressmodells nach Lazarus (1984) erläutert. Anschließend wird die Stressbewältigung bei Alkoholabhängigen unter besonderer Berücksichtigung des Alters unter die Lupe genommen und schließlich auf deren Förderung innerhalb rehabilitativer Interventionen eingegangen.

3.1 Definition von Stress

Stress ist ein Muster spezifischer und unspezifischer Reaktionen eines Individuums auf Reizereignisse, welche dessen Gleichgewicht und Bewältigungsfähigkeiten strapazieren (Zimbardo & Gerrig, 1999). Lazarus (1984) unterscheidet zwischen *daily hassles*, den vielen kleinen Alltagsbelastungen, und *life events*, den schwerwiegenden Lebensereignissen, beide Formen von Belastungen lösen Stress aus. Jedoch bedingen negative life events weniger eine schlechte Gesundheit als die daily hassles (McKean Skaff, Finney & Moos, 1999) – die alltäglich vorhandenen Stressoren stechen hervor und führen zu einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens (Lazarus, 1984).

3.2 Das Kognitiv-Transaktionale Stressmodell nach Lazarus

In der modernen Stresspsychologie findet meist das Kognitiv-Transaktionale Stressmodell nach Lazarus Verwendung (Wechdorn & Günther, 1998), welches die Art des Stressors und dessen kognitive Bewertung (*cognitive appraisal*) als Schlüsselfaktoren des *Coping* hervorhebt. Die Bewertung des Stressors erfolgt in zwei aufeinander folgenden Schritten: zuerst wird durch die primäre Bewertung (*primary appraisal*) die aktuelle Situation auf potentielle Gefährlichkeit untersucht – wird diese als bedrohlich oder schädigend bewertet, entsteht Stress. In der darauf folgenden sekundären Bewertung (*secondary appraisal*) werden vorhandene persönliche Möglichkeiten zur Stressverarbeitung eingeschätzt, das können soziale Fertigkeiten und Ressourcen, Intelligenz und gesundheitsbezogene Faktoren sein (Lazarus & Folkman, 1984). Entsprechend der vorhandenen Ressourcen reagiert das Individuum mit einer bestimmten Bewältigungsstrategie (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986).

3.3 Definition von Stressbewältigung

Stressbewältigung (*Coping*) wird als kognitive und verhaltensbezogene Bemühung verstanden, spezifische externale oder internale Anforderungen, die die Ressourcen einer Person strapazieren oder überfordern, zu bewältigen (Lazarus & Folkman, 1984).

Laut dem Transaktionalen Stressmodell kann eine Person einerseits emotionsfokussierte Copingstrategien (*emotion-focused*) anwenden, um durch die Stresssituation ausgelöste Emotionen zu regulieren, wobei eine direkte Auseinandersetzung mit dem Problem nicht stattfindet. Die andere Möglichkeit des problemfokussierten Copings (*problem-focused*) besteht aus direkten Handlungen der Person mit dem Versuch das stressauslösende Problem zu beseitigen (Folkman et al., 1986). Eine weitere Form stellt das *kognitive Coping* dar, bei dem es zu einer Neubewertung der stressreichen Umwelt und der persönlichen Emotionen kommt (Lazarus & Folkman, 1984).

In der Literatur finden auch die folgenden Bezeichnungen Bedeutung: *approached coping*, welches mit dem problem-focused coping gleichzusetzen ist und angewendet wird, wenn die stressauslösende Situation als Herausforderung bewertet wird. Und *avoidance coping*, welches die Vermeidung der Situation, wenn diese als angstausslösend interpretiert wird, zur Folge hat, diese Strategie ist mit dem emotion-focused coping gleichzusetzen (Moos, Brennan, Fondacaro & Moos, 1990, zitiert nach Chung, Langenbucher, Labouve, Padina, & Moos, 2001).

3.2 Stressbewältigung im Alter

Bisherige Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass sich Stressbewältigung mit zunehmendem Lebensalter verändert, es kann von altersbezogener Unterschieden ausgegangen werden (Folkman, Lazarus, Pimley, & Novacek, 1987).

Jüngere Erwachsene tendieren eher zum problemfokussierten Coping und daher zu konfrontativen, handlungsorientierten Bewältigungsformen, womit aktivere Problemlöseversuche einhergehen (Folkman et al., 1987; Lazarus, 1999), neigen aber auch häufiger zu negativen Denkansätzen und Selbstbeschuldigung (Aldwin, 1994). Ältere Erwachsene greifen hingegen häufiger zum emotionsfokussierten Coping, womit inaktivere Problemlöseversuche einhergehen (Aldwin, 1994), zeigen aber öfter positive Neubewertungen (Lazarus, 1999). Jüngere Ergebnisse zeigen jedoch, dass Ältere in stressauslösenden Situationen öfter auf *approached coping* zurückgreifen als Jüngere (Lemke & Moos, 2002).

3.3 Stressbewältigung und Alkoholabhängigkeit

Es gibt viele Theorien, die sich auf den Zusammenhang zwischen Stresserleben und –bewältigung, Alkoholkonsum und –abhängigkeit beziehen, ihnen allen ist gemeinsam, dass der Konsum von Alkohol zur Bewältigung der psychischen Folgen von Belastungssituationen dient (Ayer, Harder, Rose, & Helzer, 2011). Dabei wird nicht nur eine kurze Stressminderung infolge des Konsums angenommen, sondern auch das Hervorrufen neuer Stressoren infolge des dysfunktionalen Bewältigungsverhaltens.

Das Verlassen auf Vermeidungsstrategien, um mit Stress umzugehen, sagt negative Folgen wie Depression, Drogenmissbrauch und Problemtrinken (Moos, 1993, zitiert nach Chung et al., 2001) vorher. Wobei letztere Forschung die Chronizität (Brennan, Schutte & Moos, 1999) und Domänenspezifität (Brennan et al., 1999; McKean Skaff et al., 1999; Brennan & Moos, 1990) von Stressoren in ihrer Vorhersagekraft für problematischen Alkoholkonsum hervorhebt.

Problemtrinker geben im Vergleich zu gesunden Individuen mehr negative *life events* und chronische Stressoren in unterschiedlichen Lebensbereichen wie Heim und Nachbarschaft, Finanzen, Partnerschaft und Freundeskreis an, wobei besonders bei Frauen den familiären Stressoren ein hohes Gewicht zukommt (Brennan & Moos, 1990).

Unter Alkoholabhängigen werden allgemein häufiger Vermeidungsstrategien wie Verdrängung, Vermeidung oder das Beschuldigen Anderer angewendet (Conte, Plutchik, Picard, Galanter, & Jacoby, 1991). Alkohol fungiert dann als Mittel um den Stress zu reduzieren (Forys, McKellar & Moos, 2007; Welte & Mirand, 1993).

Die Lebensqualität von Alkoholabhängigen scheint im Vergleich zu gesunden Individuen durch ähnliche Stressoren schwerer beeinträchtigt, dies könnte an der empfundenen Unkontrollierbarkeit der Stressoren liegen (Welsh et al., 1993).

Bei Frauen kommt es unter dem Einfluss von Stress, besonders psychischen Stressfaktoren (Mantek, 1979), eher zur Entwicklung eines Trinkproblems als bei Männern (Allan & Cooke, 1985). Alkoholabhängige Frauen wenden besonders häufig Vermeidungsstrategien an (Conte et al., 1991; Timko, Finney & Moos, 2005), die oft gegen die eigene Person gerichtet sind (Merfert-Diete & Soltau, 1984). Auch kommt es bei ihnen öfter zum sogenannten *drinking to cope* (Timko et al., 2005; Gschöpf, 1985; Mantek, 1979).

Es wird angenommen, ihr Funktionsniveau bezüglich Coping (Conte et al., 1991), Ressourcen und allgemeiner Belastung (Timko et al., 2005), sei nicht nur geringer als jenes gesunder Frauen, sondern auch als jenes der alkoholabhängigen Männer.

Sie geben vor Therapieantritt mehr soziale Stressoren als Männer an (Timko et al., 2005; Conte et al., 1991; Brennan & Moos, 1990; Vogt, 2008), scheinen jedoch im Gegenzug mehr von der Rehabilitation und der Teilnahme an Selbsthilfegruppen in Bezug auf die Verbesserung der Copingmethoden und auch der sozialen Ressourcen zu profitieren (Timko et al., 2005).

3.4 Stressbewältigung, Alter und Alkoholabhängigkeit

Den negativen life events, den chronischen Stressoren und dem Fehlen sozialer Unterstützung wird die Hauptrolle in der Aufrechterhaltung der Abhängigkeit im Alter zugeschrieben, wobei festgehalten werden muss, dass der Alkoholkonsum selbst zu Stress und fehlender Unterstützung führen kann (Brennan & Moos, 1990).

Besonders im Alter scheinen Verlustereignisse die Kapazität älterer Menschen zu übersteigen und das Risiko einer Alkoholabhängigkeit zu erhöhen – dieser Zusammenhang wurde vor allem bei älteren Frauen nachgewiesen (Brennan & Moos, 1990). Ältere Problemtrinker erleben mehr Stressoren als ihre gesunden Altersgenossen, da bei ihnen ungünstige Umstände über eine Reihe von Lebensbereichen aufeinander treffen (Brennan & Moos, 1990). Tod oder Krankheitsfälle im familiären Umfeld und Freundeskreis, zu pflegende PartnerInnen, das Sinken eigener körperlicher und mentaler Fähigkeiten, der Verlust von Freundschaften und die Pensionierung (Ekerdt, Labry, Glynn, & Davis, 1989), all diese negativen *life events* können zu verstärktem Trinken führen (Welte & Mirand, 1993; Allan & Cooke, 1985).

Es lassen sich viele frauenspezifische *life events*, die zu verstärktem Konsum im Alter führen können, aufzeigen (Allan & Cooke, 1985): dazu zählen vor allem Ereignisse im biologischen (siehe Kapitel 1.4.2.4) und psychosozialen (*empty nest syndrom* (Curlee, 1969)) Bereich.

3.5 Verbesserung der Stressbewältigung in einer Rehabilitation

Viele Studien zum Thema Stress und Alkoholabhängigkeit konzentrieren sich auf die *kognitive Verhaltenstherapie*, in der das *Copingskillstraining* seinen Platz findet, welches postuliert: Defizite in der Fähigkeit mit *life events* umzugehen im allgemeinen und mit den

Folgen des Alkoholkonsums im speziellen, führen zu exzessiven Gebrauch von Alkohol. (Forys et al., 2007).

Chronische Stressoren sollen im Zuge der Rehabilitation reduziert werden und die Copingskills verbessert werden (Chung et al., 2001) um die Abstinenzfähigkeit zu fördern und das Risiko eines Rückfalls zu verringern (Timko et al., 2005). Gute Copingskills stehen mit positiven Langzeitergebnissen der Rehabilitation in Verbindung (Forys, et al., 2007; Timko, et al., 2005).

Es hat sich gezeigt, dass die kognitive Bewertung eines Stressors ein stärkerer Prädiktor für das Verwenden von *problemfokussiertem Coping* ist, als die Art des Stressors, daher wird der *kognitiven Umstrukturierung* im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie besondere Bedeutung beigemessen (Chung et al., 2001), ihre gute Wirksamkeit bei Alkoholabhängigen hat sich unter Beweis gestellt hat (Beck, 1997). Betroffene werden dazu angeregt, Gefühle, Einstellungen und Ereignisse zu analysieren und rational zu interpretieren um mit künftigen Belastungen adäquat umgehen zu können (Brady & Sonne, 1999).

Auch *verhaltensbezogene Therapieelemente* nehmen einen großen Stellenwert ein, hier fällt das *Life Skills Training* darunter, in dem verschiedene Kompetenzen, wie Problemlösestrategien (Forys et al., 2007) oder die Anwendung verschiedener Entspannungsmethoden und –techniken (Faul, Jim, Lotfus, & Jacobsen, 2010) erarbeitet werden (Kiefer & Mann, 2007) und anschließend in den Alltag Eingang finden (Forys et al., 2007).

3.6 Zusammenfassung

Stress als ein spezifisches und unspezifisches Muster von Reaktionen eines Individuums auf Reize, strapaziert dessen Gleichgewicht und Bewältigungsfähigkeiten – bei adäquater Anwendung von Bewältigungsstrategien wird das Individuum gesund bleiben. Auf längere Dauer können unzureichende Bewältigungsstrategien negativ auf die Gesundheit wirken, woraus sich unter anderem eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln kann. Die Interpretation von stressauslösenden Reizen und die Anwendung von Bewältigungsstrategien können sich sowohl im Alter als auch im Zuge einer Alkoholabhängigkeit verändern, daher wird der kognitiven Umstrukturierung und dem Copingskillstraining im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie und verhaltenstherapeutischen Elementen besondere Bedeutung beigemessen.

KAPITEL 4 – PERSONELLE RESSOURCEN

Es folgt eine theoriegeleitete Auseinandersetzung mit den Stärken und Ressourcen eines Individuums, wobei auf das Alter ausreichend Bezug genommen wird. Die Ressourcenarbeit, als zentraler Wirkmechanismus einer Psychotherapie, wird detailliert dargestellt und schließlich auf die Arbeit mit Alkoholabhängigen ausgerichtet präsentiert.

4.1 Einleitung

In der klassisch psychopathologisch orientierten Psychologie fand die Beschäftigung mit Stärken und Ressourcen eines Individuums eher wenig Platz (Forstmeier, Uhlendorff & Maercker, 2005; Musalek, 2008). Dabei können Ressourcen sowohl eine gesundheitsfördernde, aufrechterhaltende als auch eine präventive und vor allem kurative Wirkung erfüllen (Zeidler, 2009).

Verschiedene theoretische Modelle, die die Berücksichtigung von Ressourcen unterstreichen und den defizitorientierten Ansatz kritisieren, fanden mit dem Beginn der Positiven Psychologie im Jahre 1990 Eingang in die Forschung.

4.1.1 Das Salutogenese- Modell nach Antonovsky.

Der bekannteste Vertreter unter den ressourcenorientierten Modellen ist das Salutogenese-Modell von Antonovsky (1991; 1993, zitiert nach Wiesmann, Wendlandt, & Hannich, 2004). Es beschäftigt sich unter anderem damit, wie gut eine Person vorhandene Ressourcen zum Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens zu nutzen weiß (Kohärenzgefühl; *sense of coherence* – SOC). Die Ressourcen wirken als Potenzial, das bei der Bewältigung von Spannungszuständen aktiviert werden kann (Wiesmann et al., 2004). Antonovsky bezeichnet diese als generalisierte Widerstandsquellen (*Generalized Resistance Resources*), die in der Person oder der Umwelt liegen können und durch eine Balance von Über- und Unterforderung charakterisiert sind. Hierbei nennt er individuelle Faktoren (z.B. körperliche Faktoren, Intelligenz, Ich-Stärke) sowie soziale und kulturelle Faktoren (z.B. soziale Unterstützung, Schichtzugehörigkeit, kulturelle Stabilität).

4.3 Ressourcenorientierung im Alter

In der Alterspsychologie werden Ressourcen unter anderem unter dem Stichwort „erfolgreiches Altern“ thematisiert (Baltes & Baltes, 1990, zitiert nach Forstmeier et al., 2005). Erfolgreiches Altern umfasst mindestens ein geringes Ausmaß an Krankheit und

Behinderung, hohe kognitive und körperliche Fähigkeiten und ein aktives Lebensengagement.

Gerade die Alterspsychotherapie kann von einer Ressourcenorientierung profitieren (Forstmeier et al., 2005).

4.3.1 Das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation.

Das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK-Modell, Baltes & Carstensen 1996, zitiert nach Maercker, 2003) geht von einer Ressourcenverminderung im Alter aus, vorhandene Ressourcen sollen gestärkt und verfeinert werden. Die *Selektion* erfordert eine Neuanpassung der Standards, Ziele und Erwartungen. Wenn Fähigkeiten oder Fertigkeiten ganz bzw. teilweise verloren gehen wird die *Kompensation* erforderlich, um das damit verbundene Ziel beibehalten zu können. Die angesprochene Stärkung und Verfeinerung der Ressourcen und Handlungsmittel bedeutet deren *Optimierung*. Das SOK-Modell ist besonders geeignet, praktikable Leitlinien für die Psychotherapie von Depressionen im Alter aufzustellen.

4.3.2 Das Kohorten-Kontext-Reife-Herausforderungs-Modell.

Das Kohorten-Kontext-Reife-Herausforderungs-Modell (KKRH) von Knight (1996, zitiert nach Maercker, 2003) hebt die Verfügbarkeit von Entwicklungsgewinnen des Alters als Ressourcen hervor, die für die therapeutische Beziehung relevant sind. Unter *Reife* fällt vor allem die Lebenserfahrung Älterer, die zu einem beträchtlichen Wissen über die Welt und die Menschen führt – ein deutlicher Entwicklungsgewinn des Alters, der als Ressource zur Verfügung stehen kann. Die *Herausforderung* besteht darin mit den verschiedenen Formen des Verlusts im Alter umgehen zu können.

4.4 Ressourcenorientierung in der Psychotherapie

Eine ressourcenorientierte Psychotherapie verfolgt im Wesentlichen zwei Strategien (Alpers, 2005; Musalek, 2008). Zum einen sollen erkannte Stärken des beeinträchtigten Menschen gefördert und neue Entfaltungsmöglichkeiten geschaffen werden. Zum anderen vorhandene Schwächen zu Stärken gemacht werden.

Ressourcen zu berücksichtigen, kann eine größere Bedeutung für die Wirkung einer Psychotherapie haben, als die reine Betrachtung des bestehenden Problems (Musalek, 2008) – indem geprüft wird, wie ein Problem am besten verändert werden kann und nicht nur, was verändert werden soll (Grawe & Grawe-Gerber, 1999). Oft reicht das reine

Vorhandensein von Ressourcen nicht aus, die subjektive Wahrnehmung des entsprechenden Potentials einer vorhandenen Ressource ist von größerer Bedeutung (Zeidler, 2009). Im Zuge einer Therapie soll die Wahrnehmung von Ressourcenpotentialen gefördert werden und die gezielte Einsetzung dieser erlernt werden (Forstmeier et al., 2005; Wiesmann et al., 2004; Zeidler, 2009), die Ressourcenaktivierung wird als ein zentraler Wirkmechanismus jeder Psychotherapie angesehen (Grawe & Grawe-Gerber, 1999). Der Erfolg einer Psychotherapie hängt demnach davon ab, inwieweit es gelingt, mitgebrachte Ressourcen für therapeutische Zwecke zu optimieren (Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Musalek, 2008). Die Fähigkeiten und Unfähigkeiten eines Menschen müssen herausgefunden, aufgespürt, ausgelotet und mit dem Patienten gemeinsam zu einem ressourcenorientierten Behandlungsplan integriert und umgesetzt werden (Alpers, 2005; Musalek, 2008).

4.4.1 Potentielle Ressourcen.

Ressource kann jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation des Patienten sein (Grawe & Grawe-Gerber, 1999), der Mensch als Ganzes, als körperliches, psychisches und soziales Wesen, liefert entsprechende Ressourcen (Musalek, 2008). *Tabelle 1* soll der Übersicht potentieller personenbezogener und umweltbezogener Ressourcen dienen (Alpers, 2005).

Tabelle 1. Personen- und umweltbezogene potentielle Ressourcen.

Personenbezogene Ressourcen	
- Selbstwertgefühl	- Kohärenzgefühl
- Optimismus	- Belastbarkeit/Widerstandsfähigkeit
- Problemlösekompetenz/-fähigkeit	- Zielstrebigkeit
- Selbstwirksamkeit/Kontrollüberzeugung	- Emotionale Offenheit/ Ausgeglichenheit
- Flexibilität	- Bildung/Wissen
- kognitive und intellektuelle Fähigkeiten	- Gesundheit/körperliche Fitness
Umweltbezogene Ressourcen	
- Sozioökonomischer Status	- Emotionale und soziale Unterstützung
- Stabile soziale Netzwerke	- Kulturelle/politische Stabilität
- Partnerschaft	

Fortmeier und Kollegen (2005) schlagen eine Unterteilung in *emotionale Ressourcen* (z.B. Lebenszufriedenheit, Lebensqualität), *motivationale Ressourcen* (z.B. Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeitserwartung, Stressbewältigung), *volitionale Ressourcen* (z.B. Handlungsorientierung, Selbstregulation), *interpersonale Ressourcen* (z.B. Bildung, soziale Verantwortung) und *soziale Ressourcen* (z.B. soziale Unterstützung, Partnerbeziehung) vor.

Unter dieser Vielzahl gilt es jene Ressourcen herauszufinden, die für das Individuum im therapeutischen Prozess hilfreich sind und unterstützend eingesetzt werden können. Besonders geeignet sind jene, die motivational stark besetzt sind und sich steigernd auf das Selbstwertgefühl auswirken, um den Veränderungsprozess zu mobilisieren (Feselmayer, Poltrum, & Cervinka, 2008). Als *Schlüsselressourcen*, die eine Person erst in die Lage versetzen, von anderen Ressourcen zu profitieren, gelten die Selbstwirksamkeitserwartung und die soziale Unterstützung (Alpers, 2005).

4.5 Ressourcenarbeit und Alkoholabhängigkeit

Die Ressourcendiagnostik findet ihr Haupteinsatzgebiet bei chronischen Erkrankungen und damit auch im ganz besonderen Maße bei chronischen Suchtkranken (Musalek, 2008).

Für Alkoholabhängige sind laut Bühringer und Kunz-Ebrecht (2005) folgende Schutzfaktoren, die allesamt Ressourcen darstellen können, von besonderer Bedeutung: internale Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung (siehe Kapitel 5), Risikowahrnehmung, Stressbewältigung und Widerstandsfähigkeit (siehe Kapitel 3), Optimismus, Kommunikationsfähigkeit und soziale Unterstützung in Krisensituationen, die besonders von Frauen in Anspruch genommen wird (Neises & Barolin, 2009) und gerade für ältere Menschen wohltuend sein kann (Wiesmann et al., 2004).

Auch das Erleben positiver Emotionen, wie Freude und Genuss und die Verbundenheit mit der Natur müssen als wichtige Ressourcen im therapeutischen Prozess mit Alkoholabhängigen angesehen werden. Denn positive Emotionen sind eine unbedingte Voraussetzung für die Ersetzung des Suchtmittels durch neue Fähigkeiten um dem höchsten Therapieziel, ein selbstbestimmtes und erfülltes Leben ohne Suchtmittel, näherzukommen (Feselmayer et al., 2008).

Ziele einer Rehabilitation beinhalten daher das Stärken von persönlichen Ressourcen (wie Copingstrategien (siehe Kapitel 3) und Selbstwirksamkeit (siehe Kapitel 5)), die Unterstützung sich alternative Belohnungen zu verschaffen (wie gesundheitsbezogene

Lebensqualität (siehe Kapitel 2 oder wirtschaftliches Wohlergehen) und protektiven Aktivitäten nachzugehen (wie Teilnahme an den Anonymen Alkoholikern) und das Stärken sozialer Unterstützung durch Familie und Freunde (McKean Skaff, et al., 1999; Moos & Moos, 2006).

Durch eine Rehabilitation kann die eingeschätzte Verfügbarkeit von Ressourcen und eine damit einhergehende Erhöhung der empfundenen Lebensqualität signifikant erhöht werden (Schiepek, Noichl, Tischer, Honermann, & Elbing, 2001).

4.6 Zusammenfassung

Die Ressourcenaktivierung als zentraler Wirkmechanismus jeder Psychotherapie weist eine Breite theoretische Fundierung auf. Die Verfügbarkeit von Ressourcen ist individuell unterschiedlich und auch großer Veränderung über die Lebensspanne unterworfen. In einer ressourcenorientierten Therapie gilt es das Individuum hinsichtlich seiner Stärken und Schwächen zu untersuchen, diese aufzuzeigen und sie für das therapeutische Setting nutzbar zu machen, indem gemeinsam mit dem Betroffenen ein adäquater Behandlungsplan ausgearbeitet wird. Die Ressourcendiagnostik findet ihr Haupteinsatzgebiet bei chronischen Erkrankungen, die besonders mit dem Alter einhergehen können und auch im ganz besonderen Maße bei chronisch Abhängigen, daher ist die Ressourcenarbeit in der Gerontologie und Suchtarbeit von besonderer Bedeutung.

KAPITEL 5 – SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG

Die Selbstwirksamkeitserwartung soll als personeninterne Schlüsselressource (siehe Kapitel 4) näher beleuchtet werden. Im anschließenden Kapitel wird zunächst auf die Erklärung des Begriffs Selbstwirksamkeit und auf dessen theoretische Fundierung im Rahmen der sozial-kognitiven Theorie von Bandura (1977) eingegangen. Weiters wird die Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung erläutert und deren Wichtigkeit durch Befunde in der Altersforschung und der Suchtforschung unterstrichen.

5.1 Die sozial-kognitive Theorie von Bandura

Nach der sozial-kognitiven Theorie von Bandura werden kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse durch zwei grundlegende Erwartungshaltungen beeinflusst, die Handlungs-Ergebnis-Erwartungen bzw. Konsequenzerwartungen (outcome expectancies) und die Selbstwirksamkeitserwartung bzw. Kompetenzüberzeugung (perceived self-efficacy) (Bandura 1977; Schwarzer & Jerusalem, 2002). Die *Konsequenzerwartung* spiegelt die Einschätzung einer Person, ein bestimmtes Verhalten führe zu einem bestimmten Ergebnis, wieder. Die *Selbstwirksamkeitserwartung* meint die Überzeugung, das erforderliche Verhalten selbst erfolgreich ausführen zu können, um das gewünschte Ergebnis zu produzieren, ihr fällt die größere Rolle bei der Ausführung von Handlungen zu. Denn die Selbstwirksamkeitserwartung entscheidet darüber, ob ein bestimmtes Copingverhalten ausgelöst wird und wie viel Mühe bei der Bewältigung aufgewendet wird (Bandura, 1977), je stärker die wahrgenommene Selbstwirksamkeit, desto aktiver die Bemühungen. Es wird zwischen den beiden Erwartungshaltungen unterschieden, da das Wissen über ein bestimmtes Verhalten und dessen Ergebnis vorliegen kann, aber wenn ernsthafte Zweifel vorliegen, ob das erforderliche Verhalten selbst ausführbar ist, wird diese Information das eigentliche Verhalten nicht beeinflussen (Bandura, 1977).

5.2 Definition der Selbstwirksamkeitserwartung

Daher definieren Schwarzer und Jerusalem (2002) Selbstwirksamkeitserwartung als die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen auf Grund eigener Kompetenz bewältigen zu können. Es ist also das Vertrauen in die eigene Kompetenz, schwierige Handlungen in Gang setzen und zu Ende führen zu können, auch wenn dabei Barrieren überwunden werden müssen, gemeint (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Bandura (1997) spricht von einer allgemeinen und einer spezifischen Selbstwirksamkeit. Die *situationsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung* zeichnet sich durch die subjektive Gewissheit, eine konkrete Handlung auch dann erfolgreich ausführen zu können, wenn bestimmte Barrieren auftreten, aus. Die *allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung* umfasst alle Lebensbereiche und bringt eine optimistische Einschätzung der generellen Lebensbewältigungskompetenz zum Ausdruck (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

5.3 Entstehung der Selbstwirksamkeitserwartung

Bandura (1977) nennt vier mögliche Quellen, gereiht nach deren Stellenwert, für den Erwerb von Kompetenzerwartungen: Handlungsergebnisse in Gestalt eigener Erfolge und Misserfolge (*performance accomplishments*), stellvertretende Erfahrungen durch Beobachtung von Verhaltensmodellen (*vicarious experience*), sprachliche Überzeugungen (*verbal persuasion*), Wahrnehmung eigener Gefühlsregung (*emotional arousal*). Je verlässlicher diese Quellen, desto größer ihr Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartung.

5.4 Selbstwirksamkeit im Alter

Selbstwirksamkeit zählt zu den psychischen Ressourcen, die bis ins Alter einen protektiven Einfluss auf die Gesundheit ausüben (Tesch & Römer, 2009), es lässt sich keine generelle Abnahme der Selbstwirksamkeitserwartung im Alter feststellen (Halisch & Geppert, 2000).

Durch die vielen internen und externen Veränderungen im Alter wird die ständige Überwachung der eigenen Kompetenzen und Umwelтанforderungen besonders wichtig (Baltes & Carstensen, 1996, zitiert nach Maercker, 2003). Ein entscheidendes Merkmal hoher Selbstwirksamkeitswahrnehmung im Alter ist, dass je nach situativer Angemessenheit, sowohl ein hartnäckiges Festhalten an bedrohten Zielen als auch eine flexible Ablösung von blockierten Zielen und die Orientierung auf neue Ziele stattfinden kann (Halisch & Geppert, 2000; Tesch-Römer & Wurm, 2009). Um es deutlicher zu sagen, die externale Kontrollwahrnehmung steigt, die Hartnäckigkeit in der Zielverfolgung sinkt und damit steigt die Flexibilität – so gelingt es, durch die Zurücknahme hoch gesteckter Ziele und eine Reduzierung auf das Machbare, die Selbstwirksamkeitswahrnehmung hoch zu halten (Halisch & Geppert, 2000). Im hohen Alter ist zusätzlich die subjektiv verbleibende Restlebenszeit zu berücksichtigen, in dem Sinne, ob die eigenen Anliegen in der noch verbleibenden Lebenszeit noch für erreichbar gehalten werden (Halisch & Geppert, 2000).

Selbstwirksamkeitserwartung im Alter ist also von großer Bedeutung für die Altersangepasstheit bezogen auf die Umsetzbarkeit und Optimierung von Zielen (Baltes & Carstensen, 1996, zitiert nach Maercker, 2003) und das in Gang gesetzte von Kompensationsmechanismen angesichts unvermeidbarer altersbedingter Verluste (Bandura, 1982).

Im Alter ist der positive Einfluss der Selbstwirksamkeit auf die Lebenszufriedenheit (Halisch & Geppert, 2000), das kognitive Funktionieren (Bandura, 1982), das allgemeine Gesundheitsverhalten und den Umgang mit krankheitsbedingtem Stress und chronischen Schmerzen (Tesch-Römer & Wurm, 2009) zu betonen.

5.5 Selbstwirksamkeit im Rahmen der Alkoholabhängigkeit

5.5.1 Entstehung einer Alkoholabhängigkeit auf Grundlage der Lerntheorie.

Mit lerntheoretischen Konzepten können Ätiologie und Verlauf von Substanzstörungen gut erklärt werden. Für den Erstkonsum von Alkohol ist zumeist nicht das Erleben der direkten Substanzeigenschaften Motiv, sondern vielmehr soziale Modelle und sozialer Druck. Bei wiederholtem Konsum stehen neben den sozialen Funktionen zunehmend die Substanzeigenschaften im Vordergrund (wie Euphorie, Entspannung oder Erregung). Wenn die positiv erlebten Wirkungen eine Verstärkungslücke füllen, werden Defizitsituationen zum diskriminativen Auslöser für einen beginnenden regelmäßigen Konsum, nach mehreren Jahren können sich anschließend ein schädlicher Gebrauch und schließlich eine Abhängigkeit entwickeln. Was durch die lerntheoretische Erklärung ausständig bleibt ist, warum trotz gleicher Verfügbarkeit und gleichem Probierkonsum nur ein Teil der Betroffenen tatsächlich einen problematischen Alkoholkonsum entwickelt. Jedenfalls spielen dabei psychische, somatische und soziale Faktoren eine Rolle, die sowohl als Risiko- als auch als Schutzfaktoren fungieren können – die Selbstwirksamkeitserwartung hat sich als klarer Schutzfaktor erwiesen (Bühringer & Kunz-Ebrecht, 2005).

5.5.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Selbstwirksamkeit.

Frauen scheinen insgesamt über eine geringer ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung zu verfügen als Männer (Halisch & Gebbert, 2000). Dieser Umstand könnte daran liegen, dass Männer sich eher realistisch zu erreichende Ziele setzen (Halisch & Gebbert, 2000), aber in diesem Zusammenhang muss auch das generell niedrigere Selbstwertgefühl von

alkoholabhängigen Frauen (Beckmann, 1978, zitiert nach Beckmann & Amaro, 1986) und deren schlechtere Copingstrategien (Carver, 1977) berücksichtigt werden.

5.5.3 Selbstwirksamkeitserwartung und Rückfallgeschehen.

Die in Kapitel 5.2. beschriebene spezifische Selbstwirksamkeitserwartung kann mit der *Abstinenzzuversicht* übersetzt werden und ist ein wichtiger Prädiktor für gute Behandlungsergebnisse nach einer Rehabilitation (McKellar, Ilgen, Moos, & Moos, 2008).

Laut Bandura sind Menschen, die sowohl die erforderlichen Fähigkeiten als auch die nötige Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen, eher dazu in der Lage, in Hochrisikosituationen dem Konsum von Alkohol erfolgreich zu widerstehen. Im Falle eines Ausrutschers, sind Personen mit starker Selbstwirksamkeitsüberzeugung dazu geneigt, diesen als vorübergehenden Rückschlag zu betrachten und sehen sich als fähig, die Kontrolle wiederherzustellen. Während diejenigen, die eine geringe Selbstwirksamkeitsüberzeugung aufweisen, eher zu einem ausgewachsenen Rückfall neigen (Bandura, 1986, zitiert nach Kadden & Litt, 2011).

Auch das *Rückfall-Präventions-Modell* (Marlatt & Gordon, 1985; Witkiewitz & Marlatt, 2004; zitiert nach Levin et al., 2007) besagt, niedrige Selbstwirksamkeitserwartung sei ein entscheidender Teil der chronischen Vulnerabilität für einen Rückfall, diese Vulnerabilität wird möglicherweise zusätzlich durch unzureichende Copingstrategien verstärkt.

Die Selbstwirksamkeitserwartung scheint also darüber zu bestimmen, ob und unter welchen Umständen ein Rückfall erlitten wird (DiClemente, 1986, zitiert nach McKellar et al., 2008), wobei eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit abstinent zu bleiben (McKellar et al., 2008) und einer längeren Zeitspanne bis zu einem möglichen Rückfall (Ramo, Myers, & Brown, 2010) verbunden ist.

5.5.4 Selbstwirksamkeit als Mittel zur Selbstregulation.

Geht es um selbstregulative Zielerreichungsprozesse, wie die Aufrechterhaltung von Abstinenz, so spielen Selbstwirksamkeitserwartungen eine wesentliche motivationale und volitionale Rolle (Marlatt, Baer, & Quigley, 2009; Schwarzer & Jerusalem, 2002): Wenn eine Person abstinent bleiben will, aber immer wieder von Bekannten und Freunden zum Trinken aufgefordert wird, benötigt sie ein gewisses Maß an Überzeugung eigener Widerstandskompetenzen (*resistance self-efficacy*), um diesen Versuchungen nicht

nachzugeben. Will sie in ihrem Vorhaben abstinent zu bleiben, konsequent sein, muss sie zusätzlich kompetente Strategien entwickeln (*action self-efficacy*), sich gegen einen Rückfall absichern (*coping self-efficacy*) und sollte es doch einmal zu einem Ausrutscher kommen, muss sie davon überzeugt sein, sich aus eigener Kraft erholen zu können und zu ihrem konsequenten Verhalten zurückfinden (*recovery self-efficacy*).

5.5.5 Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung in einer Rehabilitation.

Theoretisch sollte angenommen werden, dass alle Rehabilitationstherapien für Substanzkonsum eine Steigerung der Selbstwirksamkeit begünstigen, entweder direkt oder indirekt (Kadden & Litt, 2011).

Es wird postuliert, dass mit *Coping-Skills Training* eine gesteigerte Selbstwirksamkeit einhergeht, hervorgerufen durch die Erfahrung der gemeisterten Anwendung der gelehrt Strategien im realen Leben. Dies soll am Beispiel von Hausübungen, die auf individuelle Rückfall Hochrisikosituationen zugeschnitten waren veranschaulicht werden. Dabei sind einige wichtige Aspekte zu betonen, die an die vier Entstehungsquellen der Selbstwirksamkeitserwartung von Bandura angelehnt sind: Die Aufgaben müssen (1) herausfordernd sein, (2) ein gewisses Maß an Anstrengung erfordern, (3) wenig Hilfe von außen erfordern, (4) sollte deren erfolgreiche Bewältigung als gesteigerte Leistung empfunden werden, (5) die persönliche Kontrolle hervorheben und das Verlassen auf externe Hilfe senken und (6) relevant für häufig auftretende Problemsituationen sein (Annis & Davis, 1988b, zitiert nach Kadden & Litt, 2011).

Auch das *Motivational Interviewing (MI)*; Miller & Rollnick, 2002, zitiert nach Göttersdorfer, 2011) hat sich für die Steigerung von Selbstwirksamkeit bei Abhängigkeitserkrankungen als positiv erwiesen. Eine Hauptcharakteristik des MI ist das Hervorbringen und Verstärken des Glaubens an die Fähigkeit ein bestimmtes Ziel zu erarbeiten und erfolgreich zu erreichen, das Selbstwirksamkeitserleben ist also wesentlich.

Viele Untersuchungen wiesen einen positiven Zusammenhang zwischen dem Anstieg der suchtspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung im Laufe einer stationären Rehabilitation und der Fähigkeit zur Abstinenz nach (Hartzler, Witkiewitz, Villarroel, & Donovan, 2011; Ilgen, McKellar & Tiet, 2005; Levin et al., 2007; McKellar et al., 2008; Moos & Moos, 2006; Schneider, Brenner, Funke & Garbe, 2002). Ilgen und Kollegen (2005) konnten die Selbstwirksamkeitserwartung als einzigen und stärksten Prädiktor für eine Alkoholabstinenz ein Jahr nach Behandlungsende identifizieren. Moos und Moos (2006)

betonen die erhebliche Moderatorfunktion der Selbstwirksamkeit im Hinblick auf die Aufrechterhaltung von Abstinenz, sogar für längere Intervalle.

Die vorliegenden Forschungsergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit eines Anstieges der Abstinenzzuversicht im Zuge einer stationären Behandlung, um diese als effektiv und wirkungsvoll bewerten zu können (Schneider, Brenner, Funke, & Garbe, 2002).

5.6 Zusammenfassung

Die Selbstwirksamkeit variiert in ihrer individuellen Ausprägung und ist sowohl inter- als auch intraindividuellen Schwankungen und Veränderungen aufgrund bestimmter Lebensphasen unterworfen, trotzdem scheint sie über die gesamte Lebensspanne ein wertvoller Prädiktor für Gesundheit und Wohlbefinden darzustellen. Sie erweist als personenbezogene psychosoziale Ressource ihre Schlüsselrolle im Alter und als therapeutisches Interventionsinstrument. Bezogen auf die Alkoholabhängigkeit kann diese Rolle im Abstinenz- und Rückfallgeschehen hervorgehoben werden, womit die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und ein damit verbundenes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten im Zuge einer Rehabilitation maßgeblich ist.

EMPIRISCHER TEIL

KAPITEL 6 – DARSTELLUNG DER WISSENSCHAFTLICHEN STUDIE

Im Eingang dieses Kapitels wird das Ziel der Studie definiert, daran knüpft eine genaue Beschreibung des Erhebungsortes Anton Proksch Institut mit all seinen therapeutischen Angeboten. Im Anschluss werden wichtige Aspekte der durchgeführten Untersuchung, die Teilnehmerinnen, das Design und die Durchführung genau erläutert. Es mündet schließlich in die Darlegung ethischer Kriterien im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung.

6.1 Zielsetzung der Studie

Um älteren Menschen eine erfolgreiche Rehabilitation zu ermöglichen, ist es wichtig in der Entzugsbehandlung altersspezifische Bedürfnisse und Probleme, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit beitragen, zu berücksichtigen. Es stellt sich die Frage, ob dies nur in spezifischen gerontologischen Rehabilitationsprogrammen, die bisher kaum existieren und umgesetzt werden, sicher gestellt werden kann, oder ob sich auch altersunspezifische Therapiesettings dafür eignen.

Die vorliegende Arbeit stellt eine Erweiterung der Arbeit der Kolleginnen Lehner und Zeiler (2012) dar, die den Vergleich des Therapieerfolgs jüngerer und älterer alkoholabhängiger Männer, welche eine altersunspezifische Entzugsbehandlung im Anton Proksch Institut durchliefen, zum Fokus hatte. Die angesprochene Erweiterung besteht darin, die Studie der Kolleginnen mit Frauen zu replizieren, wobei geringfügige Veränderungen (näheres wird in Kapitel 7.2 erläutert) vorgenommen wurde, um eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf beide Geschlechter möglich zu machen. Der Therapieerfolg wird an der positiven Veränderung bzw. Steigerung der Faktoren *gesundheitsbezogene Lebensqualität*, *Stressbewältigung*, *personelle Ressourcen* und *Selbstwirksamkeitserwartung* festgemacht.

Die Untersuchung macht sich also zum Ziel der Frage nachzugehen, ob sich die im Anton Proksch angebotene Therapie unterschiedlich auf die Veränderung der vier genannten Variablen in den beiden Altersgruppen auswirkt. Um weitergehend absehbar zu machen, ob in einem altersunspezifischen Therapiesetting in ausreichendem Ausmaß auf altersspezifische Bedürfnisse und Faktoren eingegangen werden kann. Dies wird auch durch die Erhebung persönlich wichtiger Themenbereiche im Zusammenhang mit einer

Alkoholabhängigkeit und deren Berücksichtigung im Therapieverlauf abgebildet. Außerdem wird auch die Teilnahme bzw. Inanspruchnahme verschiedener Angebote des Anton Proksch Instituts und die Zufriedenheit aller Teilnehmerinnen näher beleuchtet.

6.2 Das Anton Proksch Institut (API), Ort der Erhebung

Das Anton Proksch Institut gilt als größte Suchtklinik Europas, in der alle Formen der Sucht, von Alkohol-, Medikamenten-, Nikotin- und Drogenabhängigkeit bis hin zu nicht stoffgebundenen Suchtformen, wie Spielsucht, Internetsucht, Kaufsucht etc. behandelt und erforscht werden.

Das API bietet stationäre und ambulante Behandlung von Abhängigen, wobei sich auf das Orpheusprogramm, das innovative Therapiekonzept des Klinikums, gestützt wird. Dieses legt den Schwerpunkt auf die Ressourcenförderung der PatientInnen.

Eine eigene Akademie stellt unter der Leitung von Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek ein Fort- und Weiterbildungsangebot für alle Bereiche zum Thema Sucht, wie Suchtprävention und Gesundheitsförderung, bereit und darüber hinaus werden verschiedenste interdisziplinäre Forschungstätigkeiten durchgeführt (Anton Proksch Institut, 2014).

6.2.1 Struktur und Organisation des API.

Das Institut setzt sich aus einem stationären Standort, einer Abendklinik und mehreren Ambulatorien und Beratungsstellen in Wien und Niederösterreich zusammen.

Die Abendklinik in der Radetzkystraße ist ein intensives ambulantes Behandlungsangebot für Alkohol- und Medikamentenabhängige und richtet sich vor allem an Berufstätige oder PatientInnen für die aus anderen Gründen eine stationäre Behandlung nicht geeignet erscheint.

Das Ambulatorium Wiedner Hauptstraße ist die Hauptambulanz des API, welches vor allem der Nachbetreuung der PatientInnen dient in der bestmögliche Stabilisierung nach einer stationären Therapie sichergestellt werden soll.

Der stationäre Standort in der Gräfin-Zichy-Straße, gegründet 1956 als Kuratorium „Stiftung Genesungsheim“ bzw. „Genesungsheim Kalksburg“ 1975 umbenannt in Anton Proksch Institut, umfasst vier Abteilungen für Abhängige von Alkohol, Medikamenten, Nikotin, nicht stoffgebundene Süchte, mit einer Kapazität von 266 Betten und eine

Abteilung für Abhängige von illegalen Substanzen, 43 Betten (vgl. Anton Proksch Institut, 2014).

6.2.2 Behandlungsangebot – Das „Modell Kalksburg“.

Das Rehabilitationsprogramm des API kann in vier Phasen eingeteilt werden, wobei in der ersten Phase der körperliche Entzug stattfindet, in der zweiten Phase sind psychiatrische, psychotherapeutische, psychologische und sozialtherapeutische Maßnahmen vordergründig, die dritte Phase beschäftigt sich mit der Aktivierung bzw. (Re-)Integration des/der PatientIn, als vierte Phase gilt die ambulante Weiterbehandlung, die für einen dauerhaften Behandlungserfolg wesentlich ist (Uhl et al., 2009).

6.2.2.1 Therapeutisches Angebot.

Die Basis des therapeutischen Handelns auf der Frauenstation des API stellt die Lösungsorientiertheit, überwiegend auf die Gegenwart und Zukunft bezogen, dar. Ebenso wird die Entstehungsgeschichte berücksichtigt, wo sie förderlich ist für die Arbeit an einer konstruktiven Problemlösung (vgl. Feselmayer et al., 2003).

6.2.2.1.1 Basisangebot.

Diese Tätigkeiten werden von FachärztInnen für Psychiatrie mit psychotherapeutischen Zusatzausbildungen und von Klinischen PsychologInnen mit psychotherapeutischen Zusatzausbildungen geleistet. Methoden der klinisch-psychologischen Behandlung und psychotherapeutische Interventionsstrategien aus unterschiedlichen Therapierichtungen kommen zur Anwendung.

- Einzeltherapie: mindestens einmal pro Woche
- Psychodynamisch orientierte Gruppen (Kleingruppen)
- Informationsgruppe (Großgruppe): psychoedukativ ausgerichtet
- Rückfallvermeidungsgruppe

6.2.2.1.2 spezifisch auf Problemstellungen abgestimmtes Angebot anhand der Indikationsstellung.

- Biofeedbacktraining: Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung; Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen Reaktionen; gezielter Einsatz von Atmungs- und Entspannungstechniken

- Entspannungstraining: Autogenes Training; Progressive Muskelentspannung nach Jacobson
- Gruppentraining sozialer Kompetenzen
- Aktivierungsgruppe (Gedächtnistraining)
- Gruppen zum Thema Nikotinabhängigkeit
- Informationsgruppe zum Thema gesunde Ernährung, Ernährungscheck und Essstörungsgruppe
- Kreatives Gestalten und Kunsttherapie

6.2.2.2 Gesundheitspsychologische Aktivitäten.

Unter diese Aktivitäten fallen vorwiegend die Bereiche Körperwahrnehmung, Bewegung und sportliche Betätigung, aber auch das Angebot für Angehörige (vgl. Feselmayer et al., 2003).

- Förderung von Bewegung und sportliche Aktivitäten: Steigerung der allgemeinen Aktivität, Spaziergänge, Körperwahrnehmungsübungen, Wirbelsäulengymnastik
- Kraft-Ausdauer-Training (Kraftkammer, Geführtes Laufen)

6.2.2.3 Aktivitäten der Abteilung für Aktivierung und kreatives Gestalten

In freier kreativer Tätigkeit sollen schöpferische Impulse geweckt und Spannungen aufgelöst werden. Dieses Angebot liefert neben sinnvoller Freizeitbeschäftigung die Möglichkeit durch handwerkliche und kreative Betätigung die Belastbarkeit zu stärken und somit beispielsweise einen beruflichen Wiedereinstieg zu erleichtern (vgl. Feselmayer et al., 2003).

- freie Werkstatt
- Aktivgruppe in der Werkstatt
- klinisches Gärtnern)

6.2.2.4 Sozialarbeit.

Die Sozialarbeit auf der Frauenstation umfasst individuelle Hilfestellung bei der Planung und Realisierung von Zielen zur Sicherung der sozialen Existenz und der Optimierung des Handlungsspielraums der Patientinnen. Dabei wird sich nicht auf reine Informationsvermittlung beschränkt, sondern der gesamte Prozess begleitet, Ressourcen und Defizite werden genau analysiert. Die berufliche (Re-)Integration durch Kontakte mit

der Wiener Berufsbörse und dem AMS, ist ebenso fester Bestandteil in der Sozialarbeit (vgl. Feselmayer et al., 2003).

6.2.2.5 Angebote im Rahmen des Orpheusprogramms.

- Kinotherapie: gezeigte Filme werden auf wichtige und schöne Szenen analysiert und auf ihre therapeutische Botschaft hin hinterfragt;
- Philosophicum: Berichten über wohltuende Philosophien, Weltanschauungen und nützliche Lebenseinstellungen;
- Lernzentrum: verschiedene kostenlose Kurse; Kompetenzen für den (Wieder)Einstieg ins Berufsleben; Sprachen
- Arbeitstherapie bzw. Allround Training: Trainieren von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die im Arbeitsalltag nützlich und hilfreich sind;
- geführte Wanderungen und Kulturausflüge: zusätzliche Erweiterung des Freizeitprogramm

(vgl. Anton Proksch Institut, 2014)

6.3 Die Teilnehmerinnen der wissenschaftlichen Studie

Die Probandinnen wurden alle samt im Anton Proksch Institut rekrutiert und vor Ort befragt. Die Gesamtstichprobe bestand aus alkoholabhängigen Frauen des mittleren und höheren Erwachsenenalters, wobei die Altersgrenze zum höheren Erwachsenenalter nicht wie in der Gerontologie üblich bei 60 Jahren gezogen wurde, da für Suchtmediziner schon über 50 Jährige aufgrund eines anderen Therapiebedarfs gegenüber Jüngeren als ältere Menschen gelten (Wolter, 2006). Im Vergleich zur Gesamtheit der AlkoholikerInnen können diese als „alt“ eingestuft werden, aus gerontologischer Sicht jedoch als „junge Alte“, sie sind mit typischen mit dem Alter einhergehenden Problemen behaftet (beispielsweise fehlendes soziales Netzwerk) (Schäufele, 2006, zitiert nach Wolter 2006). Daraus folgend werden in der Studie die 35 bis 49 Jährigen als *jüngere Alkoholabhängige* und die über 50 Jährigen als *ältere Alkoholabhängige* bezeichnet.

Wie bereits im Eingang des Kapitels erwähnt, machte die Studie die alkoholabhängigen Frauen zum Fokus, da sie hinsichtlich einer Alkoholabhängigkeit besondere Charakteristika hinsichtlich Entstehung, Verlauf und Auswirkung aufweisen (siehe Kapitel 1.4).

Es wurden im Vorhinein einige Einschlusskriterien definiert, die Diagnose Alkoholabhängigkeitssyndrom (F10.2) und die Absolvierung eines stationären Aufenthalts

von mindestens sechs Wochen waren maßgeblich. Weiters galten ausreichende Deutschkenntnisse bzw. Sprachverständnis als Voraussetzung. Wichtige Ausschlusskriterien bildeten das Vorhandensein einer schweren psychiatrischen Störung, vor allem mit psychotischen Symptomen, aber auch eine aktuell vorliegende schwere depressive Episode, die vor allem die erhobene gesundheitsbezogene Lebensqualität stark verfälschen würde und das Vorliegen weiterer Suchterkrankungen, wie Medikamenten- oder Spielsucht.

6.4 Untersuchungsdesign

Die empirische Studie war ein Prä- und Postdesign, die erste Datenerhebung erfolgte zu Beginn der Therapie (tzp1), die zweite gegen Ende (tzp2).

Es wurden zwei Gruppen gebildet, zum einen die Gruppe der jüngeren alkoholabhängigen Frauen (VGj) und zum anderen die der älteren Alkoholabhängigen (VGa), diese wurde in Anlehnung an die Kategorisierung älterer Alkoholabhängiger nach Droller (1964) in drei Subgruppen unterteilt:

- die *early-onset Alkoholabhängigen (EOA)* mit einem Beginn der Abhängigkeitserkrankung vor dem 55. Lebensjahr
- die *late-onset Alkoholabhängigen (LOA)* mit einem Beginn der Abhängigkeitserkrankung nach dem 55. Lebensjahr
- und die *rezidiv Abhängigen (RA)* mit einem Beginn der Abhängigkeitserkrankung vor dem 55. Lebensjahr und zumindest einer abstinenten Phase im Ausmaß von mindestens einem Jahr.

Es sollten mögliche Unterschiede der beiden Altersgruppen (VGj und VGa) und der Subgruppen der VGa (EOA, LOA und RA) hinsichtlich der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der personellen Ressourcen, der Stressbewältigung und der Selbstwirksamkeitserwartung zur Vorhersage des Therapieerfolges aufgezeigt werden.

Dadurch ergaben sich als unabhängige Variablen

- die Zugehörigkeit zur VGj oder VGa, also das Alter der Teilnehmerinnen und
- die Zugehörigkeit zu einer Subgruppe (EOA, LOA oder RA), also Beginn und Verlauf der Abhängigkeitserkrankung.

Als abhängige Variablen galten die folgenden:

- gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Stressbewältigung
- personelle Ressourcen
- und Selbstwirksamkeitserwartung, an deren Veränderung über den Therapieverlauf der Therapieerfolg operationalisiert wurde.

Als mögliche Kontrollvariablen fungierten

- die soziodemografischen Daten
- die Depressivität
- und die Teilnahme an vorhandenen Therapieangeboten plus die Patientenzufriedenheit

6.5 Untersuchungsdurchführung

In diesem Abschnitt wird der Erhebungsablauf detailliert beschrieben und auf die Berücksichtigung ethischer Kriterien im Zuge einer wissenschaftlichen Untersuchung eingegangen.

6.5.1 Erhebungsablauf.

Die Erhebung erstreckte sich über einen Zeitraum von rund fünf Monaten, von Anfang Juli 2013 bis Anfang Jänner 2014.

Die neuen Aufnahmen wurden immer freitags gemeinsam mit einer Psychologin der Abteilung dahingehend überprüft, ob sie für die Untersuchung in Frage kommen, also ob sie die nötigen Einschlusskriterien und keine der Ausschlusskriterien erfüllten.

Frauen der Station I wurden im Zuge der montags stattfindenden Stationsvisite angesprochen und gefragt, ob sie an der Untersuchung teilnehmen wollen, sofern sie zustimmten wurde das Prozedere kurz erläutert und ein Termin für den Freitag der gleichen Woche vergeben. Wichtig war hierbei, dass der erste Testzeitpunkt frühestens sieben bis 10 Tage nach dem Aufnahmedatum der Frauen angesetzt wurde. Dieser Zeitraum war bewusst so gewählt, da die Entzugsphase schon abgeschlossen sein musste, um ausreichendes Konzentrationsvermögen voraussetzen zu können und die Teilnehmerinnen nicht unnötig durch die lange Testdauer zu belasten.

Frauen der Station III wurden zuerst von einer dort tätigen Psychologin auf ihr Interesse an der Teilnahme angesprochen und dann persönlich abgeholt, da alle Testungen in einem Gruppenraum der Station I stattfanden.

Zu Beginn der Untersuchung wurde mit Unterstützung durch ein Infoblatt den Teilnehmerinnen nochmal kurz Sinn und Zweck der Studie erklärt und auf Anonymität, Vertraulichkeit und die Möglichkeit einer Testunterbrechung bei auftretender Ermüdung oder eines gänzlichen Testabbruchs, hingewiesen, auch eine Einverständniserklärung wurde eingeholt. Um den Teilnehmerinnen die Möglichkeit einer Rückmeldung einzuräumen, enthielt das Blatt die Kontaktdaten der Studienleiterin. Die Testungen waren grundsätzlich als Gruppentestungen, wobei oft nur eine einzelne Person anwesend war, höchstens jedoch 10, im Paper-Pencil Format ausgelegt, die Beantwortung erfolgte durch Ankreuzen ein oder mehrerer Antwortmöglichkeiten. Die Bearbeitungsdauer betrug im Schnitt 45 Minuten.

Das Vorgehen beim zweiten Testungstermin glich dem des ersten, dieser wurde in der sechsten Woche des Aufenthalts angesetzt.

6.5.2 Ethische Kriterien.

Bortz und Döring (2009) nennen einige Aspekte, die bei der Überprüfung der ethischen Unbedenklichkeit empirischer Untersuchung von zentraler Bedeutung sind:

Es wurde schon bei der Planung der Studie darauf geachtet, die Teilnehmerinnen bei der Untersuchung in keine unangenehme Lage zu bringen, die Privatsphäre wurde gewahrt und psychische Belastung vermieden.

Die persönliche Verantwortung der Testleiterin war mit dem Institutspersonal abgeklärt, die Teilnehmerinnen hatten immer die Möglichkeit sich bei Fragen an diese zu wenden und das Recht die Untersuchungsteilnahme zu verweigern.

Die Teilnehmerinnen wurden im Vorhinein über Ziel und Zweck der Untersuchung und deren Formalitäten, wie Testdauer und Anzahl der Untersuchungstermine, mündlich und schriftlich informiert – somit herrschte Informed Consent. Außerdem wurden sie darauf hingewiesen, dass eine Information über die Untersuchungsergebnisse stattfinden kann, sofern sie ihre Email Adresse hinterließen.

Sowohl beim ersten Kontakt wurde auf die Freiwilligkeit der Untersuchung hingewiesen, als auch das Recht, die Untersuchung abzubrechen, wurde eingeräumt.

Auf die Nichtbeeinträchtigung sowohl in psychischer als auch körperlicher Sicht, wurde besonders Rücksicht genommen. Es wurde vor allem darauf geachtet, die Teilnehmerinnen erst zur Testung einzuladen, wenn die Entzugsphase abgeschlossen war, um damit einhergehende Konzentrationsschwierigkeiten und andere geistige oder körperliche Beeinträchtigungen nicht zu verstärken. Wichtig waren außerdem eine ungestörte Testatmosphäre und eine unbeschränkte Bearbeitungszeit. Außerdem wurden Pausen bei Ermüdung oder abnehmender Konzentration gewährt.

Die Anonymität der Ergebnisse wurde den Teilnehmerinnen garantiert - es wurden keine vollständigen Namen eingeholt oder Testergebnisse an Dritte weitergegeben.

KAPITEL 7 – METHODIK

Im Zuge dieses Kapitels wird auf die zentralen Fragestellungen und Hypothesen der wissenschaftlichen Untersuchung sowie auf die eingesetzten Erhebungsinstrumente eingegangen. Abschließend folgt die Beschreibung der angewendeten statistischen Verfahren zur Datenverarbeitung und –auswertung.

7.1 Fragestellungen und Hypothesen

Die in Kapitel 6.4 angeführten Variablen erlauben eine Fülle an möglichen Fragestellungen, wobei vier Hauptfragestellungen mit jeweils zwei Subfragestellungen ausgewählt wurden. Die Hauptfragestellungen beziehen sich stets auf Unterschiede in der Veränderung der vier abhängigen Variablen zwischen den zwei Altersgruppen (VGj und VGa). In den Subfragestellungen werden die Subgruppen der älteren Alkoholabhängigen (EOA, LOA und RA) näher beleuchtet.

7.1.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (gbLQ).

Fragestellung 1: Unterscheiden sich die VGj und VGa in der therapiebedingten Veränderung der gbLQ?

7.1.1.1 Vergleich der VGj und VGa.

Voranalyse: Unterscheiden sich die VGj und VGa in der gbLQ zu Therapiebeginn?

- H0: VGj und VGa unterscheiden sich in der gbLQ zu Therapiebeginn nicht signifikant.
- H1: VGj und VGa unterscheiden sich in der gbLQ zu Therapiebeginn signifikant.

Hauptanalyse: Unterscheiden sich die VGj und VGa in der therapiebedingten Veränderung der gbLQ?

- H0: VGj und VGa unterscheiden sich in der therapiebedingten Veränderung der gbLQ nicht signifikant.
- H1: VGj und VGa unterscheiden sich in der therapiebedingten Veränderung der gbLQ signifikant.

7.1.1.2 Vergleich der EOA, LOA und RA.

Voranalyse: Unterscheiden sich EOA, LOA und RA in der gbLQ zu Therapiebeginn?

- H0: EOA, LOA und/oder RA unterscheiden sich in der gbLQ zu Therapiebeginn nicht signifikant.
- H1: EOA, LOA und/oder RA unterscheiden sich in der gbLQ zu Therapiebeginn signifikant.

Hauptanalyse: Unterscheiden sich EOA, LOA und RA in der therapiebedingten Veränderung der gbLQ?

- H0: EOA, LOA und RA unterscheiden sich in der therapiebedingten Veränderung der gbLQ nicht signifikant.
- H1: EOA, LOA und RA unterscheiden sich in der therapiebedingten Veränderung der gbLQ signifikant.

7.1.2 Personelle Ressourcen (R).

Fragestellung 2: Unterscheiden sich die VGj und VGa in der therapiebedingten Veränderung der R?

7.1.2.1 Vergleich der VGj und VGa.

Voranalyse: Unterscheiden sich die VGj und VGa in den R zu Therapiebeginn?

- H0: VGj und VGa unterscheiden sich in den R zu Therapiebeginn nicht signifikant.
- H1: VGj und VGa unterscheiden sich in den R zu Therapiebeginn signifikant.

Hauptanalyse: Unterscheiden sich die VGj und VGa in der therapiebedingten Veränderung der R?

- H0: VGj und VGa unterscheiden sich in der therapiebedingten Veränderung der R nicht signifikant.
- H1: VGj und VGa unterscheiden sich in der therapiebedingten Veränderung der R signifikant.

7.1.2.2 Vergleich der EOA, LOA und RA.

Voranalyse: Unterscheiden sich EOA, LOA und RA in den R zu Therapiebeginn?

- H0: EOA, LOA und/oder RA unterscheiden sich in den R zu Therapiebeginn nicht signifikant.
- H1: EOA, LOA und/oder RA unterscheiden sich in den R zu Therapiebeginn signifikant.

Hauptanalyse: Unterscheiden sich EOA, LOA und RA in der therapiebedingten Veränderung der R?

- H0: EOA, LOA und RA unterscheiden sich in der therapiebedingten Veränderung der R nicht signifikant.
- H1: EOA, LOA und RA unterscheiden sich in der therapiebedingten Veränderung der R signifikant.

7.1.3 Stressbewältigung (C).

Fragestellung 3: Unterscheiden sich die VGj und VGa in der therapiebedingten Veränderung des C?

7.1.3.1 Vergleich der VGj und VGa.

Voranalyse: Unterscheiden sich die VGj und VGa im C zu Therapiebeginn?

- H0: VGj und VGa unterscheiden sich im C zu Therapiebeginn nicht signifikant.
- H1: VGj und VGa unterscheiden sich im C zu Therapiebeginn signifikant.

Hauptanalyse: Unterscheiden sich die VGj und VGa in der therapiebedingten Veränderung des C?

- H0: VGj und VGa unterscheiden sich in der therapiebedingten Veränderung des C nicht signifikant.
- H1: VGj und VGa unterscheiden sich in der therapiebedingten Veränderung des C signifikant.

7.1.3.2 Vergleich der EOA, LOA und RA

Voranalyse: Unterscheiden sich EOA, LOA und RA im C zu Therapiebeginn?

- H0: EOA, LOA und/oder RA unterscheiden sich im C zu Therapiebeginn nicht signifikant.
- H1: EOA, LOA und/oder RA unterscheiden sich im C zu Therapiebeginn signifikant.

Hauptanalyse: Unterscheiden sich EOA, LOA und RA in der therapiebedingten Veränderung des C?

- H0: EOA, LOA und RA unterscheiden sich in der therapiebedingten Veränderung des C nicht signifikant.
- H1: EOA, LOA und RA unterscheiden sich in der therapiebedingten Veränderung des C signifikant.

7.1.4 Selbstwirksamkeitserwartung (SW).

Fragestellung 4: Unterscheiden sich die VGj und VGa in der therapiebedingten Veränderung der SW?

7.1.4.1 Vergleich der VGj und VGa.

Voranalyse: Unterscheiden sich die VGj und VGa in der SW zu Therapiebeginn?

- H0: VGj und VGa unterscheiden sich in der SW zu Therapiebeginn nicht signifikant.
- H1: VGj und VGa unterscheiden sich in der SW zu Therapiebeginn signifikant.

Hauptanalyse: Unterscheiden sich die VGj und VGa in der therapiebedingten Veränderung der SW?

- H0: VGj und VGa unterscheiden sich in der therapiebedingten Veränderung der SW nicht signifikant.
- H1: VGj und VGa unterscheiden sich in der therapiebedingten Veränderung der SW signifikant.

7.1.4.2 Vergleich der EOA, LOA und RA

Voranalyse: Unterscheiden sich EO, LO und RA in der SW zu Therapiebeginn?

- H0: EOA, LOA und/oder RA unterscheiden sich in der SW zu Therapiebeginn nicht signifikant.

- H1: EOA, LOA und/oder RA unterscheiden sich in der SW zu Therapiebeginn signifikant.

Hauptanalyse: Unterscheiden sich EO, LO und RA in der therapiebedingten Veränderung der SW?

- H0: EOA, LOA und RA unterscheiden sich in der therapiebedingten Veränderung der SW nicht signifikant.
- H1: EOA, LOA und RA unterscheiden sich in der therapiebedingten Veränderung der SW signifikant.

7.2 Beschreibung der Erhebungsinstrumente

Im Folgenden werden alle Verfahren, die den Teilnehmerinnen im Zuge der Datenerhebung vorgelegt wurden, ausführlich beschrieben (vollständige Fragebogenbatterie siehe Anhang).

Der erste Abschnitt der Fragebogenbatterie, welcher von den Kolleginnen Lehner und Zeiler (2012) erstellt, jedoch geringfügig verändert wurde (betreffende Stellen sind in der Fragebogenbatterie im Anhang deutlich gekennzeichnet), setzte sich zum einen aus Fragen zu soziodemografischen Daten der Teilnehmerinnen und zum anderen aus suchtspezifischen Fragen zusammen. Dabei wurden Alter, Herkunft, Bildungsstand, berufliche Situation, Familienstand, Wohnsituation und soziales Netzwerk erfragt. Der nach dem Muster der strukturierten Patientenanamnese, wie sie am Anton Proksch Institut vollzogen wird, kreierte suchtspezifische Abschnitt beinhaltete Fragen zur Behandlungsmotivation, bisherigen stationären Aufhalten, Beginn der Alkoholabhängigkeit, Abstinenz und die Frage nach einer vorhandenen psychischen oder körperlichen Erkrankung.

Zu Beginn jeder Testung wurde der *Wortschatztest* (WST) von Schmidt und Metzler (1992) zur schnellen Erfassung des verbalen Intelligenzniveaus und des Sprachverständnisses vorgelegt, um etwaige Verständnisschwierigkeiten ausschließen zu können.

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der subjektiven Gesundheitswahrnehmung der Teilnehmerinnen wurde der *Fragebogen zum Gesundheitszustand in der Kurzform mit 36 Items* (SF-36) von Bullinger und Kirchberger (1998) eingesetzt.

Um personelle Ressourcen zu erheben, kam der *Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten* (FERUS) von Jack (2007) zur Anwendung.

Die *deutsche Version des Coping Behaviors Inventory* (CBI-G) von Litman, Stapleton, Oppenheim und Peleg (1983) diente der Erhebung der Stressbewältigungsstrategien der Teilnehmerinnen.

Die Selbstwirksamkeitserwartung der Frauen in Bezug auf Alkoholabstinenz wurde mit Hilfe der *deutschen Version der Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale* (AASE-G) von DiClemente und Kollegen (1993) erhoben.

Eine etwaige depressive Symptomatik wurde mit dem *Beck Depressions Inventar 2* (BDI II) von Hautzinger, Keller und Kühner (2006) erfasst.

Der letzte Abschnitt der Fragebogenbatterie setzte sich wiederum aus drei von den Kolleginnen Lehner und Zeiler (2012) konstruierten Teilen zusammen. Damit sollte zum ersten Zeitpunkt der Testvorgabe die persönliche Wichtigkeit verschiedener Themenbereiche, die mit der Abhängigkeitserkrankung in Zusammenhang stehen könnten, sowie zum zweiten Zeitpunkt auch deren wahrgenommene Berücksichtigung im Laufe der Therapie, erfragt werden. Im dritten Teil des Endabschnitts wurden die Teilnehmerinnen darum gebeten, Angaben zu ihrer Teilnahme an speziellen Angeboten und Aktivitäten des Anton Proksch Instituts, sowie über ihre Zufriedenheit mit den TherapeutInnen und dem Therapieaufenthalt zu machen.

7.2.1 Wortschatztest (WST).

Der Wortschatztest (Schmidt & Metzler, 1992) ermöglicht eine schnelle Einschätzung des verbalen Intelligenzniveaus und eine Beurteilung des Sprachverständnisses, um beispielweise zu prüfen, ob ausreichendes Verständnis zur Bearbeitung von Fragebögen vorhanden ist.

Der WST kann für den Altersbereich von 20 bis 90 Jahren im Einzel- oder Gruppensetting angewendet werden. Die insgesamt 42 zeilenweise nach steigender Schwierigkeit aufgelisteten Aufgaben des WST enthalten je ein sinnvolles, das sogenannte Zielwort und fünf sinnleere, wortähnliche Konstruktionen, die Distraktoren. Die Anforderung besteht darin, das sinnvolle, reale Wort zu erkennen.

Itembeispiel des WST

Renek – Skerk – Erenk – ~~Kern~~ – Nerk – Lersk

Das als sinnvoll erachtete Wort soll durchgestrichen werden, wobei darauf hingewiesen wird, nicht zu raten, sondern bei Nichterkennen des sinnvollen Wortes zur nächsten Zeile überzugehen.

Durch Addition der richtig erkannten Worte wird ein Rohwert errechnet, welcher mit Hilfe der beigefügten Normwerttabellen in IQ- und Standardwerte umgerechnet werden kann.

Die Reliabilität des WST ist mit einem Cronbach's Alpha von $r=.94$ als hoch einzustufen.

7.2.2 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36).

Der Fragebogen zum Gesundheitszustand, deutsche Übersetzung von Bullinger und Kirchberger (1998), dient der Erfassung der subjektiven Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Er ist von 14 Jahren bis ins höhere Alter anwendbar und kann sowohl Gesunden als auch Populationen unterschiedlicher Erkrankungsgruppen vorgelegt werden. Der SF-36 besteht aus 36 Items, die ein dichotomes bis zu sechsstufiges Antwortformat aufweisen. Im Rückblick auf die vergangenen vier Wochen soll die Befragungsperson für jedes Item diejenige Antwortmöglichkeit wählen, die dem persönlichen Erleben am ehesten entspricht.

Itembeispiel des SF-36: Item 1

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Ausgezeichnet	1
Sehr gut	2
Gut	3
Weniger gut	4
schlecht	5

Es werden insgesamt acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit (siehe *Tabelle 2*) erfasst, wobei 35 der vorhandenen 36 Items herangezogen werden um körperliche, psychische und soziale Aspekte des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit abzubilden. Ein Item, das sogenannte Transitionsitem, ermöglicht den Vergleich des aktuellen Gesundheitszustandes mit jenem vor einem Jahr.

Tabelle 2. Die acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit des SF-36.

Körperliche Funktionsfähigkeit	10 Items erfassen das Ausmaß, inwiefern
--------------------------------	---

	die Ausführung körperlicher Tätigkeiten und Aktivitäten des täglichen Lebens durch den aktuellen Gesundheitszustand eingeschränkt ist.
Körperliche Rollenfunktion	Vier Items erfragen Schwierigkeiten aufgrund der körperlichen Gesundheit bei der Arbeit oder Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause.
Körperliche Schmerzen	Mit zwei Items werden die Stärke der Schmerzen und deren Auswirkung auf Alltagstätigkeiten zu Hause bzw. im Beruf erfasst.
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Mittels fünf Items werden der wahrgenommene Gesundheitszustand und dessen zukünftige Beurteilung auch im Vergleich zu anderen erhoben.
Vitalität	Vier Items dienen der Erfassung der Vitalität bzw. Müdigkeit.
Soziale Funktionsfähigkeit	Zwei Items erfragen die Beeinträchtigung sozialer Kontakte durch körperliche Gesundheit oder seelische Probleme.
Emotionale Rollenfunktion	Drei Items erfassen Schwierigkeiten aufgrund seelischer Probleme bei der Arbeit oder Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause.
Psychisches Wohlbefinden	Durch fünf Items wird die psychische Gesundheit erfragt.

Es besteht die Möglichkeit einer Zusammenfassung der ersten vier Dimensionen zu einem *körperlichen Summenwert* und der anderen zu einem *psychischen Summenwert*. Um den Fragebogen auszuwerten, werden die angekreuzten Itembeantwortungen pro Dimension addiert, wobei für einige Skalen spezielle Gewichtungen bzw. eine Umkodierung berücksichtigt werden. Alle Werte werden dann in Werte zwischen 0 und 100 transformiert, um den Vergleich dieser untereinander und über verschiedene

Patientengruppen zu ermöglichen – ein hoher Wert bedeutet ein hohes Ausmaß an gesundheitsbezogener Lebensqualität, dies gilt auch für die Skala *Körperliche Schmerzen*. Es existiert ein computerisiertes Auswertungsprogramm bzw. eine detailliert ausgeführte SPSS Syntax für die Auswertung.

Die Reliabilität des SF-36 kann als befriedigend bis sehr gut angesehen werden – mit einem Cronbach's Alpha zwischen $r=.74$ und $r=.94$ bei gesunden Populationen und $r=.70$ in der Mehrheit der Skalen bei erkrankten Populationen. Die Skalen *Soziale Funktionsfähigkeit* und *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* liegen darunter. Die Validität des Verfahrens kann ebenfalls als gegeben angenommen werden.

7.2.3 Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS).

Der Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (Jack, 2007) wurde ursprünglich für das psychosomatisch-stationäre Setting entwickelt zur Anwendung bei erwachsenen Patienten. Mit Hilfe des FERUS können einerseits inter- und intrapersonelle gesundheitsbezogene Ressourcen abgebildet werden, andererseits Ressourcendefizite einer Person (Kanfer, Reinecker, & Schmelzer, 1996). Die Selbstbeurteilung erfolgt anhand von 66 Items, die auf einer fünfstufigen Ratingskala (1= stimmt nicht bis 5 = stimmt sehr) eingeschätzt werden sollen.

Itembeispiel des FERUS: Item 1

	1	2	3	4	5
Die Dinge, mit denen ich mich momentan am meisten beschäftige, werden mir in Zukunft noch von Nutzen sein.	stimmt sehr wenig	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr

Der FERUS umfasst sieben Subskalen (siehe *Tabelle 3*): Veränderungsmotivation und *soziale Unterstützung* gelten als therapierelevante Ressourcen, *Coping*, *Selbstbeobachtung*, *Selbstwirksamkeit*, *Selbstverbalisation* und *Hoffnung* können als Gesamtressourcen bzw. Selbstmanagementfähigkeit verstanden werden.

Tabelle 3. Die sieben Subskalen des FERUS.

Veränderungsmotivation

Meint das Erkennen eines negativen Ist-Zustandes und den Wunsch durch die

	Therapie einen positiven Endzustand zu erreichen.
Coping	Als Bewältigungsfähigkeit wird sowohl verstanden, veränderbare Situationen zu erkennen und positiv zu verändern als auch nicht veränderbare Situationen als solche zu akzeptieren und sich anzupassen.
Selbstbeobachtung	Ist die Fähigkeit, eigne Gefühle, Impulse und begleitendes Verhalten zu beobachten und entsprechend zielorientiert zu verändern.
Selbstwirksamkeit	Ist die Grundüberzeugung ein Verhalten zu beherrschen und in der Lage zu sein, dieses entsprechend zu nutzen.
Selbstverbalisation	Meint die Fähigkeit sich selbst positive Anweisungen zu geben.
Hoffnung	Damit wird die eigene hoffnungsvolle Wahrnehmung der Lebenssituation und Zukunft bezeichnet.
Soziale Unterstützung	Misst inwieweit soziale Beziehungen als unterstützend wahrgenommen werden.

Die Autoren legen nahe den FERUS zu Beginn und Ende einer Therapie (sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich möglich) vorzulegen, um die Ergebnisse effektiv nutzen zu können. Die durch Aufsummierung der einzelnen Antworten zu den verschiedenen Subskalen errechneten Werte können durch vorhandene Normwerttabellen von PsychosomatikpatientInnen in *T*-Werte transformiert werden, so ist die standardisierte Beurteilung von Ressourcenstärken und –defiziten möglich. *T*-Werte unter 40 sind als gravierend defizitäre Ressourcen zu interpretieren, *T*-Werte zwischen 40 und 55 als latent unterdurchschnittlich. Eine Ausnahme ergibt sich für die Skala *Veränderungsmotivation*, bei der zu Beginn der Therapie *T*-Werte ab 50 als durchschnittlich bis sehr gut gelten, am Ende der Therapie deuten *T*-Werte unter 50 auf eine eingeleitete Veränderung hin und jene unter 40 auf eine gelungene Veränderung.

Alle Skalen zeigen gute bis sehr gute Reliabilitäten (Cronbach's Alpha $r=.86$ bis $r=.93$), die Validität wurde durch Überprüfung mit bereits validierten Fragebögen bestätigt.

7.2.4 Coping Behaviours Inventory – Deutsche Version (CBI-G).

Das Coping Behaviors Inventory von Litman und Kollegen (1983) dient der Erfassung situationspezifischen Coping-Verhaltens bei alkoholbezogenen Störungen, das deutsche Pendant wurde im Projekt „Transitions in Alcohol Consumption and Smoking (TACOS)“ (Rumpf, Hapke, Dawedeit, Meyer, & John, 1998, zitiert nach Glöckner-Rist & Rist, 2010) erstellt. Es wurde zur genaueren Betrachtung von Verhalten und Kognitionen von Personen mit Alkoholproblemen als Reaktion auf äußere Umstände oder innere Stimmungszustände zur Verhinderung, Vermeidung oder Kontrolle des Wiederauftretens schweren Trinkens entwickelt. Der Fragebogen kann bei Personen mit Alkoholproblemen aller Altersgruppen eingesetzt werden. Er besteht aus 36 Items, wobei 14 davon kognitive und 22 verhaltensbezogene Optionen beschreiben, die zur Rückfallvermeidung eingesetzt werden können. Auf einer vierstufigen Skala (0 = nie bis 3 = meistens) sollen die Probanden angeben, wie oft sie diese zur Rückfallvermeidung einsetzen.

Itembeispiel des CBI-G: Item 1

Ich habe daran gedacht, wie viel besser es mir geht,	3	2	1	0
wenn ich nicht trinke.	meistens	oft	manchmal	nie

Durch Summierung einzelner Items können die vier Subskalen *Positives Denken*, *Negatives Denken*, *Vermeiden* und *Suchen sozialer Unterstützung* errechnet werden. Hohe Werte in den Skalen *Positives Denken* und *Suchen sozialer Unterstützung* und niedrige Werte in *Vermeiden* und *Negatives Denken* können als positives Copingverhalten interpretiert werden.

Reliabilität und Validität des Verfahrens können als zufriedenstellend bewertet werden. Die Skala *Positives Denken* weist ein Cronbach's Alpha von $r=.90$ auf, *Negatives Denken* eines von $r=.76$, *Suchen sozialer Unterstützung* eines von $r=.82$ und *Vermeiden* ein Cronbach's Alpha von $r=.71$.

7.2.5 Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale – Deutsche Version (AASE-G).

Die AASE (DiClemente et al., 1993) dient der Erfassung von Selbstwirksamkeitserwartungen in Bezug auf Alkoholabstinenz. Die deutsche Version, entwickelt im Projekt „Transitions in Alcohol Consumption and Smoking (TACOS)“

(Rumpf et al., 2000, zitiert nach Glöckner-Rist & Rist, 2010) besteht wie die englische Originalversion aus zwei Skalen, *Zuversicht* und *Versuchung*, die jeweils die gleichen 20 Items enthalten. Probanden sollen auf einer fünfstufigen Likert-Skala zuerst die Versuchung (1= gar nicht bis 5=äußerst), in einer bestimmten Situation zu trinken und dann die Zuversicht (1=überhaupt nicht sicher bis 5= absolut sicher), in dieser Situation nicht zu trinken angeben. Es werden also sowohl die Selbstwirksamkeitserwartung, dem Alkohol widerstehen zu können, als auch sie subjektive Gefährdung ermittelt.

Itembeispiel der AASE-G: Item1

Wenn es mich quält, mit dem Trinken aufgehört zu haben oder wenn ich Entzugserscheinungen habe.	1	2	3	4	5
	gar nicht	wenig	mäßig	sehr	äußerst

Die interne Konsistenz der Skalen *Zuversicht*, mit Cronbach's Alpha $r=.97$ und *Versuchung*, mit $r=.95$, ist als gut anzusehen. Zur Validität der deutschen Version sind noch weitere Studien erforderlich, es ließen sich aber bereits erwartete Ergebnisse in den bei remittierten Probanden in beiden Skalen nachweisen.

7.2.6 Beck Depressions Inventar 2 (BDI II).

Die von Beck entwickelte Revision des BDI – das BDI II – wurde von Hautzinger, Keller und Kühner (2006) ins Deutsche übersetzt und ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit 21 Fragen, der bei Jugendlichen ab dem 13. Lebensjahr und Erwachsenen die Bestimmung des Schweregrads einer Depression ermöglicht. In der revidierten Form wurden vier Items (Gewichtverlust, Veränderung des Körperbilds, intensive Beschäftigung mit körperlichen Symptomen und Arbeitsschwierigkeiten) gestrichen und durch vier neue (*Unruhe*, *Gefühl der Wertlosigkeit*, *Konzentrationsschwierigkeiten* und *Energieverlust*) ersetzt, um auch die für eine schwere Depression typischen Symptome anzusprechen. Außerdem wurden zwei Items so abgeändert, dass sie sowohl die Zunahme als auch die Abnahme von Appetit und Schlaf erheben und viele Aussagen zu anderen Symptombereichen neu formuliert. Die Auswertung erfolgt anhand der Addition der vom Befragten angekreuzten Aussagen, jedes Item wird auf einer vier-Punkt-Skala (0 bis 3) hinsichtlich des Auftretens in den letzten zwei Wochen, einschließlich des aktuellen Tages bewertet.

Itembeispiel BDI II: Item 11

11.) Unruhe	
Ich bin nicht unruhiger oder erregter als sonst.	0
Ich bin unruhiger oder erregter als sonst.	1

Ich bin so unruhig oder erregt, dass es schwer ist, mich zu bewegen.	2
Ich bin so unruhig oder erregt, dass ich ständig in Bewegung bleiben od. etwas tun muss.	3

Der Gesamtwert kann zwischen 0 und 63 Punkten liegen, es werden von Beck et al. (1996, zitiert nach Hautzinger et al., 2006) Schwellenwerte zur Einschätzung der Depressionsschwere (siehe *Tabelle 4*) bei Patienten mit diagnostizierter Depression vorgeschlagen.

Tabelle 4. Schwellenwerte des BDI II zur Einschätzung der Depressionsschwere.

0-8	Keine Depression
9-13	Minimale Depression
14-19	Leichte Depression
20-28	Mittelschwere Depression
29-63	Schwere Depression

In psychiatrischen Stichproben wies das BDI II eine hohe interne Konsistenz auf (Cronbach's Alpha von $r=.89$ bis $r=.94$), in nichtklinischen Stichproben ebenfalls ($r=.84$ bis $r=.91$), die Reliabilität ist also recht zufriedenstellend.

7.2.7 Fragebogen zur persönlichen Wichtigkeit verschiedener Problembereiche im Rahmen der Abhängigkeitsentstehung (TH1) und die Berücksichtigung dieser im therapeutischen Setting (TH2).

Die Fragebögen TH1 und TH2 wurden von den Kolleginnen Lehner und Zeiler (2012) ausgehend von aktueller Literatur (vgl. u.a. Maercker, 2002) gestaltet. Im TH1 wurden Themenbereiche, die einen besonderen Stellenwert für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit besitzen können und darum in der Therapie aufgegriffen werden sollten, angeführt um von den Teilnehmerinnen hinsichtlich persönlicher Wichtigkeit auf einer fünfstufigen Ratingskala (0 = unwichtig bis 4 = äußerst wichtig) bewertet zu werden.

Itembeispiel des TH1: Soziales

Verlust	0	1	2	3	4
nahestehender Personen	unwichtig	mäßig wichtig	wichtig	sehr wichtig	äußerst wichtig

Der TH2 dient der Erfassung der empfundenen Berücksichtigung der einzelnen Themenbereiche, die wieder auf einer fünfstufigen Ratingskala (0 = gar nicht bis 4 = in idealem Ausmaß) bewertet werden.

Itembeispiel des TH2: Soziales

Verlust	0	1	2	3	4
nahestehender Personen	gar nicht	zu wenig	mäßig	ausreichend	in idealem Ausmaß

Beide Fragebögen, TH1 und TH2, bestehen aus insgesamt 10 Items, die in drei Skalen Soziales, Berufliches und Persönliches gegliedert sind. Die Items sind neutral und altersunabhängig formuliert.

7.2.8 Fragebogen zur Teilnahme an Therapieangeboten und zur Patientenzufriedenheit (TH3).

Der TH3, ebenfalls von Lehner und Zeiler (2012) erstellt, besteht aus einer Liste aller Therapieangebote des Anton Proksch Instituts – Therapeutisches Basisprogramm, Suchtspezifische Interventionen, Interventionen bezüglich Begleiterkrankungen, Sport und bewegungszentrierte Module, Angebote der Sozialarbeit und der beruflichen (Re-)Integration, Kreativtherapien und schließlich Angebote zur Lebens- und Freizeitgestaltung. Die Angebote Musikprojekt und Lesezirkel, fanden nicht über die gesamte Erhebungsperiode oder gar nicht statt und wurden deshalb aus der Liste genommen. Die Teilnehmerinnen wurden gebeten anzugeben, welche dieser Angebote sie im Laufe des stationären Aufenthalts wahrgenommen haben.

Die Patientenzufriedenheit wurde mittels dreier Items ermittelt, erfragt wurde die Zufriedenheit mit den TherapeutInnen und dem Aufenthalt an sich (0= gar nicht zufrieden bis 4=äußerst zufrieden) und für wie hilfreich die therapeutischen Angebote empfunden wurden (0=gar nicht hilfreich bis 4=äußerst hilfreich).

7.3 Statistische Verfahren zur Datenverarbeitung und –auswertung

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit IBM SPSS Statistics 22 für Windows. Zur Beschreibung der Stichprobe, zur besseren Veranschaulichung der geprüften Hypothesen und zur Darstellung der wichtigen Problembereiche der Teilnehmerinnen wurden deskriptivstatistische Methoden eingesetzt. Im Rahmen der

Hypothesentestung wurde sich der Inferenzstatistik bedient. Die nähere Vorstellung dieser folgt.

7.3.1 Deskriptiv Statistik.

Um die Stichprobencharakteristika zu veranschaulichen kamen für die Variablen Alter, Bildungsstand, Beruf, Familienstand, Wohnsituation, soziales Netzwerk, Hauptanstoß für eine Behandlung im API, Kontaktaufnahme, Aufenthalte in stationärer Behandlung, Dauer der Alkoholabhängigkeit und Abstinenz Balkendiagramme zum Einsatz, außerdem für die Depression und die Patientenzufriedenheit, zudem wurden statistische Kennwerte (χ^2 -Verteilung) zur Verdeutlichung angegeben.

7.3.2 Inferenzstatistik.

Zur Überprüfung der betreffenden Voranalyse im Zuge der Hypothesenprüfung kam eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA) zur Anwendung.

Um die jeweilige Hauptanalyse zu überprüfen wurde eine zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung eingesetzt. Den ersten Zwischensubjektsfaktor bildete für jede der vier Fragestellungen der Zeitpunkt mit zwei Stufen (tzp1 und tzp2), den zweiten Faktor bildete die interessierende abhängige Variable (gbLQ, R, C bzw. SW) mit den jeweiligen einzelnen Dimensionen als Stufen, den Innersubjektsfaktor bildete die Gruppenzugehörigkeit (VGj vs. VGa bzw. EOA, LOA vs. RA).

Für die Berechnung der Unterschiede in der Depressionsausprägung zum ersten Testzeitpunkt wurde eine Varianzanalyse verwendet, für die Unterschiede über die Therapie hinweg eine Varianzanalyse mit Messwiederholung.

Für den Vergleich der persönlich wichtigen Problembereiche und deren Berücksichtigung wurde für die Ermittlung der Unterschiede zwischen VGj und VGa ein *U*-Test herangezogen, für die Unterschiede zwischen EOA, LOA und RA eine Varianzanalyse.

7.3.2.1 Voraussetzungen der statistischen Verfahren.

Für die Anwendung einer Varianzanalyse gilt ein Intervallskalenniveau der Daten, Normalverteilung der Daten je Vergleichsgruppe und Homogenität der Varianzen als Voraussetzung, multivariate Mehrfachmessungen verlangen zusätzlich Sphärizität.

Von einem Intervallskalenniveau der Daten kann in der Studie ausgegangen werden, da alle zu untersuchenden Faktoren mittels eines stetigen Punktesystems erfasst wurden.

Zur Prüfung der Normalverteilung wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test (K-S-Test) angewendet, ein nicht signifikantes Ergebnis ($p > .05$) spricht für eine Normalverteilung der Daten pro Gruppe. Die Homogenität der Varianzen wurde mittels Levene-Test überprüft, hier zeigt ein nicht signifikantes Ergebnis ($p > .05$) homogene Varianzen an. Die Sphärizität gibt Aufschluss darüber, ob die Differenzen zwischen den Messzeitpunkten dieselbe Varianz aufweisen – bei weniger als drei Messzeitpunkten kann Sphärizität immer angenommen werden (Field, 2009).

Waren nicht alle Voraussetzungen erfüllt, so wurden dennoch die vorgesehenen Verfahren angewendet, da MANOVAS mit Messwiederholung einerseits robust gegenüber Verletzungen sind und andererseits SPSS keine geeigneten parameterfreien Alternativen zur Verfügung stellt (Bortz & Döring, 2006; Field, 2009).

Zusätzlich wurde der Box-M-Test berücksichtigt, da in den Vergleichsgruppen eine ungleiche Stichprobengröße vorliegt und so bei Hypothesenprüfung die Wahrscheinlichkeit eines Alpha-Fehlers erhöht ist. Zeigt dieser ein signifikantes Ergebnis ($p < 0.001$), so ist das jeweilige Ergebnis mit Vorsicht zu interpretieren, dies ließ sich aber in keinem der Gruppenvergleiche feststellen.

Auf sollten die Voraussetzungen Normalverteilung bzw. Homogenität der Varianzen nicht erfüllt sein, wird in den jeweiligen Kapiteln gesondert auf diese eingegangen.

7.3.2.2 Statistische Analyse.

In der Untersuchung wird ein Signifikanzniveau von $p = .05$ festgelegt. Der statistische Kennwert der Varianzanalyse (F-Wert) gilt bei einem $p < .05$ als signifikant. Der Parameter η^2 (partielles Eta-Quadrat bzw. Effektstärke) klärt den prozentualen Anteil der erklärten Varianz an der Gesamtvarianz auf und berichtet somit die Effektstärke der Ergebnisse. Ein $\eta^2 < .01$ ist als schwacher Effekt anzusehen, eines ab $.06$ als mittlerer und eines ab $.14$ als starker.

Zusätzlich soll angemerkt werden, dass beim Vergleich der EOA, LOA und RA stets Wilks-Lambda zur Beurteilung der Signifikanz herangezogen wurde, da die Stichprobengrößen der drei Gruppen relativ klein sind.

KAPITEL 8 – ERGEBNISSE

Im Folgenden werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchung dargestellt. Zuerst werden Merkmale der Stichprobe ausführlich beschrieben, danach wird auf die Ergebnisse der statistischen Hypothesen eingegangen und abschließend jene der Kontrollvariablen berichtet.

8.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Datenerhebung im Anton Proksch Institut erstreckte sich über den Zeitraum Juli 2013 bis Anfang Jänner 2014, wobei 91 Teilnehmerinnen, die alle Voraussetzungen für die Studienteilnahme erfüllten, rekrutiert wurden. 60 Personen erschienen zum ersten Untersuchungstermin, wovon vier Personen die Untersuchung abbrachen, drei nach Durchsicht des BDI II als zu depressiv eingestuft wurden und zwei vorzeitig entlassen wurden. Somit ergaben sich 51 vollständigen Datensätze, die beide Untersuchungstermine inkludierten und fünf Datensätze, die nur den ersten Befragungszeitpunkt umfassten, diese wurden von der statistischen Untersuchung ausgeschlossen.

8.1.1 Aufteilung in die Untersuchungsgruppen.

Von den 51 Personen, die vollständige Datensätze lieferten, konnten 23 der Gruppe der jüngeren Alkoholabhängigen (VGj) und 28 der der älteren Alkoholabhängigen (VGa) zugeteilt werden. Innerhalb der VGa konnte durch Betrachtung des Soziodemografischen Fragebogens, wobei die Angaben zum Beginn der Alkoholabhängigkeit und möglichen abstinenten Phasen genau analysiert wurden, eine genaue Einteilung in die vorab definierten Subgruppen vorgenommen werden. 12 Personen wurden als early-onset Alkoholabhängige (EOA), sieben als late-onset Alkoholabhängige (LOA) und neun als rezidiv Abhängige (RA) eingestuft.

8.1.2 Alter der Teilnehmerinnen.

In der VGa betrug das durchschnittliche Alter rund 59 Jahre ($SD = 8.019$), wobei beim ersten Testzeitpunkt die jüngste Person 50 und die älteste 75 Jahre alt war. Für die VGj ergab sich ein Durchschnittsalter von rund 44 Jahren ($SD=4.056$), die jüngste Person war hier 38 und die älteste 49 Jahre alt (siehe *Abbildung 1*).

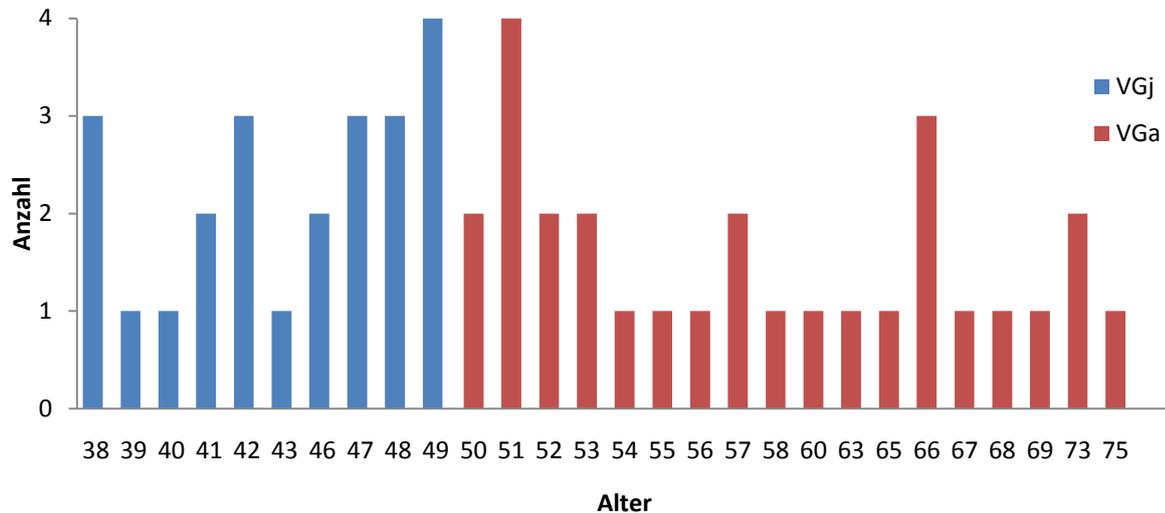


Abbildung 1. Altersverteilung in den beiden Altersgruppen.

8.1.3 Herkunftsland.

Knapp 90 % der Stichprobe gaben Österreich als ihr Herkunftsland an, nur rund 10 Prozent wählten ein anderes Land, wie Deutschland, Ungarn, Polen, Serbien oder die Schweiz.

8.1.4 Bildungsstand.

Der Bildungsstand legte sich in der Gruppe der jüngeren Alkoholabhängigen wie folgt dar: jeweils acht Personen (34.8%) gaben einen Pflichtschulabschluss oder einen Lehr-/Berufsschulabschluss an, vier Personen (17.4%) absolvierten eine Fachschule ohne Matura und weitere drei (13%) verfügten über einen Fachhochschul-/Universitätsabschluss.

11 Personen (39.3%) der VGa berichteten einen Lehr-/Berufsschulabschluss, jeweils sieben (25%) gaben einen Fachschulabschluss ohne Matura bzw. einen Abschluss mit Matura an, zwei Personen (7.1%) absolvierten eine Fachhochschule/Universität und nur eine Person (3.6%) wählte einen Pflichtschulabschluss als höchsten Bildungsgrad (siehe *Abbildung 2*).

Hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Ausbildung unterscheiden sich die beiden Gruppen der älteren ($MW=2.93$, $SD=1.052$) und jüngeren ($MW=2.22$, $SD=1.313$) Alkoholikerinnen hoch signifikant von einander, $\chi^2=16.916$, $p=.002$.

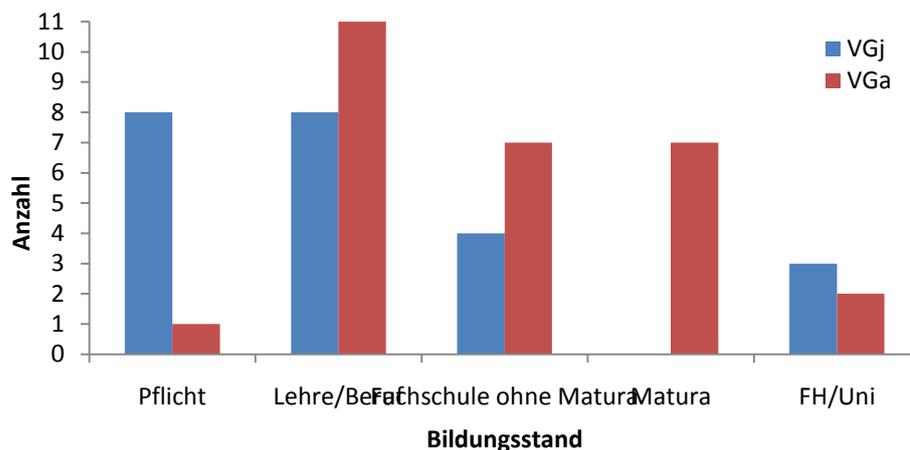


Abbildung 2. Bildungsstand in den beiden Altersgruppen.

Unter genauer Betrachtung der VGa und ihrer Subgruppen EOA, LOA und RA ergab sich folgendes Bild: Die Mehrheit der EOA (41.7%) hatte einen Lehr-/Berufsschulabschluss angegeben, drei Damen (25.0%) gaben einen Fachschulabschluss ohne Matura an und jeweils zwei (16.7%) einen Matura-/Abiturabschluss oder einen Fachhochschul-/Universitätsabschluss. Drei Personen der LOA (42.9%) gaben einen Abschluss mit Matura/Abitur an. Je zwei Damen (28.6%) gaben einen Lehr-/Berufsschulabschluss oder einen Fachschulabschluss ohne Matura an. Vier Personen der RA (44.4%) hatten einen Lehr-/Berufsschulabschluss anzugeben, je zwei Personen (22.2%) einen Fachschulabschluss ohne Matura oder einen Matura-/Abiturabschluss und eine Person (11.1%) verfügte lediglich über einen Pflichtschulabschluss.

In den Subgruppen der VGa zeigten sich damit keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Bildungsstand, $\chi^2=7.165$, $p=.519$, jedoch wiesen die LOA den höchsten Bildungsstand auf ($MW= 3.14$, $SD=.900$), knapp dahinter lagen die EO ($MW=3.08$, $SD= 1.165$), dann folgten die RA ($MW=2.56$, $SD=1.014$).

8.1.5 Beruf.

Mehr als die Hälfte (56.5%) der Personen der VGj war zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht erwerbstätig, acht Personen (34.8%) gaben an berufstätig zu sein und zwei (8.7%) befanden sich bereits in Frühpension.

Jeweils fünf Personen (17.9%) der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen waren nicht erwerbstätig oder berufstätig, acht (28.6%) in Frühpension und 10 (35.7%) in Pension (siehe *Abbildung 3*).

Damit unterschieden sich die Gruppen hinsichtlich der aktuellen beruflichen Situation hoch signifikant von einander, $\chi^2=21.608$, $p<.000$.

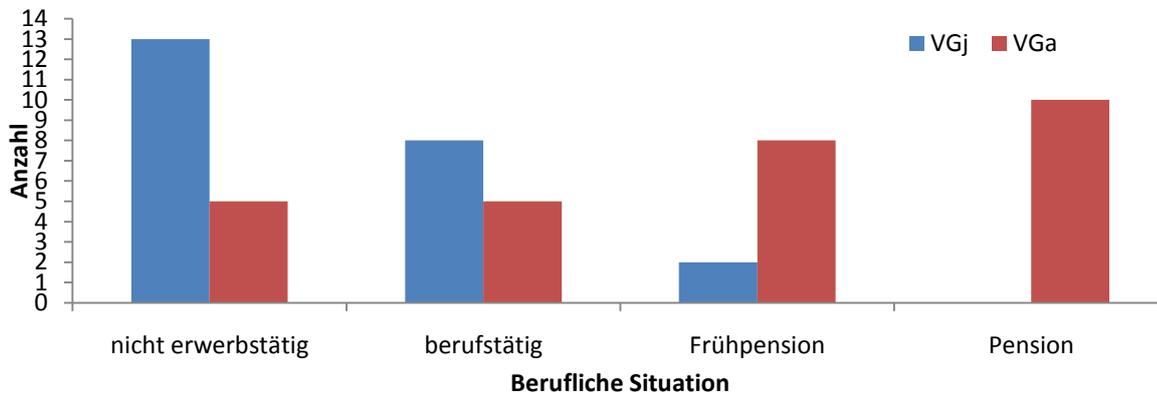


Abbildung 3. Berufliche Situation in den beiden Altersgruppen.

Die Subgruppen der VGa wurden genauer analysiert und so zeigte sich, dass fünf Personen der EOA (41.7%) in Frühpension waren, drei Personen (25%) waren zum Zeitpunkt der Untersuchung erwerbstätig und jeweils zwei (16.7%) nicht erwerbstätig oder in Pension. In der Subgruppe der LOA waren die Personen hauptsächlich in Pension (85.7%), eine war in Frühpension (14.3%). Drei Damen der RA (33.3%) waren nicht erwerbstätig und jeweils zwei (22.2%) berufstätig, in Frühpension oder in Pension.

Hinsichtlich der aktuellen beruflichen Situation unterschieden sich die Subgruppen der VGa signifikant voneinander, $\chi^2=13.303$, $p=.038$.

8.1.6 Familienstand.

In der VGj gaben neun Personen (39.1%) an geschieden zu sein, sieben (30.4) waren verheiratet und lebten auch zusammen. Jeweils drei Personen (13%) waren in einer Beziehung/Partnerschaft oder ledig und eine Person war bereits verwitwet (4.3%)

Der Großteil der älteren Alkoholabhängigen war mit 12 Personen (42.9%) geschieden, sieben Personen (25%) gaben an verwitwet zu sein, fünf (17.9%) waren verheiratet und lebten auch mit ihrem Ehemann zusammen, drei (10.7%) lebten in einer Beziehung/Partnerschaft und eine Person (3.6%) war ledig (siehe *Abbildung 4*).

Bezogen auf den Familienstand unterschieden sich die jüngeren und älteren Alkoholabhängigen nicht signifikant von einander, $\chi^2=6.382$, $p=.172$.

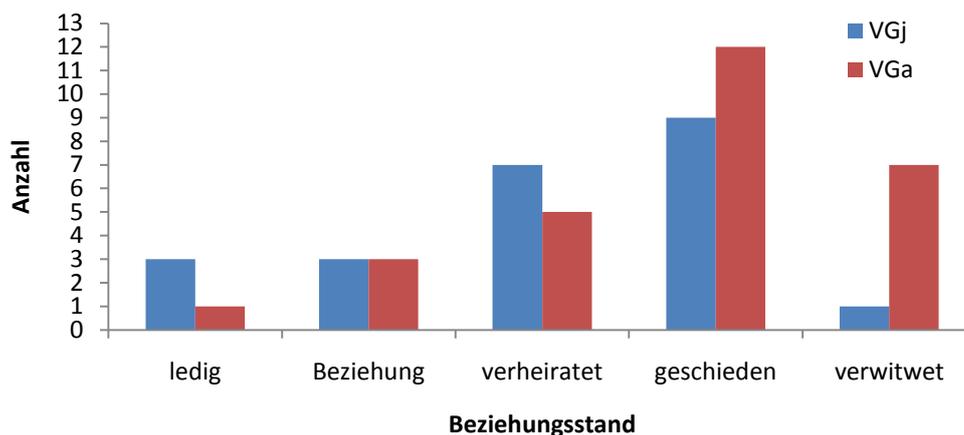


Abbildung 4. Beziehungsstand der beiden Altersgruppen.

Bei genauer Betrachtung der Subgruppen der älteren Alkoholabhängigen fällt auf, dass die Hälfte der EOA geschieden war, vier Personen (33.3%) waren verheiratet und lebten auch zusammen, zwei Personen (16.7%) waren in einer Beziehung/Partnerschaft. Die Mehrzahl der LOA (71.4%) waren verwitwet, je eine Person (14.3%) ledig oder in einer Beziehung/Partnerschaft. Unter den RA befanden sich hauptsächlich geschiedene Frauen (66.7%), zwei (22.2%) waren verwitwet und eine Person (11.1%) war verheiratet, zusammenlebend.

Die Subgruppen der VGa unterschieden sich bezogen auf den Familienstand höchst signifikant voneinander, $\chi^2=26.338$, $p=.001$.

8.1.7 Wohnsituation.

Acht Personen (34.8%) der VGj lebten alleine, sieben (30.4%) mit Partner/in und sechs Personen (26.1%) mit Kind/ern. Jeweils eine Person (4.3%) gab an bei den Eltern/einem Elternteil oder in einer Wohngemeinschaft zu wohnen.

In der VGa lebte die Hälfte alleine, neun Personen (32.1%) gaben an mit Partner/in zu leben und drei Personen (10.7%) mit Kind/ern. Jeweils eine Person (3.6%) lebte bei den Eltern/einem Elternteil oder pflegte eine andere Wohnform wie Pflegeheim oder Seniorenwohnheim (siehe *Abbildung 5*).

Auch hinsichtlich der Wohnsituation unterschieden sich die beiden Gruppen nicht signifikant, $\chi^2=5.209$, $p=.391$.

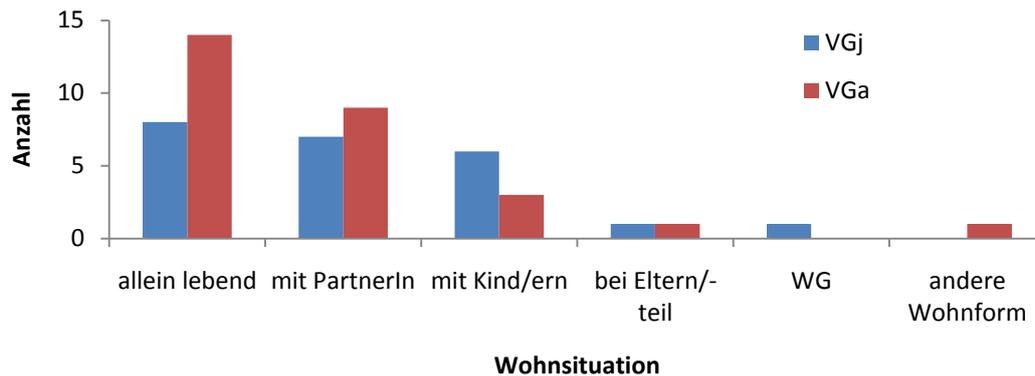


Abbildung 5. Wohnsituation der beiden Altersgruppen.

Unter den EOA lebte die Hälfte der Personen mit PartnerIn, vier Damen (33.3%) lebten alleine und zwei Personen (16.7%) mit Kind/ern. Alle LOA Abhängigen gaben an, allein zu leben. Von den RA gaben jeweils drei Personen (33.3%) an alleine oder mit PartnerIn zu leben, jeweils eine Person (11.1%) gab an mit Kind/ern, bei den Eltern/einem Elternteil oder in einem Pflegeheim/SeniorInnenwohnheim zu leben.

Auch hinsichtlich der aktuellen Wohnsituation unterschieden sich die Subgruppen der VGa signifikant voneinander, $\chi^2=15.928$, $p=.043$.

8.1.8 Soziales Netzwerk.

Um das soziale Netzwerk der Studienteilnehmerinnen abwägen zu können, wurde die Anzahl nahestehender Personen und enger Freunde herangezogen.

mehr als die Hälfte (56.5%) der VGj gab an mehr als vier nahestehende Personen und enge Freunde zu haben, neun Teilnehmerinnen (39.1%) wählten zwei bis vier Personen und eine Teilnehmerin (4.3%) gab nur eine nahestehende Person an.

Die Mehrheit (78.6%) der älteren Alkoholabhängigen gab an mehr als vier nahestehende Personen und enge Freunde zu haben, sechs Teilnehmerinnen (21.4%) berichteten über zwei bis 4 Personen (siehe *Abbildung 6*).

Hinsichtlich des sozialen Netzwerks ergaben sich in den beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede, $\chi^2=3.840$, $p=.147$.

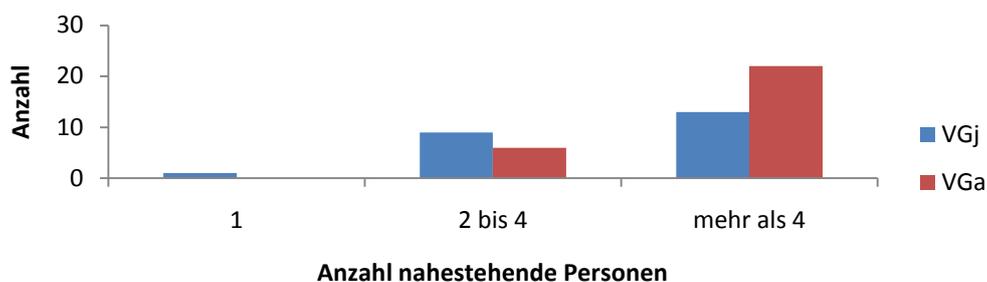


Abbildung 6. Anzahl der nahestehenden Personen in den beiden Altersgruppen.

In der Gruppe der EOA gab ein Großteil (66.7%) mehr als 4 nahestehende Personen und enge Freunde an, vier Personen (33.3%) berichten über zwei bis 4 solcher Personen. Auch die LOA berichten am häufigsten (85.7%) über mehr als vier solche Personen, eine Dame (14.3%) über zwei bis vier Personen. Bei den RA verhielt es sich ähnlich, nahezu alle (88.9%) gaben mehr als vier solche Personen an, eine Person (11.1%) zwei bis vier Personen.

Demnach zeigten die Subgruppen der VGa keine signifikanten Unterschiede bezogen auf das soziale Netzwerk, $\chi^2=1.800$, $p=.407$.

8.1.9 Hauptanstoß für die Behandlung im Anton Proksch Institut und Kontaktaufnahme.

Die Mehrheit der VGj gab mit 11 Personen (47.8%) an, sie wolle durch eine Behandlung im API Probleme bzw. Konsequenzen in der persönlichen Umgebung (Familie und Freundeskreis) vermeiden, sechs Personen (26.1%) gaben die Vermeidung von Problemen bzw. Konsequenzen im gesundheitlichen Bereich als Motiv an. Zwei Teilnehmerinnen nannten Alkoholentzug als Grund und eine (4.3%) den rechtlichen Bereich.

In der VGa gab es 11 Personen (39.3%), die die Vermeidung von Problemen bzw. Konsequenzen im gesundheitlichen Bereich angaben und 10 Personen (35.7%), die die persönliche Umgebung wählten. Jeweils drei Personen (10.7%) entschieden sich für den finanziell-materiellen Bereich oder nannten als Grund Alkoholentzug als Hauptanstoß für eine Behandlung. Eine Person wählte den rechtlichen Bereich (siehe *Abbildung 7*).

Betrachtet man die Frage nach dem Hauptanstoß für eine Behandlung im API, so unterschieden sich die beiden Gruppen nicht signifikant von einander, $\chi^2=2.838$, $p=.725$.

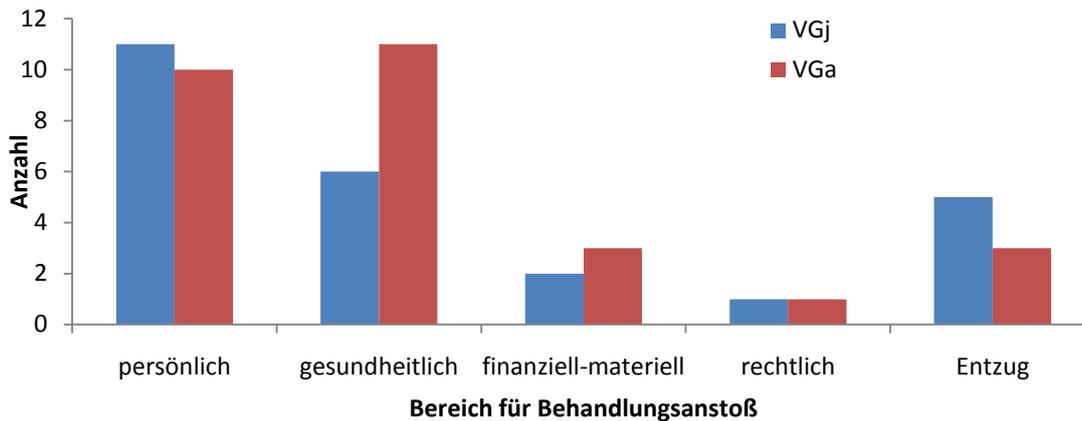


Abbildung 7. Bereiche für den Behandlungsanstoß im API in den beiden Altersgruppen.

Die meisten der EOA wählten die Vermeidung von Problemen bzw. Konsequenzen in der persönlichen Umgebung (41.7%) oder im gesundheitlichen Bereich (33.3%) als Hauptanstoß für eine Behandlung im API. Jeweils eine Person (8.3%) entschied sich für den finanziell-materiellen oder den rechtlichen Bereich oder nannte Alkoholentzug als Grund. In der Gruppe der LOA wurde von drei Damen (42.9%) die persönliche Umgebung genannt, jeweils zwei wählten den gesundheitlichen Bereich oder nannten Alkoholentzug als Grund für den Aufenthalt. Mehr als die Hälfte der RA (55.6%) nannte den gesundheitlichen Bereich als Hauptanstoß, jeweils zwei Personen (22.2%) gaben die persönliche Umgebung oder den finanziell-materiellen Bereich an.

Hinsichtlich des Hauptanstoßes für eine Behandlung im API zeigten auch die Subgruppen der VGa keine signifikanten Unterschiede, $\chi^2=9.145$, $p=.330$.

Den Kontakt mit dem API leitete mehr als die Hälfte (56.5%) der jüngeren Alkoholabhängigen selbst ein, drei Teilnehmerinnen (13%) gaben Auskunft, dies sei durch Familie oder Freunde geschehen, jeweils zwei (8.7%) nannten ihre(n) Hausarzt/ Hausärztin oder PsychologIn, ein Spital oder eine psychiatrische Institution. Eine Person (4.3%) gab ihren Arbeitsplatz als Vermittler an.

Auch in der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen fand der Kontakt mit dem API mehrheitlich selbst statt (60.7%), sechs Personen (21.4%) nannten ein Spital, drei Personen (10.7%) gaben Familie oder Verwandte an und zwei (7.1%) wählten ihre(n) Hausarzt/ Hausärztin oder PsychologIn (siehe *Abbildung 8*).

Auch bezogen auf die Kontaktaufnahme mit dem API unterschieden sich die beiden Gruppen nicht signifikant von einander, $\chi^2=6.296$, $p=.278$.

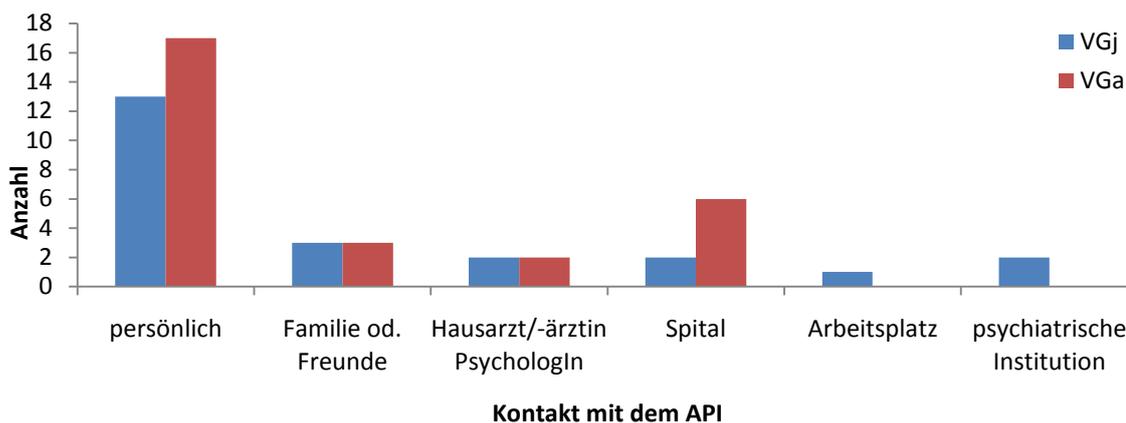


Abbildung 8. Erfolgte Kontaktaufnahme mit dem API in den beiden Altersgruppen.

Die Mehrzahl der EOA (58.3%) leitete den Kontakt mit dem API selbst in die Wege, drei Damen (25%) wurden durch ein Spital vermittelt und jeweils eine Dame (8.3%) durch Familie oder Freunde. Mehr als die Hälfte der LOA (57.1%) gaben an selbst den Kontakt mit dem API aufgenommen zu haben, jeweils eine Person gab an, dass die Kontaktaufnahme durch Familie oder Freunde, den/die Hausarzt/-ärztin oder PsychologIn oder ein Spital erfolgte. Der Großteil der RA (66.7%) berichtete, persönlich Kontakt mit dem API aufgenommen zu haben, zwei Personen (22.2%) nannten ein Spital als Vermittler und eine Person (11.1%) Familie oder Freunde.

Bezogen auf die erfolgte Kontaktaufnahme mit dem API unterschieden sich die Subgruppen der VGa nicht signifikant von einander, $\chi^2=2.177$, $p=.903$.

8.1.10 Aufenthalte in stationärer Behandlung.

In der VGj war der Großteil (65.2%) zum ersten Mal in stationärer Behandlung, vier Damen (17.4%) befanden sich zum zweiten Mal in stationärer Behandlung, zwei (8.7%) zum dritten Mal und jeweils eine Person (4.3%) zum vierten oder fünften Mal.

Neun Damen (32.1%) der VGa verbrachten ihren ersten stationären Aufenthalt im API, acht (28.6%) den zweiten, vier Personen (14.3%) waren zum dritten Mal in stationärer Behandlung, jeweils zwei (7.1%) zum sechsten, neunten oder mehr als 20sten Mal. Eine Person (3.6%) befand sich zum siebten Mal in stationärer Behandlung (siehe *Abbildung 9*).

Betrachtet man die Anzahl der stationären Aufenthalte, so unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant von einander, $\chi^2=15.540$, $p=.049$.

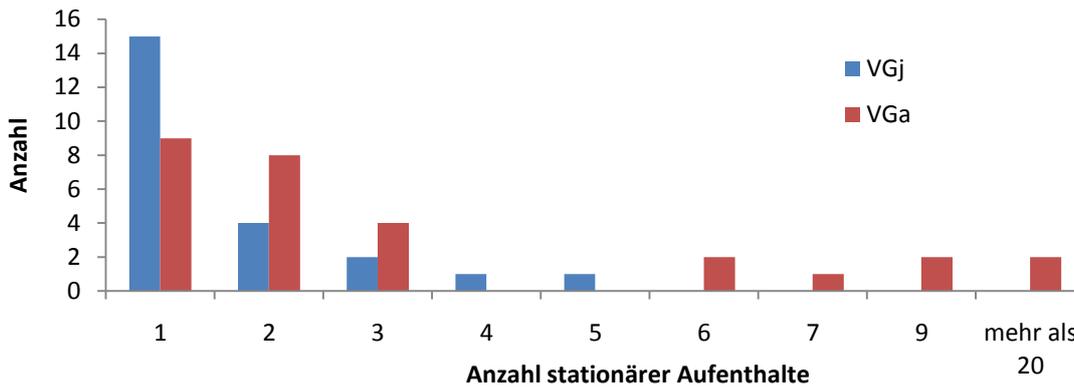


Abbildung 9. Anzahl stationärer Aufenthalte in den beiden Altersgruppen.

Vier Damen der EOA (33.3%) befanden sich zum ersten Mal in stationärer Behandlung, jeweils drei (25%) zum zweiten oder dritten Mal und jeweils zwei (16.7%) zum neunten Mal. Mehr als die Hälfte der LOA (57.1%) war zum ersten Mal in stationärer Behandlung, zwei Damen (28.6%) zum zweiten und eine (14.3%) zum sechsten Mal. Drei Personen der RA (33.3%) waren schon einmal zuvor in stationärer Behandlung, zwei Personen (22.2%) gaben an, schon mehr als 20 Mal in stationärer Behandlung gewesen zu sein. Jeweils eine Dame (11.1%) zum dritten, sechsten oder siebten Mal und ebenfalls nur eine zum ersten Mal.

Dennoch unterschieden sich die Subgruppen der VGa hinsichtlich der Anzahl stationärer Aufenthalte nicht signifikant von einander, $\chi^2=18.217$, $p=.109$.

8.1.11 Beginn der Alkoholabhängigkeit.

Mit Beginn der Alkoholabhängigkeit mit 17 Jahren war eine Person der VGj am frühesten alkoholabhängig und eine Person mit Beginn mit 45 Jahren am spätesten, Personen der VGj wurden also im Mittel mit rund 34 Jahren ($SD=7.721$) alkoholabhängig.

In der VGa belief sich das jüngste Alter des Beginns einer Alkoholabhängigkeit auf 20 Jahre, die Personen mit Beginn mit 60 Jahren wurden am spätesten abhängig. Damit stellte sich bei den Personen der VGa durchschnittlich mit rund 44 Jahren ($SD=11.461$) eine Alkoholabhängigkeit ein.

8.1.12 Dauer der Alkoholabhängigkeit.

In der Gruppe der jüngeren Alkoholabhängigen ergaben sich 20 Jahre als längste Dauer an durchgehender Alkoholabhängigkeit, also unter der Berücksichtigung von eventuellen abstinenten Phasen und dem letzten Rückfall, die kürzeste auf unter einem Jahr. Personen

der VGj waren also durchschnittlich seit rund fünf Jahren ($SD=5.092$) durchgehend alkoholabhängig.

Betrachtet man die VGa, so belief sich die höchste Zahl an durchgehender Alkoholabhängigkeit auf 35 Jahre, die kürzeste auf unter ein Jahr. Die Damen der VGa waren also im Durchschnitt seit 11 Jahren ($SD=8.703$) am Stück alkoholabhängig (siehe *Abbildung 10*).

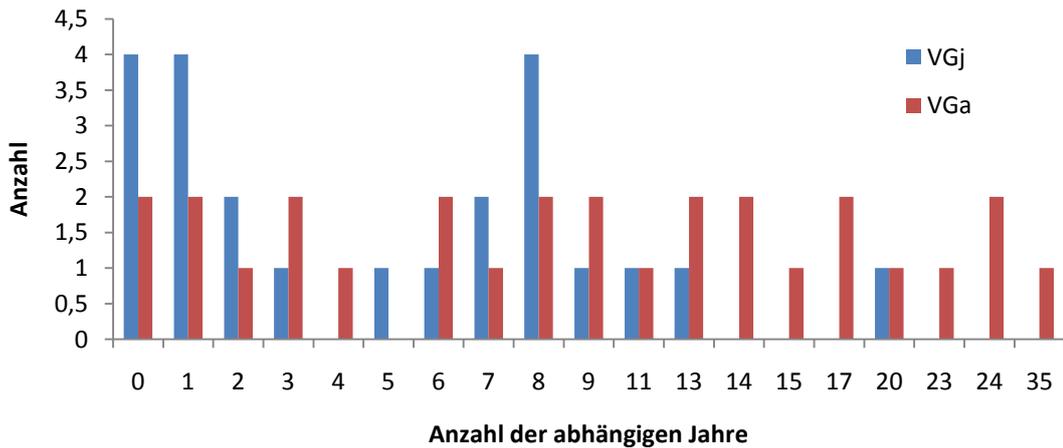


Abbildung 10. Anzahl der abhängigen Jahre in den beiden Altersgruppen.

8.1.13 Abstinenz.

Mehr als die Hälfte (52.2%) der jüngeren Alkoholabhängigen hatte bisher keine abstinenten Phase, die länger als ein Jahr anhielt. Sieben Personen (30.4%) berichteten über eine solche Phase und jeweils zwei (8.7%) über zwei oder drei.

Auch in der VGa hatte mehr als die Hälfte der Alkoholabhängigen (57.1%) bisher keine abstinenten Phase, die länger als ein Jahr anhielt. Sechs Damen (21.4%) berichteten über eine solche Phase, jeweils zwei (7.1%) über zwei oder drei und jeweils eine Person (3.6%) über vier oder acht solche Phasen (siehe *Abbildung 11*).

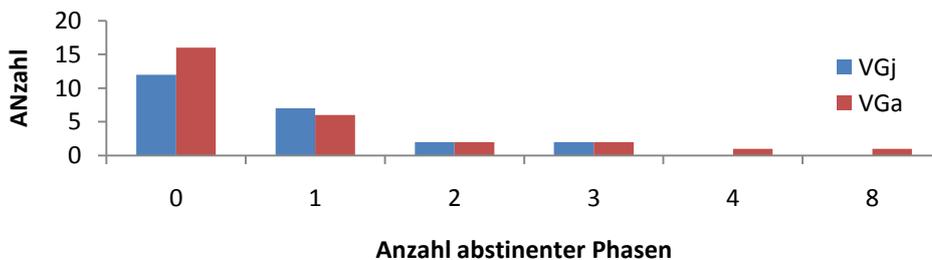


Abbildung 11. Anzahl abstinenten Phasen in den beiden Altersgruppen

Unter den 11 Personen der VGj, welche abstinente Phasen zeigten, zeigte die Mehrzahl (54.5%) solche von mindestens einem Jahr. Drei Personen (27.3%) hatten Phasen zwischen zwei und vier Jahren, zwei Damen (18.2%) Phasen zwischen fünf und 10 Jahren.

Unter den 12 Personen der VGa, welche abstinente Phasen zeigten, lagen diese im Durchschnitt zwischen zwei bis vier Jahren. Vier Personen (33.3%) hatten abstinente Phasen von mindestens einem Jahr und zwei (16.7%) solche zwischen fünf und 10 Jahren (siehe *Abbildung 12*).

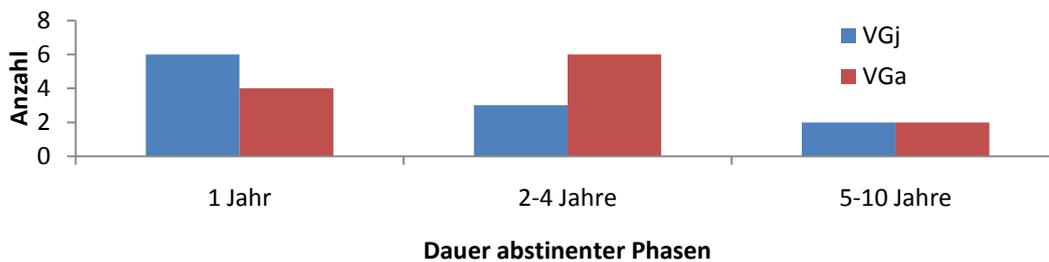


Abbildung 12. Dauer der abstinenten Phasen in beiden Altersgruppen.

Weder hinsichtlich der Häufigkeit abstintenter Phasen, die länger als ein Jahr andauerten ($\chi^2=2.932$, $p=.710$), noch hinsichtlich der Dauer dieser Phasen ($\chi^2=1.379$, $p=.502$) unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant. Die drei Subgruppen der VGa unterscheiden sich höchst signifikant, $\chi^2=31.767$, $p < 0.000$ – keine Person der EOA, drei der LOA (42.9%) und alle Personen der RA hatten abstinente Phasen.

8.1.14 Psychische Erkrankungen.

Die Mehrheit (73.9) der VGj gab keine psychische Störung an, sechs Personen (26.1%) schon, wovon fünf (83.3%) Depression nannten und eine (16.7%) somatischen Kopfschmerz.

Auch der Großteil (75%) der älteren Alkoholabhängigen gab keine psychische Störung bekannt, sieben Personen (25%) schon, wobei sechs Damen (85.7%) Depression nannten und eine (14.3%) Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Weder die beiden Versuchsgruppen, $\chi^2=.008$, $p=.929$, noch die EOA, LOA und RA, $\chi^2=2.570$, $p=.277$, unterscheiden sich in der Bekanntgabe einer psychischen Störung signifikant voneinander.

8.1.15 Schwerwiegende körperliche Erkrankungen.

Unter den jüngeren Alkoholabhängigen berichtete nur eine Person (4.3%) über schwerwiegende körperliche Erkrankungen, nämlich Alopezie und Bluthochdruck.

Bei den älteren Alkoholabhängigen gab die Mehrheit (64.3%) keine schwerwiegende körperliche Erkrankung an, bei 10 Personen (35.7%) wurde schon mal eine solche festgestellt, wobei drei davon mehr als eine Krankheit anführten (30%). Es wurde von je zwei Personen Bluthochdruck oder Polyneuropathie genannt, jeweils eine Person berichtete über Leberzirrhose, Krebs, Osteoporose, Epilepsie, chronische Gastritis, TBC oder Gelenkerkrankungen.

Hinsichtlich dem Vorhandensein einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung unterschieden sich die beiden Gruppen hoch signifikant, $\chi^2=8.457$, $p=.004$, die Subgruppen der VGa jedoch nicht, $\chi^2=.365$, $p=.833$, in allen dreien litt weniger als die Hälfte der Personen an einer schweren körperlichen Erkrankung.

8.2 Ergebnisse zu den statistischen Fragestellungen und Hypothesen

Im folgenden Abschnitt erfolgt die Ergebnisdarstellung zu den Hypothesen betreffend gesundheitsbezogene Lebensqualität, Stressbewältigung, personelle Ressourcen und Abstinenzzuversicht präsentiert. Auch die Ergebnisse der voraussetzungsprüfenden Verfahren werden erläutert.

8.2.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität.

8.2.1.1 Ältere und jüngere Alkoholabhängige

Bezüglich der Voraussetzungen der MANOVA ist einzig die mittels Levene-Test überprüfte Homogenität in den Skalen Körperliche Funktionsfähigkeit und Vitalität zum ersten Testzeitpunkt und Körperliche Rollenfunktion zum zweiten Testzeitpunkt nicht gegeben.

Die Voranalyse der gesundheitsbezogenen Lebensqualität legt die Beibehaltung der Nullhypothese nahe, da sich zum ersten Testzeitpunkt ausgehend von den multivariaten Ergebnissen die beiden Gruppen der älteren und jüngeren Alkoholabhängigen nicht signifikant voneinander unterscheiden, $F(8,42)=1.662$, $p=.137$, partial $\eta^2=.240$. Bei genauer Betrachtung der univariaten Ergebnisse, welche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in den einzelnen Skalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aufschlüsseln, zeigt sich jedoch, dass sie sich hinsichtlich der Körperlichen

Funktionsfähigkeit zum ersten Testzeitpunkt signifikant unterscheiden, $F(1,49)=5.457$, $p=.024$, partial $\eta^2=.100$. Dennoch wird eine vergleichbare Ausprägung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in beiden Gruppen zu Therapiebeginn angenommen.

Betreffend der Hauptanalyse wird ebenfalls die Nullhypothese beibehalten, da es hinsichtlich der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität über die Therapie hinweg keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden VG zu verzeichnen gibt. Es zeigte sich keine signifikante Veränderung der Interaktion Zeitpunkt*Gruppe, $F(1,49)=.143$, $p=.707$, partial $\eta^2=.003$. Dies bestätigen auch die univariaten Ergebnisse.

Allerdings lässt sich eine hoch signifikante Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität über den Therapieverlauf in der gesamten Stichprobe feststellen, $F(7,44)=11.587$, $p<.000$, partial $\eta^2=.648$. Die Ergebnisse der univariaten Tests zeigen, dass in jeder der acht Skalen des SF-36 eine signifikante Veränderung über die Zeit stattgefunden hat (siehe *Tabelle 5*).

Tabelle 5. F-Werte, Signifikanzwerte und partiales η^2 für die acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit des SF-36 über die Zeit für die Gesamtstichprobe.

Dimension	$F(1,50)$	p	partial η^2
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	17.346	.000	.258
Körperliche Funktionsfähigkeit	24.261	.000	.327
Körperliche Rollenfunktion	47.877	.000	.489
Emotionale Rollenfunktion	27.273	.000	.353
Soziale Funktionsfähigkeit	82.584	.000	.623
Vitalität	105.808	.000	.679
Psychisches Wohlbefinden	131.369	.000	.724
Körperliche Schmerzen	10.003	.003	.167

Anhand der deskriptiven Ergebnisse lässt sich erkennen, dass es in jeder Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu einem Anstieg gekommen ist (siehe *Tabelle 6*).

Tabelle 6. Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit des SF-36 zu beiden Zeitpunkten für beide Altersgruppen.

Dimension	VG	ZP	MW	SD
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	alt	1	62.643	18.331

		2	71.643	20.254
	jung	1	67.522	21.595
		2	78.087	19.162
Körperliche Funktionsfähigkeit	alt	1	69.643	24.226
		2	81.786	18.064
	jung	1	83.261	15.345
		2	93.261	9.367
Körperliche Rollenfunktion	alt	1	36.607	38.779
		2	72.321	36.855
	jung	1	39.130	36.793
		2	83.696	27.807
Emotionale Rollenfunktion	alt	1	44.048	44.494
		2	76.191	36.126
	jung	1	37.681	40.582
		2	76.812	39.485
Soziale Funktionsfähigkeit	alt	1	51.786	29.407
		2	80.804	20.265
	jung	1	43.478	21.277
		2	78.804	23.366
Körperliche Schmerzen	alt	1	59.821	33.349
		2	78.679	23.359
	jung	1	69.391	33.349
		2	76.044	28.365
Vitalität	alt	1	40.893	23.651
		2	66.081	18.326
	jung	1	43.696	15.464
		2	70.000	17.838
Psychisches Wohlbefinden	alt	1	51.000	22.141
		2	75.000	17.269
	jung	1	45.391	19.619
		2	73.565	14.659

8.2.1.2 Die Subgruppen der älteren Alkoholabhängigen: EOA, LOA und RA.

Die mittels K-S-Test überprüfte Normalverteilung ist in den Dimensionen Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen und Emotionale Rollenfunktion zum ersten Testzeitpunkt und in allen Dimensionen außer Vitalität und Psychisches Wohlbefinden zum zweiten Testzeitpunkt nicht gegeben. Die mittels Levene-Test überprüfte Homogenität der Varianzen fällt in den Dimensionen Allgemeine Gesundheitswahrnehmung und Soziale Funktionsfähigkeit zum ersten Testzeitpunkt und Emotionale Rollenfunktion zum zweiten Testzeitpunkt negativ aus.

Die Voranalyse zeigt, dass sich EOA, LOA und RA in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zum ersten Testzeitpunkt nicht signifikant voneinander unterscheiden, $F(16,36)=.530$, $p=.913$, partial $\eta^2=.191$ – folglich wird die Nullhypothese beibehalten, auch die univariaten Ergebnisse bestätigen dies. Daher wird eine Vergleichbarkeit der Gruppen hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu Therapiebeginn angenommen.

Auch die Hauptanalyse liefert keine signifikanten Ergebnisse bezogen auf Unterschiede in der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen EOA, LOA und RA über die Therapie hinweg, die Nullhypothese wird beibehalten. Es zeigte sich keine signifikante Veränderung der Interaktion Zeitpunkt*Droller, $F(2,25)=.872$, $p=.431$, partial $\eta^2=.065$. Auch ein Blick auf die univariaten Ergebnisse bestätigt dies.

Auch innerhalb der Subgruppen der älteren Alkoholabhängigen lässt sich eine hoch signifikante Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Testzeitpunkt 1 zu 2 feststellen, $F(7,21)=5.683$, $p=.001$, partial $\eta^2=.654$. Unter Betrachtung der univariaten Ergebnisse zu den einzelnen Dimensionen wird deutlich, dass die Allgemeine Gesundheitswahrnehmung und die Emotionale Rollenfunktion nicht entscheidend zur Aufklärung der Varianz beigetragen haben. Alle anderen Dimensionen veränderten sich signifikant (siehe *Tabelle 7*).

Tabelle 7. F-Werte, Signifikanzwerte und partiales η^2 der acht Dimensionen subjektiver Gesundheit des SF-36 über die Zeit innerhalb der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen.

Dimension	$F(1,25)$	p	partial η^2
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	6.390	.018	.204
Körperliche	9.137	.006	.268

Funktionsfähigkeit			
Körperliche Rollenfunktion	17.262	.000	.408
Emotionale Rollenfunktion	7.920	.009	.241
Soziale Funktionsfähigkeit	28.902	.000	.536
Vitalität	37.009	.000	.597
Psychisches Wohlbefinden	44.192	.000	.639
Körperliche Schmerzen	14.486	.001	.367

Anmerkung: Anpassung für Mehrfachvergleiche nach Bonferroni $\alpha = .00625$

Zieht man die zugehörigen deskriptiven Statistiken heran, so lässt sich in allen drei Subgruppen ein Anstieg in den acht Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verzeichnen (siehe *Tabelle 8,9,10*).

Tabelle 8. Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit des SF-36 zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der early-onset Alkoholabhängigen.

Dimension	ZP	MW	SD
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	1	65.250	19.424
	2	70.417	22.407
Körperliche Funktionsfähigkeit	1	73.333	26.141
	2	86.250	11.307
Körperliche Rollenfunktion	1	31.250	37.119
	2	68.750	40.064
Emotionale Rollenfunktion	1	47.222	43.712
	2	83.333	33.333
Soziale Funktionsfähigkeit	1	50.000	28.204
	2	82.292	18.813
Vitalität	1	38.833	19.109
	2	62.500	19.365
Psychisches Wohlbefinden	1	49.333	19.842
	2	75.667	15.859
Körperliche Schmerzen	1	55.500	29.929

	2	83.000	21.418
--	---	--------	--------

Tabelle 9. Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit des SF-36 zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der late-onset Alkoholabhängigen.

Dimension	ZP	<i>MW</i>	<i>SD</i>
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	1	65.571	5.563
	2	73.857	17.724
Körperliche Funktionsfähigkeit	1	68.571	16.762
	2	75.000	14.142
Körperliche Rollenfunktion	1	46.429	39.340
	2	67.857	42.608
Emotionale Rollenfunktion	1	38.095	40.500
	2	47.619	46.576
Soziale Funktionsfähigkeit	1	57.143	15.905
	2	78.571	22.493
Vitalität	1	43.571	18.645
	2	67.857	16.036
Psychisches Wohlbefinden	1	56.571	20.057
	2	76.000	19.732
Körperliche Schmerzen	1	67.857	30.317
	2	75.571	20.848

Tabelle 10. Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit des SF-36 zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der rezidiv Abhängigen.

Dimension	ZP	<i>MW</i>	<i>SD</i>
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	1	56.889	23.176
	2	71.556	21.261
Körperliche Funktionsfähigkeit	1	65.556	28.112
	2	81.111	26.549
Körperliche Rollenfunktion	1	36.111	43.501
	2	80.556	30.046
Emotionale Rollenfunktion	1	44.444	44.494
	2	88.889	16.667
Soziale Funktionsfähigkeit	1	50.000	40.020

	2	80.556	22.631
Vitalität	1	42.222	33.271
	2	69.444	19.755
Psychisches Wohlbefinden	1	48.889	27.841
	2	73.333	19.079
Körperliche Schmerzen	1	59.333	41.806
	2	75.333	28.909

7.2.2 Personelle Ressourcen

7.2.2.1 Ältere und jüngere Alkoholabhängige.

Die mittels K-S-Test überprüfte Normalverteilung der Daten und die mittels Levene-Test überprüfte Varianz Homogenität sind einzig in der Dimension Veränderungsmotivation zum ersten Testzeitpunkt nicht gegeben. Zum zweiten Messzeitpunkt ist die Varianzhomogenität in der Dimension Soziale Unterstützung nicht gegeben.

Die Voranalyse der personellen Ressourcen legt die Beibehaltung der Nullhypothese nahe, da sich zum ersten Testzeitpunkt ausgehend von den multivariaten Ergebnissen die beiden Gruppen der älteren und jüngeren Alkoholabhängigen nicht signifikant voneinander unterscheiden, $F(7,43)=1.767$, $p=.119$, partial $\eta^2=.223$. Bei genauer Betrachtung der univariaten Ergebnisse, welche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in den einzelnen Skalen der personellen Ressourcen aufschlüsseln, zeigt sich jedoch, dass sie sich hinsichtlich der Veränderungsmotivation zum ersten Testzeitpunkt höchst signifikant unterscheiden, $F(1,49)=11.156$, $p=.002$, partial $\eta^2=.185$. Dennoch wird eine vergleichbare Ausprägung der personellen Ressourcen in beiden Gruppen zu Therapiebeginn angenommen.

Betreffend der Hauptanalyse wird ebenfalls die Nullhypothese beibehalten, da es hinsichtlich der Veränderung der personellen Ressourcen über die Therapie hinweg keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden VG zu verzeichnen gibt. Es zeigte sich keine signifikante Veränderung der Interaktion Zeitpunkt*Gruppe, $F(1,49)=.220$, $p=.641$, partial $\eta^2=.004$. Dies bestätigen auch die univariaten Ergebnisse.

Allerdings lässt sich eine klar signifikante Veränderung der personellen Ressourcen über den Therapieverlauf in der gesamten Stichprobe feststellen, $F(6,45)=7.698$, $p<.000$, partial $\eta^2=.507$). Die Ergebnisse der univariaten Tests zeigen, dass mit Ausnahme der Dimension

Soziale Unterstützung in jeder der sieben Skalen des FERUS eine signifikante Veränderung über die Zeit stattgefunden hat (siehe *Tabelle 11*).

Tabelle 11. *F*-Werte, Signifikanzwerte und partiales η^2 für die sieben Subdimensionen des FERUS über die Zeit in der Gesamtstichprobe.

Dimension	<i>F</i> (1,50)	<i>p</i>	partial η^2
Veränderungsmotivation	8.779	.005	.149
Coping	24.883	.000	.332
Selbstbeobachtung	10.370	.002	.172
Selbstwirksamkeit	29.177	.000	.369
Selbstverbalisation	31.059	.000	.383
Hoffnung	15.441	.000	.236
soziale Unterstützung	1.354	.250	.026

Anmerkung: Anpassung für Mehrfachvergleiche nach Bonferroni $\alpha = .00714$

Anhand der deskriptiven Ergebnisse lässt sich erkennen, dass es in jeder Dimension der personellen Ressourcen zu einem Anstieg gekommen ist, außer in der Veränderungsmotivation, diese ist in beiden Gruppen gesunken (siehe *Tabelle 12*).

Tabelle 12. Mittelwerte (*MW*), Standardabweichungen (*SD*) und transformierte *T*-Werte (*T*) der sieben Subdimensionen des FERUS zu beiden Zeitpunkten für beide Altersgruppen.

Dimension	VG	ZP	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>
Veränderungsmotivation	alt	1	48.500	8.622	49
		2	47.500	10.159	48
	jung	1	55.174	4.589	57
		2	51.739	6.173	53
Coping	alt	1	42.071	6.986	58
		2	45.464	6.963	61
	jung	1	39.609	7.884	56
		2	45.565	7.902	62
Selbstbeobachtung	alt	1	27.036	3.892	57
		2	27.821	4.110	59
	jung	1	26.261	4.434	55
		2	29.130	4.310	61
Selbstwirksamkeit	alt	1	32.250	5.345	59
		2	35.714	4.928	63

	jung	1	30.218	7.103	56
		2	34.565	6.323	62
Selbstverbalisation	alt	1	19.607	3.957	55
		2	23.107	4.289	60
	jung	1	19.696	4.547	55
		2	23.261	4.256	60
Hoffnung	alt	1	41.286	5.192	59
		2	43.464	4.985	61
	jung	1	41.652	7.426	60
		2	43.957	5.389	62
soziale Unterstützung	alt	1	44.893	5.934	58
		2	46.036	5.614	59
	jung	1	41.826	7.849	55
		2	42.913	7.751	55

7.2.2.2 Die Subgruppen der älteren Alkoholabhängigen: EOA, LOA und RA.

Die mittels K-S-Test überprüfte Normalverteilung ist in den Dimensionen Veränderungsmotivation, Selbstbeobachtung und sozialer Unterstützung zum ersten Testzeitpunkt und Selbstverbalisation, Hoffnung und ebenfalls Soziale Unterstützung zum zweiten Testzeitpunkt nicht gegeben. Die mittels Levene-Test überprüfte Homogenität der Varianzen fällt in den Dimensionen Selbstbeobachtung zum ersten Testzeitpunkt negativ aus.

Die Voranalyse zeigt, dass sich EO, LO und RA in den personellen Ressourcen zum ersten Testzeitpunkt nicht signifikant voneinander unterscheiden, $F(14,38)=.800$, $p=.664$, partial $\eta^2=.228$ – folglich wird die Nullhypothese beibehalten, auch die univariaten Ergebnisse bestätigen dies. Daher wird eine Vergleichbarkeit der Gruppen hinsichtlich der personellen Ressourcen zu Therapiebeginn angenommen.

Auch die Hauptanalyse liefert keine signifikanten Ergebnisse bezogen auf Unterschiede in der Veränderung der personellen Ressourcen zwischen EO, LO und RA über die Therapie hinweg, die Nullhypothese wird beibehalten. Es zeigte sich keine signifikante Veränderung der Interaktion Zeitpunkt*Dröller, $F(2,25)=1.528$, $p=.237$, partial $\eta^2=.109$. Auch ein Blick auf die univariaten Ergebnisse bestätigt dies.

Innerhalb der Subgruppen der älteren Alkoholabhängigen lässt sich aber eine hoch signifikante Veränderung der personellen Ressourcen von Testzeitpunkt 1 zu 2 feststellen, $F(6,22)=3.912$, $p=.008$, partial $\eta^2=.516$. Unter Betrachtung der univariaten Ergebnisse zu den einzelnen Dimensionen wird deutlich, dass nur das Coping, die Selbstwirksamkeit, die Selbstverbalisation und die Hoffnung entscheidend zur Aufklärung der Varianz beigetragen haben. Alle anderen Dimensionen veränderten sich nicht signifikant (siehe *Tabelle 13*).

Tabelle 13. *F*-Werte, Signifikanzwerte und partial η^2 für die sieben Subdimensionen des FERUS über die Zeit innerhalb der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen.

Dimension	<i>F</i> (1,25)	<i>p</i>	partial η^2
Veränderungsmotivation	.767	.389	.030
Coping	8.431	.008	.252
Selbstbeobachtung	1.122	.300	.043
Selbstwirksamkeit	16.882	.000	.403
Selbstverbalisation	22.019	.000	.468
Hoffnung	11.955	.002	.323
soziale Unterstützung	1.604	.217	.060

Anmerkung: Anpassung für Mehrfachvergleiche nach Bonferroni $\alpha = .00714$

Zieht man zusätzlich die deskriptiven Statistiken zu diesen Dimensionen heran, so lässt sich in allen drei Subgruppen ein Anstieg verzeichnen, außer in der Veränderungsmotivation, wo wieder ein Abfall zu sehen ist (siehe *Tabelle 14,15,16*).

Tabelle 14. Mittelwerte (*MW*), Standardabweichungen (*SD*) und transformierte *T*-Werte (*T*) der sieben Subdimensionen des FERUS zu beiden Zeitpunkten innerhalb der Gruppe der early-onset Alkoholabhängigen.

Dimension	ZP	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>
Veränderungsmotivation	1	47.083	10.282	47
	2	44.667	12.235	44
Coping	1	42.333	6.065	58
	2	44.583	6.708	61
Selbstbeobachtung	1	27.417	3.088	57
	2	27.583	4.481	59
Selbstwirksamkeit	1	33.000	4.285	60
	2	35.500	4.739	63

Selbstverbalisation	1	20.500	4.275	57
	2	22.750	4.750	60
Hoffnung	1	41.750	5.119	60
	2	43.333	5.581	61
soziale Unterstützung	1	45.667	5.549	59
	2	45.667	5.176	59

Tabelle 15. Mittelwerte (*MW*), Standardabweichungen (*SD*) und transformierte *T*-Werte (*T*) der sieben Subdimensionen des FERUS zu beiden Zeitpunkten innerhalb der Gruppe der late-onset Alkoholabhängigen.

Dimension	ZP	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>
Veränderungsmotivation	1	50.286	4.348	50
	2	50.000	5.831	50
Coping	1	41.571	6.997	58
	2	44.714	7.365	61
Selbstbeobachtung	1	27.428	1.902	57
	2	26.714	2.563	57
Selbstwirksamkeit	1	30.857	6.309	57
	2	35.143	6.309	62
Selbstverbalisation	1	19.714	4.461	55
	2	22.857	3.805	60
Hoffnung	1	39.143	5.581	58
	2	42.286	5.122	60
soziale Unterstützung	1	45.714	5.678	59
	2	46.286	6.969	59

Tabelle 16. Mittelwerte (*MW*), Standardabweichungen (*SD*) und transformierte *T*-Werte (*T*) der sieben Subdimensionen des FERUS zu beiden Zeitpunkten innerhalb der Gruppe der rezidiv Abhängigen.

Dimension	ZP	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>
Veränderungsmotivation	1	49.000	9.233	49
	2	49.333	9.785	49
Coping	1	42.111	8.781	58
	2	47.222	7.480	63
Selbstbeobachtung	1	26.222	5.848	55
	2	29.000	4.664	61

Selbstwirksamkeit	1	32.333	6.225	59
	2	36.444	4.503	63
Selbstverbalisation	1	18.333	3.123	52
	2	23.778	4.410	61
Hoffnung	1	42.333	5.099	60
	2	44.556	4.333	64
soziale Unterstützung	1	43.222	6.906	55
	2	46.333	5.723	59

8.2.3 Stressbewältigung.

8.2.3.1 Ältere und jüngere Alkoholabhängige.

Alle Voraussetzungen der MANOVA sind erfüllt.

Die Voranalyse der Stressbewältigung legt die Beibehaltung der Nullhypothese nahe, da sich zum ersten Testzeitpunkt ausgehend von den multivariaten Ergebnissen die beiden Gruppen der älteren und jüngeren Alkoholabhängigen nicht signifikant voneinander unterscheiden, $F(4,49)=1.689$, $p=.169$, partial $\eta^2=.128$. Die univariaten Ergebnisse lassen ebenfalls darauf schließen.

Betreffend der Hauptanalyse wird ebenfalls die Nullhypothese beibehalten, da es hinsichtlich der Veränderung der personellen Ressourcen über die Therapie hinweg keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden VG zu verzeichnen gibt. Es zeigte sich keine signifikante Veränderung der Interaktion Zeitpunkt*Gruppe, $F(1,49)=.001$, $p=.974$, partial $\eta^2=.000$. Dies bestätigen auch die univariaten Ergebnisse.

Allerdings lässt sich eine klar signifikante Veränderung der personellen Ressourcen über den Therapieverlauf in der gesamten Stichprobe feststellen, $F(3,48)=6.107$, $p=.001$; partial $\eta^2=.276$. Die Ergebnisse der univariaten Tests zeigen, dass nur in der Dimension Positives Denken eine signifikante Veränderung über die Zeit stattgefunden hat, die Veränderung in den Dimensionen Negatives Denken und Suchen sozialer Unterstützung fällt durch Alpha-Korrektur nach Bonferroni nicht signifikant aus (siehe *Tabelle 17*).

Tabelle 17. F -Werte, Signifikanzwerte und partial η^2 für die Veränderung der vier Subdimensionen des CBI-G über die Zeit in der Gesamtstichprobe.

Dimension	$F(3,48)$	p	partial η^2
Positives Denken	10.277	.002	.170

Negatives Denken	6.695	.013	.118
Suchen sozialer Unterstützung	5.687	.021	.102
Vermeiden	.304	.584	.006

Anmerkung: Anpassung für Mehrfachvergleiche nach Bonferroni $\alpha = .0125$

Nach Begutachtung der deskriptiven Statistiken wird klar, dass die Anwendung der als positiv angesehenen Stressverarbeitungsstrategien, Positives Denken und Suchen sozialer Unterstützung, in beiden Gruppen gestiegen ist. Auch im Negativen Denken ist ein leichter Anstieg in beiden Gruppen zu verzeichnen, das Vermeiden unterscheidet sich kaum merklich, ist aber gesunken (siehe *Tabelle 18*).

Tabelle 18. Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) für die vier Subdimensionen des CBI-G zu beiden Zeitpunkten in beiden Altersgruppen.

Dimension	VG	ZP	<i>MW</i>	<i>SD</i>
Positives Denken	alt	1	24.786	7.666
		2	28.893	10.163
	jung	1	21.9565	8.037
		2	27.000	7.657
Negatives Denken	alt	1	10.107	4.289
		2	12.929	8.397
	jung	1	11.522	3.883
		2	12.609	3.986
Suchen sozialer Unterstützung	alt	1	3.786	2.713
		2	4.500	2.333
	jung	1	4.348	3.113
		2	5.609	3.526
Vermeiden	alt	1	9.786	4.0126
		2	9.250	3.146
	jung	1	10.304	6.026
		2	10.174	5.913

8.2.3.2 Die Subgruppen der älteren Alkoholabhängigen: EOA, LOA und RA.

Die mittels K-S-Test überprüfte Normalverteilung ist in den Dimensionen Vermeiden zum ersten Testzeitpunkt und Positives Denken zum zweiten Testzeitpunkt nicht gegeben.

Die Voranalyse zeigt, dass sich EOA, LOA und RA in der Stressverarbeitung zum ersten Testzeitpunkt nicht signifikant voneinander unterscheiden, $F(8,44)=1.285$, $p=.276$, partial $\eta^2=.189$ – folglich wird die Nullhypothese beibehalten, auch die univariaten Ergebnisse bestätigen dies. Daher wird eine Vergleichbarkeit der Gruppen hinsichtlich der Stressverarbeitung zu Therapiebeginn angenommen.

Auch die Hauptanalyse liefert keine signifikanten Ergebnisse bezogen auf Unterschiede in der Veränderung der personellen Ressourcen zwischen EOA, LOA und RA über die Therapie hinweg, die Nullhypothese wird beibehalten. Es zeigte sich keine signifikante Veränderung der Interaktion Zeitpunkt*Droller, $F(2,25)=0.216$, $p=.807$, partial $\eta^2=.017$. Auch ein Blick auf die univariaten Ergebnisse bestätigt dies.

Innerhalb der Subgruppen der älteren Alkoholabhängigen lässt sich keine signifikante Veränderung der Stressverarbeitung über die Zeit feststellen, $F(3,25)=2.761$, $p=.063$, partial $\eta^2=.249$. Die Durchsicht der univariaten Ergebnisse zu den einzelnen Dimensionen zeigt, dass Positives und Negatives Denken am meisten zur Varianzaufklärung beitragen (siehe *Tabelle 19*).

Tabelle 19. F -Werte, Signifikanzwerte und partial η^2 für die Veränderung der vier Subskalen des CBI-G in der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen.

Dimension	$F(3,25)$	p	partial η^2
Positives Denken	4.337	.048	.148
Negatives Denken	3.778	.063	.131
Suchen sozialer Unterstützung	1.134	.297	.043
Vermeiden	.163	.690	.006

Anmerkung: Anpassung für Mehrfachvergleiche nach Bonferroni $\alpha = .0125$

Nach genauer Analysierung der deskriptiven Ergebnisse fallen sowohl im Positiven als auch Negativen Denken Anstiege in allen drei Subgruppen auf. Das Suchen sozialer Unterstützung steigt nur in der EO und RA. Das Vermeiden fällt bei den EOA und LOA, steigt jedoch bei den RA (siehe *Tabelle 20, 21, 22*).

Tabelle 20. Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der vier Subskalen des CBI-G zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der early-onset Alkoholabhängigen.

Dimension	ZP	MW	SD
Positives Denken	1	25.333	9.538
	2	27.583	11.720

Negatives Denken	1	9.917	4.680
	2	14.083	11.805
Suchen sozialer Unterstützung	1	2.667	2.015
	2	3.917	2.678
Vermeiden	1	10.750	3.441
	2	8.583	3.476

Table 21. Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der vier Subskalen des CBI-G zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der late-onset Alkoholabhängigen.

Dimension	ZP	<i>MW</i>	<i>SD</i>
Positives Denken	1	25.000	4.583
	2	31.000	9.504
Negatives Denken	1	10.571	3.552
	2	12.429	4.720
Suchen sozialer Unterstützung	1	5.286	2.628
	2	4.143	1.574
Vermeiden	1	10.857	4.562
	2	10.000	3.317

Table 22. Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der vier Subskalen des CBI-G zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der rezidiv Abhängigen.

Dimension	ZP	<i>MW</i>	<i>SD</i>
Positives Denken	1	23.889	7.491
	2	29.000	9.247
Negatives Denken	1	10.000	4.717
	2	11.778	5.094
Suchen sozialer Unterstützung	1	4.111	3.180
	2	5.556	2.186
Vermeiden	1	7.667	3.873
	2	9.556	2.698

8.2.4 Selbstwirksamkeitserwartung bzw. Abstinenzzuversicht.

8.2.4.1 Ältere und jüngere Alkoholabhängige.

Alle Voraussetzungen der MANOVA können als gegeben angesehen werden.

Die Voranalyse der Abstinenzzuversicht legt die Beibehaltung der Nullhypothese nahe, da sich zum ersten Testzeitpunkt ausgehend von den multivariaten Ergebnissen die beiden Gruppen der älteren und jüngeren Alkoholabhängigen nicht signifikant voneinander unterscheiden, $F(4,49)=.457$, $p=.636$, partial $\eta^2=.019$. Die univariaten Ergebnisse lassen ebenfalls darauf schließen.

Betreffend der Hauptanalyse wird ebenfalls die Nullhypothese beibehalten, da es hinsichtlich der Veränderung der Abstinenzzuversicht über die Therapie hinweg keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden VG zu verzeichnen gibt. Es zeigte sich keine signifikante Veränderung der Interaktion Zeitpunkt*Gruppe, $F(1,49)=.950$, $p=.335$, partial $\eta^2=.019$. Dies bestätigen auch die univariaten Ergebnisse.

Allerdings lässt sich eine klar signifikante Veränderung der Abstinenzzuversicht über den Therapieverlauf in der gesamten Stichprobe feststellen, $F(1,50)=23.725$, $p<.000$, partial $\eta^2=.322$. Die Ergebnisse der univariaten Tests zeigen, dass sich beide Dimensionen, die Versuchung und die Zuversicht, signifikant verändert haben (siehe *Tabelle 23*).

Tabelle 23. F-Werte, Signifikanzwerte und partial η^2 für die Veränderung der zwei Dimensionen der AASE-G in der Gesamtstichprobe.

Dimension	$F(1,50)$	p	partial η^2
Versuchung	17.552	.000	.260
Zuversicht	19.440	.000	.280

Anmerkung: Anpassung für Mehrfachvergleiche nach Bonferroni $\alpha = .025$

Die deskriptive Statistik zeigt in beiden Gruppen einen Abfall der Versuchung und einen Anstieg der Zuversicht (siehe *Tabelle 24*).

Tabelle 24. Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Dimensionen der AASE-G zu beiden Zeitpunkten in beiden Altersgruppen.

Dimension	VG	ZP	MW	SD
Versuchung	alt	1	44.071	16.127
		2	35.286	19.562
	jung	1	48.826	22.421

		2	35.522	12.515
Zuversicht	alt	1	64.750	16.974
		2	75.679	15.938
	jung	1	63.304	18.867
		2	74.087	12.580
Alkoholbezogene Selbstwirksamkeit	alt	1	20.679	30.592
		2	40.393	33.970
	jung	1	14.478	37.414
		2	38.565	23.819

8.2.4.2 Die Subgruppen der älteren Alkoholabhängigen: EOA, LOA und RA

Die mittels K-S-Test überprüfte Normalverteilung ist in beiden Dimensionen zum zweiten Testzeitpunkt nicht gegeben.

Die Voranalyse zeigt, dass sich EOA, LOA und RA in der Abstinenzzuversicht zum ersten Testzeitpunkt nicht signifikant voneinander unterscheiden, $F(4,48)=.739$, $p=.570$, partial $\eta^2=.058$ – folglich wird die Nullhypothese beibehalten, auch die univariaten Ergebnisse bestätigen dies. Daher wird eine Vergleichbarkeit der Gruppen hinsichtlich der Abstinenzzuversicht zu Therapiebeginn angenommen.

Auch die Hauptanalyse liefert keine signifikanten Ergebnisse bezogen auf Unterschiede in der Veränderung der Abstinenzzuversicht zwischen EOA, LOA und RA über die Therapie hinweg, die Nullhypothese wird beibehalten. Es zeigte sich keine signifikante Veränderung der Interaktion Zeitpunkt*Droller, $F(2,25)=.789$, $p=.465$, partial $\eta^2=.059$. Auch ein Blick auf die univariaten Ergebnisse bestätigt dies.

Innerhalb der Subgruppen der älteren Alkoholabhängigen lässt sich eine signifikante Veränderung der Abstinenzzuversicht über die Zeit feststellen, $F(1,27)=9.728$, $p=.004$, partial $\eta^2=.265$. Beide Dimensionen tragen gleichermaßen zur Aufklärung der Varianz bei (siehe *Tabelle 25*).

Tabelle 25. F-Werte, Signifikanzwerte und partial η^2 der Veränderung der beiden Dimensionen der AASE-G in der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen.

Dimension	$F(1,27)$	p	partial η^2
Versuchung	6.633	.016	.210
Zuversicht	8.125	.009	.245

Anmerkung: Anpassung für Mehrfachvergleiche nach Bonferroni $\alpha = .025$

Nach Begutachtung der deskriptiven Statistiken lassen sich in allen drei Subgruppen ein Abfall der Versuchung und ein Anstieg der Zuversicht verzeichnen (siehe *Tabelle 26, 27, 28*).

Tabelle 26. Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der Dimensionen der AASE-G zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der early-onset Alkoholabhängigen.

Dimension	ZP	<i>MW</i>	<i>SD</i>
Versuchung	1	45.167	16.348
	2	40.000	24.102
Zuversicht	1	61.417	18.744
	2	72.083	21.568
Alkoholbezogene Selbstwirksamkeit	1	16.250	31.340
	2	32.083	44.447

Tabelle 27. Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der Dimensionen der AASE-G zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der late-onset Alkoholabhängigen.

Dimension	ZP	<i>MW</i>	<i>SD</i>
Versuchung	1	38.286	12.539
	2	33.000	19.009
Zuversicht	1	67.714	14.625
	2	76.143	9.512
Alkoholbezogene Selbstwirksamkeit	1	29.429	23.741
	2	43.143	25.609

Tabelle 28. Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der Dimensionen der AASE-G zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der rezidiv Abhängigen.

Dimension	ZP	<i>MW</i>	<i>SD</i>
Versuchung	1	47.111	18.731
	2	30.778	12.686
Zuversicht	1	66.889	17.302
	2	80.111	10.398
Alkoholbezogene Selbstwirksamkeit	1	19.778	35.888
	2	49.333	22.051

8.3 Analyse der Kontrollvariablen

8.3.1 Depression.

Hinsichtlich der Depressionswerte unterscheiden sich die älteren und jüngeren Alkoholabhängigen zum ersten Messzeitpunkt nicht signifikant voneinander, $F(1,49)=.212$, $p=.647$, partial $\eta^2=.004$. Weiters ergeben sich auch keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der erhobenen Depressionswerte zwischen den beiden Gruppen, $F(1,49)=2.609$, $p=.113$, partial $\eta^2=.051$. Hinsichtlich der Veränderung über die Zeit fiel das Ergebnis über die gesamte Stichprobe hinweg signifikant aus, $F(1,50)=40.316$, $p<.000$, partial $\eta^2=.446$. Die deskriptiven Ergebnisse zeigen eine Verbesserung der depressiven Symptomatik (siehe *Tabelle 29*).

Tabelle 29. Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Depressionsausprägung zu beiden Zeitpunkten in der Gesamtstichprobe.

Dimension	VG	ZP	MW	SD
Depressionsausprägung	alt	1	13.036	9.391
		2	7.821	6.225
	jung	1	14.304	10.275
		2	5.696	4.949

Zieht man die BDI II Schwellenwerte zur Einschätzung der Depressionsschwere heran, so war die VGa zu Therapiebeginn im Durchschnitt minimal depressiv, die VGj leicht depressiv. Gegen Therapieende wiesen beide Gruppen durchschnittlich keine Depression auf. Dennoch zeigte sich in beiden Gruppen ein sehr heterogenes Bild in Bezug auf die Depressionsschwere der einzelnen Personen (siehe *Abbildung 13, 14*).

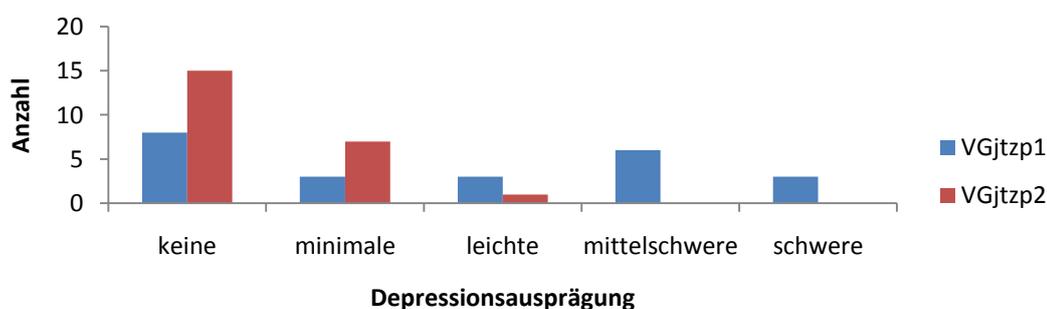


Abbildung 13. Depressionsausprägung zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der jüngeren Alkoholabhängigen.

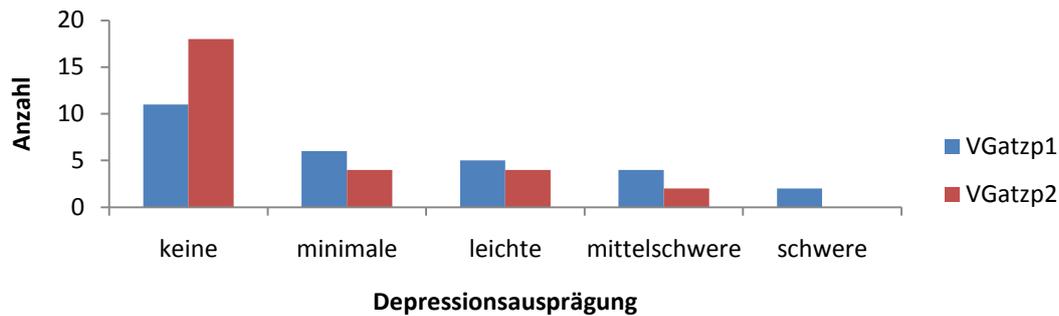


Abbildung 14. Depressionsausprägung zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen.

Auch die drei Subgruppen EOA, LOA und RA weisen keine signifikant unterschiedliche Depressionsausprägung zum ersten Messzeitpunkt auf, $F(2,25)=.387$, $p=.683$, partial $\eta^2=.030$, ebenso findet keine signifikant unterschiedliche Veränderung der Depressionswerte über die Zeit statt, $F(2,25)=.309$, $p=.737$, partial $\eta^2=.024$, auf die Varianzhomogenität zum zweiten Testzeitpunkt wird hingewiesen. Allerdings lässt sich eine signifikante Veränderung der depressiven Symptomatik innerhalb der Personen über den Therapieverlauf verzeichnen, $F(1,27)=22.422$, $p<.000$, $\eta^2=.454$.

Auch hier liefert die Deskriptivstatistik das Bild einer verbesserten Symptomatik in den drei Subgruppen (siehe *Tabelle 30*).

Tabelle 30. Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der Depressionsausprägung zu beiden Zeitpunkten in den drei Subgruppen der älteren Alkoholabhängigen.

Dimension	VG	ZP	<i>MW</i>	<i>SD</i>
Depressionsausprägung	EOA	1	12.500	7.717
		2	6.583	5.435
	LOA	1	11.143	6.256
		2	7.429	3.910
	RA	1	15.222	13.321
		2	9.778	8.482

8.3.2 Persönliche Wichtigkeit verschiedener Problembereiche im Zuge einer Alkoholabhängigkeit.

8.3.2.1 Soziales.

Im Bereich Soziales unterschieden sich die jüngeren und älteren alkoholabhängigen Frauen in der Beurteilung der Dimension familiäre Belastungen signifikant von einander, $U= -2.544$, $p=.011$, diese wurde von den jüngeren durchschnittlich als sehr wichtig beurteilt, von den älteren als wichtig, die Dimension Verlust nahestehender Personen war den

jüngeren durchschnittlich sehr wichtig, den älteren wichtig und die Dimension soziale Belastungen stellte sich sowohl für die jüngeren als auch die älteren Damen durchschnittlich als wichtig heraus (siehe *Tabelle 31*).

Tabelle 31. Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der subjektiv wichtigen sozialen Problembereiche in beiden Altersgruppen.

Dimension	VG	<i>MW</i>	<i>SD</i>
Verlust nahestehender Personen	jung	2.91	1.379
	alt	2.32	1.467
familiäre Belastungen	jung	3.22	.902
	alt	2.07	1.609
soziale Belastungen	jung	2.04	1.397
	alt	2.07	1.631

8.3.2.2 Berufliches.

Die Dimensionen Belastungen im Beruf und Belastungen durch den Verlust beruflicher Tätigkeiten unterscheiden sich signifikant, $U=-2.132$; $p=.033$ und $U=-2.732$, $p=.006$. Beide wurden von den jüngeren durchschnittlich als wichtig, von den älteren als mäßig wichtig beurteilt (siehe *Tabelle 32*).

Tabelle 32. Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der subjektiv wichtigen beruflichen Problembereiche in beiden Altersgruppen.

Dimension	VG	<i>MW</i>	<i>SD</i>
Belastungen im Beruf	jung	1.91	1.564
	alt	1.00	1.466
Belastungen durch den Verlust beruflicher Tätigkeiten	jung	2.26	1.573
	alt	1.00	1.466

8.3.2.3 Persönliches.

Die Gruppen unterscheiden sich in der Dimension finanzielle Probleme signifikant, $U=-2.232$, $p=.026$, welche von den jüngeren durchschnittlich als sehr wichtig, von den älteren als wichtig eingestuft wurde. Verlust der Eigenständigkeit wurde von den jüngeren eher als sehr wichtig, von den älteren als wichtig angesehen, Belastung durch körperliche Einschränkungen wurde von beiden Gruppen durchschnittlich als wichtig beurteilt, den älteren war diese Dimension aber etwas wichtiger als den jüngeren. Die Dimension

Belastung durch geistige Einschränkungen erschien den älteren wichtiger als den jüngeren, beide Gruppen stuften die Dimension durchschnittlich als wichtig ein. Beiden Gruppen war die Dimension Belastung durch Minderwertigkeitsgefühle ähnlich wichtig (siehe *Tabelle 33*).

Tabelle 33. Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der subjektiv wichtigen persönlichen Problembereiche in beiden Altersgruppen.

Dimension	VG	<i>MW</i>	<i>SD</i>
Verlust der Eigenständigkeit	jung	2.61	1.530
	alt	2.25	1.669
Belastung durch körperliche Einschränkungen	jung	1.74	1.711
	alt	2.14	1.580
Belastung durch geistige Einschränkungen	jung	1.83	1.669
	alt	2.39	1.571
Belastungen durch Minderwertigkeitsgefühle	jung	2.17	1.586
	alt	2.07	1.514
Finanzielle Probleme	jung	2.74	1.421
	alt	1.75	1.555

Die EOA, LOA und RA unterschieden sich insgesamt in der persönlichen Wichtigkeit unterschiedlicher Problembereiche signifikant, $F(20,32)=1.911$, $p=.050$, partial $\eta^2=.544$. Hierbei wurde eine MANOVA berechnet, mit dem Hinweis auf die nicht erfüllte Varianzhomogenität in den Dimensionen Verlust nahestehender Personen und Belastungen im Beruf. Bei Durchsicht der univariaten Ergebnisse wird ein großer Einfluss der Dimensionen Verlust nahestehender Personen, $F(2,25)=4.286$, $p=.025$, partial $\eta^2=.255$, und der Belastungen im Beruf, $F(2,25)=3.3295$, $p=.054$, partial $\eta^2=.209$, deutlich (siehe *Tabelle 34*). Post hoc Vergleiche zeigen, dass sich in der Dimension Verlust nahestehender Personen die LOA stark, aber nicht signifikant von den EOA ($p=.057$) und den RA ($p=.036$) unterscheiden, nachdem die Alpha-Adjustierung nach Bonferroni vorgenommen wurde.

Tabelle 34. *F*-Werte, Signifikanzwerte und partial η^2 der persönlich wichtigen Problembereiche in der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen.

wichtige Problembereiche	<i>F</i> (2,25)	<i>p</i>	partial η^2
Verlust nahestehender Personen	4.286	.025	.255
familiäre Belastungen	.827	.449	.062

soziale Belastungen	.973	.392	.072
Belastungen im Beruf	3.295	.054	.209
Belastungen durch den Verlust beruflicher Tätigkeiten	.802	.459	.060
Verlust der Eigenständigkeit	.294	.748	.023
Belastung durch körperliche Einschränkungen	.107	.899	.008
Belastung durch geistige Einschränkungen	.068	.934	.005
Belastungen durch Minderwertigkeitsgefühle	.275	.762	.022
Finanzielle Probleme	.301	.743	.024

8.3.3 Wahrgenommene Berücksichtigung der Problembereiche.

Hinsichtlich der wahrgenommenen Berücksichtigung persönlich wichtiger Problembereiche in der Therapie unterscheiden sich die VGj und VGa in keiner Dimension signifikant.

Auf familiäre Belastungen wurde subjektiv in beiden Gruppen im Durchschnitt ausreichend eingegangen. Alle anderen Dimensionen wurden von beiden Gruppen durchschnittlich als mäßig berücksichtigt eingestuft (siehe *Tabelle 35*).

Tabelle 35. Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der wahrgenommenen Berücksichtigung aller Problembereiche in den beiden Altersgruppen.

wahrgenommene Berücksichtigung	VG	<i>MW</i>	<i>SD</i>
Verlust nahestehender Personen	jung	1.70	1.608
	alt	2.11	1.499
familiäre Belastungen	jung	2.57	1.308
	alt	2.86	1.008
soziale Belastungen	jung	2.30	1.428
	alt	2.89	.994
Belastungen im Beruf	jung	1.87	1.604
	alt	1.82	1.611
Belastungen durch den Verlust beruflicher Tätigkeiten	jung	1.96	1.522
	alt	2.14	1.604
Verlust der Eigenständigkeit	jung	2.35	1.369
	alt	2.39	1.499
Belastung durch körperliche	jung	2.00	1.624

	alt	2.11	1.397
Belastung durch geistige Einschränkungen	jung	2.09	1.535
	alt	2.21	1.475
Belastungen durch Minderwertigkeitsgefühle	jung	2.13	1.456
	alt	2.39	1.571
Finanzielle Probleme	jung	2.26	1.389
	alt	2.14	1.458

Innerhalb der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen zeigten sich jedoch signifikante Unterschiede in der insgesamt wahrgenommenen Berücksichtigung persönlich wichtiger Problembereiche in der Therapie, $F(20,32)=2.239$, $p=.020$, partial $\eta^2=.583$. Um dies zu prüfen wurde eine MANOVA berechnet, wobei die Voraussetzung der homogenen Varianzen in den Dimensionen soziale Belastungen und Belastungen durch körperliche Einschränkungen nicht gegeben war. Zieht man die univariaten Ergebnisse heran, so stellt sich keine Dimension als besonders auffällig dar (siehe *Tabelle 36*).

Tabelle 36. F-Werte, Signifikanzwerte und partial η^2 der wahrgenommenen Berücksichtigung aller Problembereiche in der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen.

wahrgenommene Berücksichtigung	$F(2,25)$	p	partial η^2
Verlust nahestehender Personen	.999	.382	.074
familiäre Belastungen	.481	.624	.037
soziale Belastungen	.334	.719	.026
Belastungen im Beruf	.648	.532	.049
Belastungen durch den Verlust beruflicher Tätigkeiten	1.162	.329	.085
Verlust der Eigenständigkeit	.125	.883	.010
Belastung durch körperliche Einschränkungen	1.120	.342	.082
Belastung durch geistige Einschränkungen	.474	.628	.037
Belastungen durch Minderwertigkeitsgefühle	.390	.681	.030
Finanzielle Probleme	.022	.979	.002

8.3.4 Teilnahme an therapeutischen Basis- und Zusatzangeboten.

Die Basisangebote wie Einzelgespräche, Kleingruppe und Großgruppe wurden von fast allen Damen gleichermaßen genutzt. Gespräche mit Pflegepersonen und Kontakt zur

Sozialarbeit suchte von beiden Gruppen etwa die Hälfte der Damen. Die Ernährungsberatung und Rückfallpräventionsgruppe wurde so gut wie gar nicht in Anspruch genommen. An der Raucherentwöhnungsgruppe haben signifikant mehr Personen der jüngeren Alkoholabhängigen teilgenommen, $\chi^2=4.145$, $p=0.42$ (siehe *Tabelle 37*).

Tabelle 37. Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme des therapeutischen Basisangebots beider Altersgruppen.

Therapeutisches Basisangebot	VG alt	VG jung
Einzelgespräche TherapeutIn	28 (100%)	23 (100%)
Kleingruppe	28 (100%)	23 (100%)
Großgruppe	28 (100%)	22 (95.7%)
Betreuung/Gespräche Pflegeperson	14 (50%)	12 (52.2%)
Kontakt Sozialarbeit	14 (50%)	12 (52.2%)
Ernährungsberatung	1 (3.6%)	1 (4.3%)
Rückfallspräventionsgruppe	1 (3.6%)	2 (8.7%)
Raucherentwöhnungsgruppe	4 (14.3%)	9 (39.1%)
Spielergruppe	0	0

8.3.4.1 Interventionen bezüglich Begleiterkrankungen

Das Gruppentraining für soziale Kompetenz, $\chi^2=1.229$, $p=.268$, und das Biofeedback, $\chi^2=.634$, $p=.426$, unterschieden sich in ihrer Inanspruchnahme nicht signifikant, wurden von etwas mehr Personen der jüngeren Gruppe in Anspruch genommen. Von den jüngeren Damen nahmen signifikant mehr das Angebot der Progressiven Muskelentspannung wahr, $\chi^2=4.647$, $p=.031$, von den älteren signifikant mehr Damen das Brain-Jogging, $\chi^2=4.594$, $p=.032$ (siehe *Tabelle 38*).

Tabelle 38. Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der Interventionen bezüglich Begleiterkrankungen beider Altersgruppen.

Interventionen bezüglich Begleiterkrankungen	VG alt	VG jung
Gruppentraining für soziale Kompetenz	8 (28.6%)	10 (43.5%)
Progressive Muskelentspannung nach Jacobson	11 (39.3%)	16 (69.6%)
Brain-Jogging	7 (25%)	1 (4.3%)
Biofeedback	8 (28.6%)	9 (39.1%)

8.3.4.2 Sport und bewegungszentrierte Module.

Betrachtet man das Sport und bewegungszentrierte Modul, so unterscheiden sich die beiden Gruppen in keinem der Angebote signifikant. Die Module aktives Erwachen, Kraftkammer, Körperwahrnehmung, Physiotherapie, Wandern/Spazieren und Wirbelsäulengymnastik wurden relativ gut besucht. Laufen, Nordic Walking und QiGong weniger gut und Fußball/Volleyball von keiner einzigen Dame. Die Therapeutische Rückenschule wurde vermehrt von den älteren Damen in Anspruch genommen (siehe Tabelle 39).

Tabelle 39. Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der Sport und bewegungszentrierten Module beider Altersgruppen.

Sport und bewegungszentrierte Module	VG alt	VG jung
aktives Erwachen	9 (32.1%)	11 (47.8%)
Kraftkammer	15 (53.6%)	13 (56.5%)
Nordic Walking	6 (21.4%)	4 (17.4%)
Körperwahrnehmung	13 (46.4%)	16 (69.6%)
Laufen	1 (3.6%)	2 (8.7%)
Physiotherapie	8 (28.6%)	7 (30.4%)
Wirbelsäulengymnastik	19 (67.9%)	17 (73.9%)
Wandern/Spazieren	11 (39.3%)	8 (34.8%)
Fußball und/oder Volleyball	0	0
QiGong	5 (17.9%)	5 (21.7%)
Therapeutische Rückenschule	8 (28.6%)	3 (13%)

8.3.4.3 Angebote der Sozialarbeit und der beruflichen (Re-)Integration.

Es gab signifikant mehr Personen der VGj, die das Lernzentrum besuchten, $\chi^2=6.788$, $p=.009$, von der VGa tat dies nämlich keine Person. Alle Angebote dieses Modules wurden kaum besucht (siehe Tabelle 40).

Tabelle 40. Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der Angebote der Sozialarbeit und beruflichen (Re-) Integration beider Altersgruppen.

Angebote der Sozialarbeit und der beruflichen (Re-)Integration	VG alt	VG jung
Lernzentrum	0	4 (17.%)

Arbeitstherapie/Allround Training	2 (7.1%)	2 (8.7%)
Beratung durch AMS	2 (7.1%)	3 (13%)
Kontakt zu sozialökonomischem Betreib od. Arbeitsplatz	1 (3.6%)	0

8.3.4.4 Kreativtherapien.

Mehr Personen der älteren Alkoholabhängigen besuchten die Aktivgruppe Werkstatt, $\chi^2=2.951$, $p=.086$, und signifikant mehr die freie Werkstatt, $\chi^2=8.241$, $p=.004$). Alle Angebote des Moduls Kreativtherapie wurden von mehr Personen der VGa in Anspruch genommen. Das Klinische Gärtnern probierten in beiden Gruppen kaum Teilnehmerinnen aus (siehe *Tabelle 41*).

Tabelle 41. Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der Kreativtherapien beider Altersgruppen.

Kreativtherapien	VG alt	VG jung
Aktivgruppe Werkstatt	20 (71.4%)	11 (47.8%)
Klinisches Gärtnern	2 (7.1%)	1 (4.3%)
freie Werkstatt	22 (78.6%)	9 (39.1%)
Mal- und Gestaltungstherapie	11 (39.3%)	7 (30.4%)
Kreativkurse	16 (57.1%)	9 (39.1%)

8.3.4.5 Angebote zur Lebens- und Freizeitgestaltung.

Das Philosophicum fand in beiden Gruppen guten Anklang, auch die Freizeit- und Kulturausflüge waren beliebt, mehr noch in der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen, die Kinotherapie wurde von je einer Person in Anspruch genommen.

Hinsichtlich der therapeutischen Tag- und Nachtausgänge unterschieden sich die beiden Gruppen nicht signifikant, $\chi^2=3.471$, $p=.062$, es sei aber anzumerken, dass nur eine Person der VGj diese nicht wahrnahm und sechs der VGa (siehe *Tabelle 42*).

Tabelle 42. Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der Angebote zur Lebens- und Freizeitgestaltung beider Altersgruppen.

Angebote zur Lebens- und Freizeitgestaltung	VG alt	VG jung
Philosophicum	20 (71.4%)	17 (73.9%)

Kinotherapie	1 (3.6%)	1 (4.3%)
Freizeit- und Kulturausflüge	15 (53.6%)	9 (39.1%)
Tag- und Nachtausgänge	22 (78.6%)	22 (95.7%)

8.3.4.6 Zufriedenheit der Teilnehmerinnen.

Die älteren und jüngeren Alkoholabhängigen unterscheiden sich weder in der Zufriedenheit mit ihren TherapeutInnen, $F(1,49)=.762$, $p=.387$, partial $\eta^2=.015$, noch in der Zufriedenheit mit dem Aufenthalt an sich, $F(1,49)=3.267$, $p=.077$, partial $\eta^2=.063$.

Auch die therapeutischen Angebote des Anton Proksch Instituts wurden nicht signifikant unterschiedlich hilfreich bewertet, $F(1,49)=1.112$, $p=.297$, partial $\eta^2=.022$.

Die VGa war im Durchschnitt sehr bis äußerst zufrieden mit den TherapeutInnen ($MW=3.57$, $SD=.741$) und sehr zufrieden mit dem Aufenthalt an sich ($MW=3.11$, $SD=.685$), die therapeutischen Angebote empfanden sie durchschnittlich auch als sehr hilfreich ($MW=3.25$, $SD=.887$). Die VGj war durchschnittlich sehr zufrieden mit den TherapeutInnen ($MW=3.39$, $SD=.722$) und dem Aufenthalt an sich ($MW=3.43$, $SD=.590$), die therapeutischen Angebote stufen sie durchschnittlich als sehr hilfreich ein ($MW=3.48$, $SD=.593$) (siehe *Abbildung 15, 16, 17*).

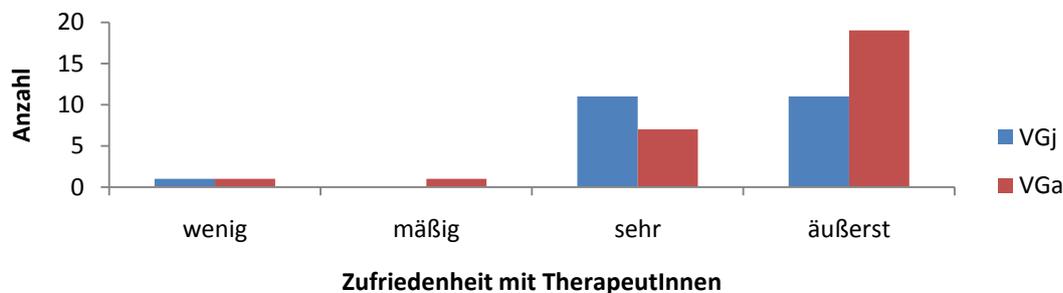


Abbildung 15. Zufriedenheit mit den TherapeutInnen in den beiden Altersgruppen

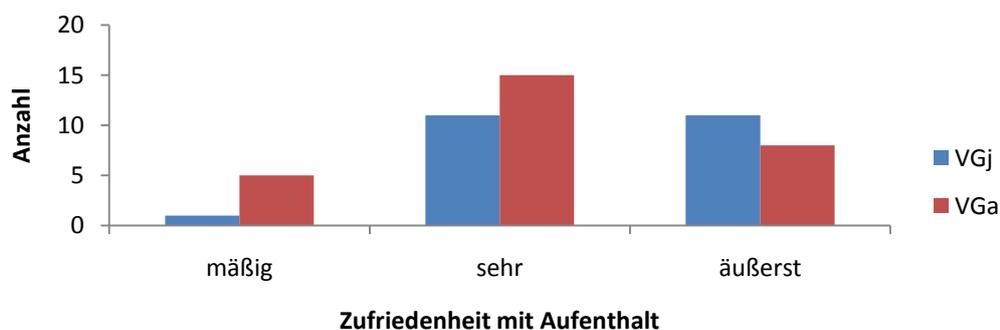


Abbildung 16. Zufriedenheit mit dem Aufenthalt in den beiden Altersgruppen

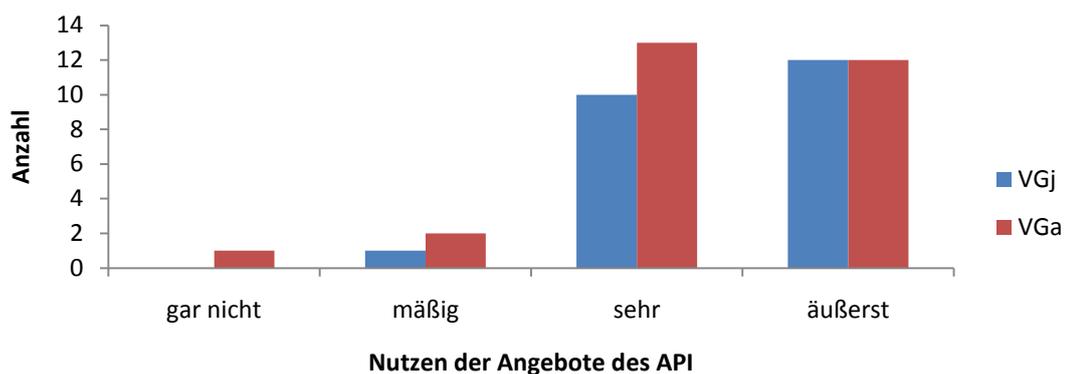


Abbildung 17. Wahrgenommener Nutzen der Angebote des API in den beiden Altersgruppen.

In der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen zeigten sich ebenfalls weder in der Zufriedenheit mit den TherapeutInnen, $\chi^2=1.340$, $p=.512$, mit dem Aufenthalt an sich, $\chi^2=.037$, $p=.982$, noch im wahrgenommenen Nutzen der therapeutischen Angebote, $\chi^2=.762$, $p=.683$, signifikante Unterschiede zwischen EOA, LOA und RA.

KAPITEL 9 – INTERPRETATION UND DISKUSSION

Im Zuge dieses Kapitels sollen die durch die statistische Analyse gewonnenen Ergebnisse bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Ressourcen, der Stressbewältigung und der Abstinenzsicherheit mit Hilfe der ermittelten Kontrollvariablen wie Depression, soziodemografische Daten, Patientenzufriedenheit und den Erkenntnissen die aus der Teilnahme am therapeutischen Angebot des API hervorgehen interpretiert werden und zu bisherigen Forschungsergebnissen in Bezug gesetzt werden.

9.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die mittels SF-36 erfasste gesundheitsbezogene Lebensqualität kann durch Heranziehen der Normwerttabellen (siehe Kapitel 7.2.2) zu Therapiebeginn in der Gesamtstichprobe als unterdurchschnittlich bis durchschnittlich angesehen werden. Die in der Literatur behauptete beeinträchtigte Lebensqualität unter Alkoholabhängigen (vgl. Donovan et al., 2005; Foster et al., 1999) ist also in dieser Stichprobe absehbar. Unter genauer Betrachtung erweist sich die psychische Summenskala als niedrig ausgeprägt, was sich ebenfalls mit bisherigen Forschungsergebnissen deckt (vgl. Morgan et al., 2004).

In beiden Gruppen zeigten sich die niedrigsten Werte in der Dimension körperliche Rollenfunktion, die höchsten Werte in der körperlichen Funktionsfähigkeit. Dieser Umstand erscheint widersprüchlich, vor allem da erstere in beiden Gruppen leicht unterdurchschnittlich und zweitere hoch ausgeprägt waren. An dieser Stelle sollte zum einen betont werden, dass der SF-36 von vielen Teilnehmerinnen als „unpassend“ für die Vorgabe im stationären Setting erachtet wurde. Viele der Tätigkeiten, die unter der Skala körperliche Funktionsfähigkeit erfragt werden, waren den Teilnehmerinnen in ihrem Alltag nicht geläufig, schon gar nicht im momentanen Alltag des stationären Aufenthalts, somit könnte es sein, dass deren individuelle Machbarkeit überschätzt wurde. Die Skala körperliche Funktionsfähigkeit fragt außerdem eindeutig nach dem derzeitigen Gesundheitszustand, der vermutlich durch den abgeschlossenen Entzug momentan als „besonders gut“ empfunden wurde. Dies lässt sich auch an den Items zum derzeitigen bzw. Allgemeinen Gesundheitszustand bestätigen, welche mehrheitlich mit „derzeit viel besser“ bzw. „sehr gut“ oder sogar „ausgezeichnet“ beantwortet wurden. Die Dimension körperliche Rollenfunktion fragt hingegen nach den vergangenen vier Wochen, in denen der Gesundheitszustand scheinbar merklich beeinträchtigt war.

Insgesamt waren zu Therapiebeginn also keine relevanten Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen festzustellen, wenngleich die körperliche Summenskala bei den Älteren weniger gut ausgeprägt war, und die psychische bei den Jüngeren. Jedoch fiel ein signifikanter Unterschied in der Dimension körperliche Funktionsfähigkeit auf – obgleich diese in beiden Gruppen den höchsten aller Werte aufwies, war sie in der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen deutlich niedriger ausgeprägt. Dies ist nicht weiter verwunderlich, hier ist der mit dem Alter einhergehende postulierte Anstieg körperlicher Symptome absehbar (Baumann et al., 2009). Nimmt man die unterschiedliche gesundheitliche Ausgangslage unter die Lupe, so geben die älteren Teilnehmerinnen signifikant mehr körperliche Erkrankungen als die jüngeren an (siehe Kapitel 8.1.15), einige sind auch multimorbid, wodurch auch die häufige Anführung des gesundheitlichen Bereichs als Behandlungsanstoß (siehe Kapitel 8.1.9) und die subjektive Wichtigkeit Belastungen durch körperliche Einschränkungen (siehe Tabelle 33) in der Therapie aufzugreifen, erklärbar sind. Die Wahl des gesundheitlichen Bereichs als Behandlungsanstoß scheint eher mit der Abhängigkeitsdauer als mit dem Alter zusammenzuhängen, da vor allem die Personen mit langer Abhängigkeitsdauer von den gesundheitsbezogenen Folgen der Abhängigkeitserkrankung betroffen sind

Bezogen auf die zwischen den beiden Altersgruppen nicht signifikante Unterschiedlichkeit in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität insgesamt, sollten als Begründung seitens der Älteren einige schützende Faktoren, die bei Durchsicht der soziodemografischen Daten auffallen, berücksichtigt werden. Als wichtigstes ist das soziale Netzwerk (vgl. Bullinger et al., 2000b; Winkler et al., 2003) zu nennen, das durch die erfolgten Angaben als gut und besser als bei den Jüngeren erachtet werden kann (siehe Kapitel 8.1.8). Weiters weisen die älteren Teilnehmerinnen einen signifikant höheren Bildungsstand auf, den höchsten die LOA (siehe Kapitel 8.1.4), dieser könnte ein entscheidender Puffer altersbedingter negativer Auswirkungen auf die Lebensqualität sein (vgl. Alpers, 2005). Außerdem scheint die VGa weitgehend unabhängig, bezogen auf die Bewältigung alltäglicher Aktivitäten trotz vorhandener Einschränkungen (vgl. Angaben zu körperlichen Erkrankungen), da nur eine einzige Person angibt in einem SeniorInnenwohnheim zu wohnen (siehe Abbildung 5) und die Mehrheit bzw. alle Personen der LOA alleine leben (siehe Kapitel 8.1.7) – eine wichtige Facette der funktionalen Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (vgl. Bullinger et al., 2000b; Winkler et al., 2003). Diese persönlichen und sozialen Ressourcen könnten die ähnliche Ausprägung der gesundheitlichen Lebensqualität zwischen den beiden Altersgruppen bedingen, denn auf eine ähnliche Ausgangslage ist es

nicht zurückführbar. Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich einiger für die Lebensqualität bedeutender Einflussfaktoren maßgeblich voneinander. Bezogen auf die soziodemografischen Faktoren konnten signifikante Unterschiede bezüglich Berufsstatus (siehe Kapitel 8.1.5), Familienstand (siehe Kapitel 8.1.6) und Bildungsstand (siehe Kapitel 8.1.4) aufgezeigt werden. Die genaue Analysierung von psychosozialen Indikatoren, wie soziale (siehe Kapitel 8.3.2.1), berufliche (siehe Kapitel 8.3.2.2) und persönliche Belastungen (siehe Kapitel 8.3.2.3) brachte ebenfalls signifikante Unterschiede hervor. Außerdem scheinen finanzielle Belastungen (siehe Tabelle 33) bei den Jüngeren vordergründiger.

Die Stichprobe der Älteren ist also ein sehr gutes Beispiel dafür, wie wichtig es ist, die subjektive Sicht in der Beurteilung der Lebensqualität zu berücksichtigen, da rein objektiv betrachtet ein ganz anderes Bild entstehen könnte (vgl. Winkler et al., 2003).

Gegen Ende der Therapie konnten durchschnittliche Ausprägungen in den beiden Summenskalen verzeichnet werden, bezogen auf die einzelnen Skalen sind in beiden Gruppen mehrheitlich recht hohe Werte absehbar. Bei den jüngeren immer noch etwas höhere im körperlichen Bereich, bei den älteren Teilnehmerinnen im psychischen Bereich – dennoch zeigten sich auch in der Veränderung keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen.

In der gesamten Stichprobe ist eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität über die Therapie hinweg deutlich, die stärksten Effekte zeigen sich in den psychischen Dimensionen.

Die starken Effekte in den psychischen Dimensionen zeigen, dass diese besonderen im Fokus der Rehabilitation gestanden haben werden, was auch durch die signifikante Reduktion der Depressionswerte (siehe Kapitel 8.3.1) untermauert wird (vgl. Forster et al., 1999). Außerdem konnten zentrale Ressourcen, wie Selbstwirksamkeitserwartung (siehe Kapitel 8.2.4) und Stressbewältigungsfähigkeiten (siehe Kapitel 8.2.3), die einen entscheidenden Beitrag zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität leisten (Timko et al., 2005; Welsh et al, 1993), gekräftigt werden.

Aufgrund dessen, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen aber eine signifikante Verbesserung in der Gesamtstichprobe erreicht werden konnte, kann davon ausgegangen werden, dass sowohl störungs- als auch altersspezifische Faktoren ausreichend Berücksichtigung in der Therapie gefunden haben. Dies lässt sich auch durch

die als ausreichend wahrgenommene Berücksichtigung der persönlich wichtigen Problembereiche in beiden Altersgruppen bestätigen (siehe Kapitel 8.3.3).

In den Subgruppen der älteren Alkoholabhängigen zeigt sich zu Beginn der Therapie eine unterdurchschnittlich bis durchschnittlich ausgeprägte gesundheitsbezogene Lebensqualität, die nicht signifikant unterschiedlich ist. Auch hier wird die stärkere Beeinträchtigung der psychischen Dimensionen ersichtlich.

Bei genauerem Vergleich der drei Gruppen fällt auf, dass in der körperlichen Summenskala die rezidiv Abhängigen die niedrigsten Werte aufweisen, dann folgen die early-onset Abhängigen und danach die late-onset Abhängigen. Bei der psychischen Summenskala gibt es geringfügigere Unterschiede, die late-onset Abhängigen zeigen die höchsten Ausprägungen, die early-onset und rezidiv Abhängigen ähnliche.

Konform mit bisherigen Forschungsergebnissen sind die besseren Werte der late-onset Abhängigen, da sie die kürzeste Abhängigkeitsdauer aufweisen. Die längere Konsumdauer der early-onset und ebenso der rezidiv Abhängigen zieht negative Auswirkungen auf die Dimensionen der Lebensqualität nach sich (vgl. Beutel & Baumann, 2000; Welte & Mirand, 1993).

In Bezug auf die Einflussfaktoren auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität waren in den drei Gruppen unähnliche Ausgangslagen vorhanden. Hinsichtlich der beruflichen Situationen zeigten sich signifikante Unterschiede, alle Personen der late-onset Abhängigen waren bereits in (Früh-)Pension (siehe Kapitel 8.1.6). Auch im Familienstand unterschieden sich die drei Gruppen signifikant, die Mehrzahl der early-onset und rezidiv Abhängigen war geschieden, die Mehrzahl der late-onset Abhängigen war verwitwet. Die aktuelle Wohnsituation unterschied sich ebenfalls signifikant, alle late-onset Abhängigen lebten alleine, die Hälfte der early-onset und ein Drittel der rezidiv Abhängigen lebte mit PartnerIn (siehe Kapitel 8.1.7). Die Gruppen unterschieden sich weder signifikant im Vorhandensein einer psychischen Erkrankung, noch einer körperlichen, wobei angemerkt werden soll, dass die alkoholbedingten Folgeerkrankungen vor allem bei den early-onset Abhängigen zu finden waren. Auch der Bildungsstand war ähnlich, allerdings wiesen die late-onset Abhängigen den höchsten auf und die rezidiv Abhängigen den niedrigsten (siehe Kapitel 8.1.4).

Fasst man die Einflussfaktoren zusammen, so könnte objektiv angenommen werden, dass die late-onset Abhängigen die geringste Lebensqualität aufweisen müssten – da sie einige

Risikofaktoren aufweisen, wie Alleinsein und pensioniert Sein (vgl. Winkler et al., 2003). Dem wird scheinbar durch ausreichend vorhandene Ressourcen, wie die hohe Bildung und das gute soziale Netzwerk (siehe Kapitel 8.1.8) entgegengewirkt. Natürlich muss auch die erwähnte kürzere Abhängigkeitsdauer berücksichtigt werden. Es zeigt sich also wieder, wie wichtig der subjektive Eindruck ist.

Somit scheint aus den gewonnenen Daten ersichtlich, dass tatsächlich die Konsumdauer maßgeblich für eine Typisierung älterer Alkoholabhängiger ist und nicht nur das Lebensalter bedacht werden sollte (vgl. Wolter, 2006).

Gegen Ende der Therapie war die gesundheitsbezogene Lebensqualität insgesamt in allen drei Gruppen durchschnittlich hoch ausgeprägt, in allen Skalen war ein Anstieg zu verzeichnen, wobei sich in einzelnen Dimensionen sich recht hohe Werte zeigten – aber wiederum keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung. In der psychischen Summenskala war der Anstieg weit höher als in der körperlichen und es zeigten sich ähnliche Ausprägungen in allen drei Subgruppen – die geringfügigen Unterschiede zu Beginn hatten sich also vollkommen ausgeglichen. Einerseits kann dadurch davon ausgegangen werden, dass die Charakteristika der einzelnen Gruppen ausreichend berücksichtigt wurden und in der Therapie auf alle Teilnehmerinnen in zufriedenstellendem Ausmaß eingegangen wurde. Es ist aber zu bemerken, dass damit auch eine insgesamt stärkere Veränderung bei den early-onset und rezidiv Abhängigen einhergeht und die der late-onset Abhängigen vergleichsweise nicht so groß ist. Daher könnte man zu dem Schluss kommen, dass ihre spezifischen Bedürfnisse weniger Aufmerksamkeit erfahren haben. Jedenfalls unterscheiden sich die Teilnehmerinnen signifikant in der subjektiven erfolgten Berücksichtigung der persönlich wichtigen Problembereiche (siehe Kapitel 8.3.3). Im Mittel wurde auf die Problembereiche der late-onset Abhängigen am wenigsten eingegangen, allerdings noch im mäßigen Ausmaß.

9.2 Personelle Ressourcen

Die mittels FERUS erfassten Ressourcen können zu Therapiebeginn durch Heranziehen der T-Werte (siehe Kapitel 7.2.3) in der Gesamtstichprobe als unterdurchschnittlich bis durchschnittlich interpretiert werden. Diese eher ungünstige Ressourcenausprägung lässt sich mit den Ergebnissen der bisherigen Forschung vereinbaren, wonach vorhandene Ressourcen bei Alkoholabhängigen meist durch abhängigkeitsbedingte Probleme überlagert sind (vgl. Grawe & Grawe-Gerber, 1999).

Die beiden Altersgruppen unterscheiden sich nicht signifikant, allerdings sind in der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen fast durchgehend etwas höhere Werte vorhanden. Eine Ausnahme bildet hierbei die Veränderungsmotivation, die bei den Jüngeren als sehr gut einzustufen ist, bei den Älteren weniger gut. Die Hoffnung ist bei den jüngeren Abhängigen etwas höher, die Selbstverbalisation gleich hoch. Somit sind alle Subskalen, die unter Selbstmanagementfähigkeiten fallen, in der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen etwas höher ausgeprägt, nur die Selbstverbalisation ist unterdurchschnittlich aufgefallen.

Für die durchgehend höheren Werte der Älteren kann der signifikant höhere Bildungsstand als Erklärung herangezogen werden, der Zusammenhang ist hierbei selbst erklärend, da viele der Subskalen kognitive Strategien beinhalten, was natürlich vor allem auf die Skala Coping zutrifft. Interessant ist, dass die soziale Unterstützung von den Älteren höher als von den Jüngeren eingestuft wird, da sie, wie vorher beschrieben, signifikant öfter alleine oder geschieden leben, allerdings ist auch hier wieder auf das bessere soziale Netzwerk hinzuweisen (siehe Kapitel 8.1.8) und darauf, dass ältere Alkoholranke soziale Konsequenzen ihres Trinkens weniger zu spüren bekommen (vgl. Lemke & Moos, 2002). Vielleicht nehmen sie deshalb soziale Beziehungen als unterstützender wahr, gerade für Ältere können diese besonders wohltuend sein (vgl. Wiesmann et al., 2004).

Der signifikante Unterschied in der Veränderungsmotivation ist hinsichtlich der höheren Ausprägung in der Gruppe der jüngeren Alkoholabhängigen literaturkonform (vgl. Maercker, 2002; Wetterling et al., 2002), wonach ein höheres Bewusstsein des negativen Ausgangszustandes und eine größere Motivation diesen im Zuge der Therapie verändern zu wollen vorherrscht. Der hohe Wert deutet auch auf einen höheren Leidensdruck unter den Jüngeren hin.

Insgesamt kann in dieser Stichprobe von keinen gravierenden Ressourcendefiziten gesprochen werden, was eine gute Voraussetzung für eine erfolgsversprechende Therapie darstellt. Durch die nicht signifikanten Unterschiede in den beiden Altersgruppen kann außerdem ein vergleichbares Ausgangsniveau im Ressourcenpotential angenommen werden.

Gegen Ende der Therapie zeichnete sich in der Gesamtstichprobe eine signifikante Veränderung in allen Subskalen des FERUS ab, mit Ausnahme der Sozialen Unterstützung. Die Gruppen unterschieden sich wiederum nicht signifikant voneinander, allerdings sind in der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen alle Skalen gestiegen, bei den

jüngeren die Selbstverbalisation und Hoffnung sogar gefallen – dennoch waren letztendlich alle Skalen, bis auf die Selbstverbalisation die dasselbe Niveau aufwies und die Selbstwirksamkeit die bei den Älteren etwas höher war, bei den Jüngeren höher ausgeprägt als bei den Älteren. Die Veränderungsmotivation deutete bei den Älteren auf eine bereits eingeleitete Veränderung hin, bei den Jüngeren jedoch nicht. Die höchsten Anstiege waren bei beiden in der Selbstwirksamkeit und dem Coping zu verzeichnen.

Die gefallene Hoffnung und die immer noch hoch ausgeprägte Veränderungsmotivation in der Gruppe der jüngeren Alkoholabhängigen deuten darauf hin, dass viele Personen dieser Altersgruppe noch nicht ausreichend Zeit hatten, die in der Therapie vermittelten Inhalte für sich selbst zufriedenstellend umzusetzen. An dieser Stelle sei zu betonen, der zweite Erhebungszeitpunkt wurde im Laufe der sechsten Aufenthaltswoche angesetzt – es wird ein Aufenthalt von mindestens acht Wochen empfohlen (vgl. Feselmayer et al., 2003), was sicher gerechtfertigt ist. Auch treten unmittelbar vor der Entlassung oft mehr Ängste vor einem Rückfall auf, da sich die Personen mit der großen Herausforderung, die gelernten Strategien und Kompetenzen auch im Alltag erfolgreich umzusetzen, konfrontiert sehen – dem kann eine gut ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung entgegenwirken, welche in Kapitel 9.4 ausführlich betrachtet werden wird.

Bei der Ressourcenarbeit mit Alkoholabhängigen ist das Stärken persönlicher Ressourcen, wie Copingstrategien und Selbstwirksamkeit, ein sehr wichtiger Baustein (vgl. McKean Skaff, et al., 1999; Moos & Moos, 2007) – dies scheint im Laufe der Therapie bei den untersuchten Frauen weitgehend gelungen zu sein. Dafür ist mit größter Wahrscheinlichkeit das vielfältige Behandlungsangebot des Anton Proksch Instituts verantwortlich, welches Kompetenzen im sozialen Bereich, im Bereich des Sports (siehe Kapitel 6.2.2.2), der Entspannung (siehe Kapitel 6.2.2.1.2) und der Kreativität (siehe Kapitel 6.2.2.3) anregt und somit zu einer Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung und Bewältigungsfähigkeit beiträgt. Bei genauerer Begutachtung der einzelnen Module fällt auf, dass einige davon von den älteren Damen öfter in Anspruch genommen wurden, wie die Kreativtherapien (siehe Tabelle 41), die jüngeren Frauen nahmen dafür öfter an der progressiven Muskelentspannung nach Jacobson und dem Gruppentraining für soziale Kompetenz teil (siehe Tabelle 38). Es scheint also für jedes Bedürfnis etwas dabei gewesen zu sein, was auch durch den in beiden Gruppen gleichermaßen sehr groß wahrgenommenen Nutzen der therapeutischen Angebote bekräftigt werden kann (siehe Kapitel 8.3.4.6).

Schließlich soll auf die Therapeuten-Klient Beziehung eingegangen werden, die einen überaus wichtigen Faktor in der Ressourcenarbeit darstellt (vgl. Alpers, 2005; Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Musalek, 2008). Diese wurde durch die Zufriedenheit mit den TherapeutInnen operationalisiert und war bei den jüngeren Alkoholabhängigen sehr gut, die älteren waren sogar sehr bis äußerst zufrieden. Auch den Aufenthalt insgesamt empfanden alle Personen als sehr zufriedenstellend (siehe Kapitel 8.3.4.6).

Durch die angeführten Gründe kann die insgesamt signifikante Verbesserung der Ressourcen erklärt werden. Die in beiden Altersgruppen ähnliche Ausprägung des Ressourcenpotentials gegen Ende der Therapie lässt die Vermutung zu, dass in den zentralen Therapiemodulen altersspezifische Bedürfnisse ausreichend aufgegriffen wurden und die Behandlungsauswahl für alle Altersbereiche ein geeignetes Angebot aufweist.

Innerhalb der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen zeigten sich zu Beginn der Therapie im Ressourcenpotential keine signifikanten Unterschiede, es lag eine latent unterdurchschnittliche bis durchschnittliche Ausprägung vor. Die early-onset Abhängigen wiesen jedoch minimal höhere Werte auf, was unter Bezugnahme der aktuellen Literatur überraschend ist (vgl. Beutel & Baumann, 2000; Welte & Mirand, 1993), wonach die late-onset Abhängigen die besten Ressourcen aufweisen müssten. Die Hoffnung unter den late-onset Abhängigen war am geringsten ausgeprägt, die Veränderungsmotivation jedoch am höchsten und als einzige sehr gut – somit lässt sich unter den late-onset Abhängigen ein größerer Leidensdruck vermuten, der wahrscheinlich auch die etwas schlechteren Selbstmanagementfähigkeiten bedingt hat. Trotz ausreichend positiv ausgeprägter personenbezogener (Bildung), und umweltbezogener Ressourcen (soziales Netzwerk), liegt also eine geringere Zuversicht vor, was wahrscheinlich auf die kürzere Abhängigkeitsdauer zurückführbar ist – die late-onset Abhängigen haben schlichtweg noch nicht viel Erfahrung im Umgang mit ihrer Alkoholabhängigkeit und daraus resultierenden Belastungen.

Es hat innerhalb der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen eine signifikante Veränderung der Ressourcen über die Therapie hinweg stattgefunden, wobei eine signifikante Verbesserung der Selbstwirksamkeit, der Selbstverbalisation, der sozialen Unterstützung und eine starke Verbesserung des Coping absehbar sind. Die drei Gruppen unterscheiden sich wiederum nicht signifikant voneinander, die rezidiv Abhängigen weisen die höchsten Werte auf, die late-onset Abhängigen immer noch die niedrigsten, wenngleich die Unterschiede nur minimal sind.

Ein Blick auf die Veränderungsmotivation verrät, dass bei den early-onset und rezidiv Abhängigen schon eine Veränderung eingeleitet wurde, bei den late-onset Abhängigen noch nicht, was wiederum die Annahme bestätigt, dass diese mehr Zeit und Geduld brauchen (vgl. Blow et al., 2000; Scholz et al., 1995).

Zusammenfassend kann durch die signifikante Verbesserung der Selbstwirksamkeit und der starken Verbesserung des Coping in allen drei Subgruppen eine erfolgreich verlaufene Ressourcenaktivierung mit der nötigen Berücksichtigung unterschiedlicher Charakteristika älterer Alkoholabhängiger angenommen werden, wodurch eine vergleichbare Ausprägung in therapieerfolgsversprechenden Bewältigungsstrategien und der Selbstwirksamkeitserwartung resultierte. Die late-onset Abhängigen betreffend könnte allerdings eine gezieltere Unterstützung in der Ressourcenaktivierung und –mobilisierung von Nöten sein. Diese scheinen mehr Zeit und Zuwendung brauchen, um ihre Erfahrung und Kompensationsmöglichkeiten im Umgang mit abhängigkeitsbedingten Belastungen zu erweitern.

9.3 Stressbewältigung

Die durch das CBI-G erfasste Stressbewältigung ist unter Betrachtung der Skalenwertebereiche (siehe Kapitel 7.2.4) zu Therapiebeginn in beiden Altersgruppen weniger gut bis mittelmäßig gut ausgeprägt. Dieser Fakt ist mit der aktuellen Forschung konform, die Alkoholabhängigen eher negative Copingstrategien und unzureichendes Bewältigungsverhalten zuschreibt (vgl. Conte et al., 1991; Forys et al., 2007; Timko et al., 2005).

Es zeigen sich zum ersten Testzeitpunkte keine signifikanten Unterschiede in den beiden Altersgruppen. Das positive Denken ist bei den Älteren geringfügig besser ausgeprägt, alle anderen Dimensionen relativ ähnlich, wobei die negativen Strategien (Negatives Denken und Vermeiden) und auch das Suchen sozialer Unterstützung relativ niedrig ausfallen.

Die etwas höheren Werte im positiven Denken der älteren Alkoholabhängigen lassen sich mit der Literatur vereinbaren, wonach ältere Personen öfter positive Neubewertungen einer Situation vornehmen (Lazarus, 1999).

Dass die negativen Strategien in beiden Gruppen nicht vorherrschend sind ist eher konträr zur Literatur, die unter Alkoholabhängigen die häufige Anwendung von Vermeidungsstrategien postuliert (Conte et al., 1991; Timko et al., 2005). Auch das gering ausgeprägte Suchen sozialer Unterstützung in der Gruppe der jüngeren Alkoholabhängigen

ist eher verwunderlich, wird doch in der Literatur von der starken Verbreitung konfrontativer Bewältigungsformen, wie das Suchen von Unterstützung durch andere, unter Jüngeren gesprochen (Folkman et al., 1987; Lazarus, 1999). Doch wie bereits erwähnt, ist das soziale Netzwerk der Jüngeren etwas schlechter und sie nehmen die soziale Unterstützung auch nicht so förderlich wahr (siehe Kapitel 9.2). Eine mögliche Erklärung für diese vorgefundenen unzureichenden und gleichzeitig undifferenzierten Bewältigungsstrategien, könnte das geringe Funktionsniveau alkoholabhängiger Frauen bezüglich Coping sein, welches nicht nur geringer als jenes gesunder Frauen sein soll, sondern auch als jenes alkoholabhängiger Männer (Conte et al., 1991). Oder es wurde sich bisher immer auf Alkohol als Mittel um Stress zu reduzieren verlassen (Forys et al., 2007; Welte & Mirand, 1993).

Durch die Ergebnisse der Voranalyse kann ein vergleichbares unzureichendes Funktionsniveau hinsichtlich der Stressbewältigung in den beiden Altersgruppen zu Therapiebeginn angenommen werden.

Die Hauptanalyse der Stressbewältigung ergab das Bild einer durchschnittlich hoch ausgeprägten Bewältigungsfähigkeit in beiden Altersgruppen gegen Therapieende. Insgesamt erwies sich die Veränderung als signifikant, zwischen den Gruppen jedoch nicht.

Nur das positive Denken hat sich in beiden Gruppen signifikant verbessert, das Suchen sozialer Unterstützung und das negative Denken in beiden Gruppen, das Vermeiden blieb etwa gleich. Der Anstieg in den positiven Strategien ergab sich wie erwartet, der Anstieg im negativen Denken war jedoch überraschend. Um dieses Ergebnis zu interpretieren wird eine detaillierte Auseinandersetzung mit den einzelnen Items der CBI-G Skala Negatives Denken nötig. Bei deren Analysierung fällt auf, dass die Items Aussagen enthalten, die mit negativen Erinnerungen im Zuge des Alkoholkonsums in Verbindung stehen. Als Beispiele: „Ich habe an die Folgen gedacht, die es für meine Familie haben wird.“ oder „Ich habe an die Schwierigkeiten gedacht, in die ich mich durch das Alkoholtrinken gebracht habe.“ Sich negative Erinnerungen in den Kopf zu rufen, kann manchmal nicht schaden, wenn man sich von etwas abhalten will bzw. vor erneuten negativen Konsequenzen bewahren will – diesem Gedanken ist die Mehrheit der Stichprobe vermutlich gefolgt, woraus die hohen Werte im negativen Denken erklärbar wären.

Für die Begründung der signifikanten Verbesserung des positiven Denkens in beiden Gruppen können wieder einige Therapiemodule des API herangezogen werden. Die

kognitiven Elemente wurden bestimmt vor allem in der Einzeltherapie oder auch in der Gruppentherapie fokussiert (siehe Kapitel 6.2.2.1.1). Hinsichtlich der verhaltensbezogenen Therapieelemente, könnte in Bezug auf die Kompetenzverbesserung (vgl. Forys et al., 2007) die Selbstbehauptungsgruppe (siehe Kapitel 6.2.2.1.2) einen entscheidenden Beitrag geleistet haben. Die progressive Muskelentspannung nach Jacobson, das Biofeedback und QiGong (siehe Kapitel 6.2.2.1.2), die alle der Erlernung von Entspannungsmethoden und –techniken dienen, lieferten vermutlich alternative Strategien zur Stressbewältigung (Faul et al., 2010). Letztlich boten das Sport und bewegungszentrierte Modul (siehe Kapitel 6.2.2.2), die Kreativtherapien (siehe Kapitel 6.2.2.3) und die Angebote zur Lebens- und Freizeitgestaltung (siehe Kapitel 6.2.2.4) interessante positive Alternativen für die aufgegebenen Suchtgewohnheiten. Alle genannten Angebote wurden häufig von den Teilnehmerinnen in Anspruch genommen und können daher für den Anstieg in den positiven Strategien verantwortlich gemacht werden. Durch die therapeutischen Tag- und Nachtausgänge war es den Frauen möglich, die erarbeiteten Kompetenzen im Alltag anzuwenden (Forys et al., 2007).

Zusammenfassend konnten die Teilnehmerinnen im Laufe der Therapie eine signifikant positivere Einstellung im Umgang mit Stress einnehmen. Im API sind ausreichend geeignete Therapieelemente zur Steigerung individueller Bewältigungsfähigkeiten vorhanden, jedoch hätte beispielsweise der Besuch der Rückfallpräventionsgruppe, wo individuelle Rückfallmuster herausgearbeitet und alternative Verhaltensweisen diskutiert und trainiert werden, den Teilnehmerinnen nicht geschadet. Dieses Angebot wurde leider kaum in Anspruch genommen (siehe Tabelle 37). Von der Berücksichtigung altersspezifischer Faktoren hinsichtlich der Stressbewältigung und deren Verbesserung kann durch die ähnlichen Ausprägungen in beiden Altersgruppe gegen Therapieende ausgegangen werden.

In den Subgruppen der älteren Alkoholabhängigen konnten weder zu Therapiebeginn noch hinsichtlich der Veränderung über die Therapie hinweg signifikante Unterschiede in der Stressbewältigung festgestellt werden. Die Werte sind zu beiden Zeitpunkten mehrheitlich so ähnlich ausgeprägt, dass keine relevanten Unterschiede interpretierbar sind.

Das positive Denken war schon zu Beginn recht gut ausgeprägt, stieg über die Therapie hinweg noch weiter an. Das Negative Denken stieg ebenfalls an, das Suchen sozialer Unterstützung fiel bei den late-onset Abhängigen leicht und stieg bei den early-onset und

rezidiv Abhängigen an. Das Vermeiden fiel bei den late-onset und den early-onset Abhängigen, stieg aber bei den rezidiv Abhängigen.

Hier ist das Steigen des positiven Denkens in allen drei Gruppen und das Fallen des Vermeidens und zumindest in zwei der Gruppen als positiv hervorzuheben – wenngleich die Veränderung nicht signifikant verlief. Diese Tatsache lässt entweder darauf schließen, dass die altersspezifischen Voraussetzungen hinsichtlich Coping nicht ausreichend berücksichtigt wurden – was jedoch durch die äußerst hohe Patientenzufriedenheit zu negieren wäre (siehe Kapitel 8.3.4.6). Oder die Älteren haben nicht ausreichend Gebrauch von den genannten förderlichen Behandlungsangeboten gemacht, was zumindest für die Selbst-beauptungsgruppe, die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson (siehe Tabelle 38) und einige Sport und bewegungszentrierte Module (siehe Tabelle 39) zutreffen würde. Natürlich muss auch an dieser Stelle auf die längere Dauer der Regeneration der alkoholbedingten Folgeerscheinungen im Alter (vgl. Scholz et al., 1995) und den dadurch einhergehende zeitliche Aufwand und die geforderte Geduld (Blow et al., 2000) hingewiesen werden.

Der leichte Anstieg im Vermeiden in der Gruppe der rezidiv Abhängigen kann vielleicht auf ein Sich-vor einem-neuerlichen-Rückfall-schützen-wollen, zurück geführt werden da ihnen Hochrisikosituationen gut bekannt sind und die Gefahren, die von diesen ausgehen.

Die Anstiege des Suchens sozialer Unterstützung bedeuten offenbar, dass Hilfe von außen, also auch vom API als Institution, bereitwillig entgegen genommen wird.

Durch die weitgehende Ähnlichkeit der drei Gruppen der älteren Alkoholabhängigen in der Stressbewältigung sowohl zu Beginn als auch gegen Ende der Therapie können keine relevanten Unterschiede, die Berücksichtigung finden hätten sollen, angenommen werden. Jedoch ist deutlich auf die nicht signifikante Veränderung der Stressbewältigung insgesamt hinzuweisen.

9.4 Selbstwirksamkeitserwartung

Die Abstinenzzuversicht, welche durch die AASE-G erfasst wurde, ist zu Therapiebeginn in beiden Altersgruppen leicht unterdurchschnittlich ausgeprägt. Die Zuversicht, keinen Alkohol zu trinken war in beiden Gruppen hoch, die Versuchung aber auch durchschnittlich hoch. Die älteren Alkoholabhängigen weisen höhere Werte in der Abstinenzzuversicht auf als die jüngeren – die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. In der Literatur gibt es viele Angaben über unvermeidbare altersbedingte Verluste und die

Herausforderung für die Älteren, die im Umgang mit diesen entsteht (vgl. Badura, 1982; Halisch & Geppert, 2000). Dennoch ist keine generelle Abnahme der Selbstwirksamkeit im Alter festzustellen (vgl. Halisch & Geppert, 2000), dahingehend sind die Ergebnisse also literaturkonform. Außerdem kann ein höherer Erfahrungswert hinsichtlich abstinerter Phasen und deren Dauer in der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen angenommen werden (siehe Kapitel 8.2.13), schon alleine wegen der längeren Abhängigkeitsdauer (siehe Kapitel 8.1.12). Hinsichtlich der Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte unterschieden sich die beiden Gruppen signifikant (siehe Kapitel 8.1.10), was natürlich auch entscheidend zum vorhandenen Erfahrungswert beiträgt. Vor allem unter Betrachtung der relevanten Einflussfaktoren auf die Selbstwirksamkeit, die sich teilweise signifikant unterschieden, wie körperliche Erkrankungen (siehe Kapitel 8.1.15), berufliche Situation (siehe Kapitel 8.1.5) Familienstand (siehe Kapitel 8.1.6) und Wohnsituation (siehe Kapitel 8.1.7), die allesamt objektiv für die Älteren als bedrohend interpretiert werden könnten, wird diese Vermutung bekräftigt.

Im Laufe der Therapie fiel die Versuchung in beiden Altersgruppen stark ab, die Zuversicht stieg, wodurch eine signifikante Veränderung der Abstinenzzuversicht feststellbar war, zwischen den Gruppen war diese jedoch nicht signifikant, sogar annähernd gleich und relativ gut ausgeprägt.

Zwischen dem Anstieg der Abstinenzzuversicht im Laufe einer stationären Rehabilitation und der Fähigkeit zur längerfristigen Abstinenz besteht ein positiver Zusammenhang, der schon durch viele Forschungsergebnisse nachgewiesen wurde (vgl. Hartzler et al., 2011; Ilgen et al., 2005; Levin et al., 2007; McKellar et al., 2008; Moos & Moos, 2006; Schneider et al., 2002). In der Gesamtstichprobe ist dieser Anstieg stark absehbar. Vermutlich ist er bedingt durch ausführliche individuelle Auseinandersetzung mit störungsspezifischen Faktoren der Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit und der Rückfallgefährdung. Einerseits wurden diese Inhalte bestimmt in der Einzel- und Gruppentherapie aufgegriffen, aber auch die psychoedukative Großgruppe hat sicher einen bedeutsamen Beitrag geleistet. Auch an dieser Stelle sind wieder die sehr hoch ausgeprägte Patientenzufriedenheit und das breit gefächerte Behandlungsangebot des API als Begründung anzuführen.

Durch die vorliegenden Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass alters- und störungsspezifische Einflussfaktoren auf die Selbstwirksamkeitserwartung im Laufe der Therapie ausreichend berücksichtigt wurden.

Auch bei den early-onset, late-onset und rezidiv Abhängigen waren zu Therapiebeginn leicht unterdurchschnittliche Ausprägungen in der Abstinenzzuversicht vorhanden. Die Unterschiede zwischen den drei Subgruppen waren nicht signifikant, jedoch wiesen die late-onset Abhängigen die höchsten Werte auf, danach folgten die rezidiv Abhängigen und letztlich die early-onset Abhängigen.

Dass die late-onset Abhängigen die höchsten Werte aufwiesen ist nicht weiter verwunderlich und literaturkonform, beachtet man ihre spätentwickelte Abhängigkeit, wodurch ihr Leben eher durch Abstinenz geprägt ist, und deren soziale Eingebundenheit (vgl. Beutel & Baumann, 2000; Welte & Mirand, 1999).

Auch die niedrigsten Werte der early-onset Abhängigen können durch die Unerfahrenheit bezüglich abstinenter Phasen erklärt werden (siehe Kapitel 8.1.13) und vielleicht auch durch die in der Literatur postulierte niedrigere Impulskontrolle (Dom et al., 2006).

Demnach ist auch die im Mittelfeld angesiedelte Abstinenzzuversicht der rezidiv Abhängigen durch bisherige Forschungsergebnisse erklärbar, da sie schon zufriedenstellende Abstinenz Erfahrung mitbringen (Beutel & Baumann, 2000), aber auch die meisten Misserfolgserfahrungen durch etliche Rückfälle (vgl. Levin et al, 2007).

Die Abstinenzzuversicht verbesserte sich in allen drei Subgruppen signifikant über die Therapie hinweg, wobei die Zuversicht stieg und die Versuchung fiel. Gegen Therapieende zeigten sich durchschnittlich bis hohe Werte, die in der Gruppe der rezidiv Abhängigen am höchsten waren, gefolgt von den late-onset und den early-onset Abhängigen.

Der zu Therapiebeginn vermutete „Vorteil“ der rezidiv Abhängigen bezogen auf die Abstinenz Erfahrung kommt also deutlich zum Tragen, sie zeigen die niedrigste Versuchung und höchste Zuversicht.

Wieder muss bemerkt werden, dass die Rückfallpräventionsgruppe nur von einer Person der älteren Alkoholabhängigen besucht wurde. Der Besuch dieser Gruppe hätte vielleicht einen gesteigerten Anstieg der Abstinenzzuversicht mit sich gebracht. Dafür scheinen wie bereits erwähnt andere Behandlungsangebote des API dienlich gewesen zu sein. Auch die Kreativtherapien und das Sport und bewegungszentrierte Modul könnten zur Erhöhung der Selbstwirksamkeit beigetragen haben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass altersspezifische Faktoren und verschiedene Charakteristika der älteren Alkoholabhängigen in den therapeutischen Interventionen zur

Selbstwirksamkeitssteigerung ausreichend Berücksichtigung gefunden haben, wodurch eine Steigerung im ähnlichen Ausmaß wie bei Jüngeren möglich war. Somit kann die stationäre Behandlung des API als effektiv und wirkungsvoll bewertet werden (vgl. Schneider et al., 2002).

9.5 Zusammenfassung und Fazit

Im letzten Abschnitt soll eine überblicksartige Zusammenfassung der detailliert ausgeführten Ergebnisse, deren Interpretation und damit verbundenen Erklärungsansätze erfolgen, wobei die bedeutsamsten Ergebnisse nochmal dargestellt werden.

Im Zuge der Voranalyse konnten bezogen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Ressourcen, die Stressbewältigung und die Abstinenzzuversicht keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen festgestellt werden.

Eine ausführliche Auseinandersetzung mit den einzelnen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigte jedoch eine schlechtere körperliche Ausgangslage seitens der Älteren, wobei die körperliche Funktionsfähigkeit sogar signifikant unterschiedlich ausfiel, was durch die schlechtere körperliche Verfassung der älteren Alkoholabhängigen erklärt werden kann. Im Gegenzug zeigte sich eine schlechtere psychischere Ausgangslage der Jüngeren. Letztendlich erwiesen sich die Unterschiede in der unterdurchschnittlich bis durchschnittlich ausgeprägten Lebensqualität als nicht gravierend, wodurch von einem vergleichbaren Niveau zwischen alt und jung ausgegangen werden konnte. Die eher ungünstige Ressourcenausprägung galt für beide Altersgruppen gleichermaßen, allerdings wiesen die Älteren geringfügig höhere Werte auf, wofür einerseits ihr hoher Bildungsstand und andererseits ihre gute soziale Eingebundenheit verantwortlich gemacht werden können. So konnte in beiden Gruppen von keinen gravierenden Ressourcendefiziten gesprochen werden. Auch hinsichtlich der weniger gut bis mittelmäßig gut ausgeprägten Stressbewältigung ergaben sich bei den Älteren geringfügig bessere Strategien im positiven Denken, alle anderen Dimensionen fielen zwischen den beiden Altersgruppen ähnlich aus, somit konnte auch hier ein ähnliches Vergleichsniveau angenommen werden. Hinsichtlich der unterdurchschnittlich ausgeprägten Abstinenzzuversicht konnten auch geringfügig bessere Werte bei den Älteren aufgezeigt werden, was wohl auf deren lange Abhängigkeitsdauer und damit einhergehenden Erfahrungen bezüglich Abstinenz und Rückfallgeschehen zurückgeführt werden kann.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse zu den Subgruppen der älteren Alkoholabhängigen läuft ebenfalls auf nicht signifikante Unterschiede zu Therapiebeginn in den vier Variablen hinaus. Für die geringfügigen Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Ressourcen und der Abstinenzzuversicht kann jeweils die Dauer der Abhängigkeit als Erklärungsgrundlage herangezogen werden. Wonach eine kürzere Abhängigkeit mit besserer gesundheitsbezogener Lebensqualität einherging, jedoch auch mit schlechteren Ressourcen und geringerer Abstinenzzuversicht, was auf mangelnde Erfahrung im Umgang mit der Abhängigkeit zurückführbar ist. Die Stressbewältigung war in den Subgruppen ziemlich einheitlich ausgeprägt.

Die Hauptanalyse brachte das Ergebnis einer signifikanten Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Ressourcen und der Abstinenzzuversicht in beiden Altersgruppen. Die Stressbewältigung verbesserte sich nur bei den jüngeren Alkoholabhängigen signifikant.

Die signifikant verbesserten Ressourcen und die Selbstwirksamkeit trugen vermutlich entscheidend zur signifikanten Verbesserung der Lebensqualität bei, gegen Ende der Therapie zeigten sich die psychischen Dimensionen immer noch günstiger bei den Älteren und die körperlichen bei den Jüngeren.

Die Ressourcen waren letztendlich bei den Älteren etwas besser ausgeprägt, was auf ihren hohen Bildungsstand und das gute soziale Netzwerk zurückführbar ist. Die Stressbewältigung war bei den Jüngeren besser ausgeprägt und die Abstinenzzuversicht gleichermaßen.

Auf den Anstieg im negativen Denken in beiden Gruppen soll hingewiesen werden, dieser ist vermutlich durch eine Auseinandersetzung mit den bisher eingetretenen negativen Konsequenzen der Abhängigkeitserkrankung und einer daraus resultierenden kritischen Sichtweise auf die Zukunft zu erklären.

Bezogen auf die Abstinenzzuversicht können klare Vorteile seitens der rezidiv Abhängigen mit ihrem Erfahrungswert in abstinentem Verhalten und der Rückfallgefährdung hervorgehoben werden.

Bei den älteren Alkoholabhängigen war schon zu Beginn eine verminderte Veränderungsmotivation feststellbar, die vermutlich in die nicht signifikant verbesserte Stressbewältigung mündete und auch in eine noch nicht eingeleiteten Veränderung am Therapieende bei den late-onset Abhängigen. Damit kann verdeutlicht werden, dass in der

Behandlung von älteren Alkoholabhängigen mehr Zeit und Geduld aufgewendet werden muss und oft eine gezieltere Unterstützung, vor allem in der Ressourcenaktivierung und -mobilisierung von Nöten ist.

Abschließend lässt sich folgendes sagen: Das Anton Proksch Institut legt mit seiner stationären Kurzzeittherapie einen guten Grundstein im Aufbau und der Verbesserung relevanter Schutzfaktoren für Alkoholabhängige. Allerdings wird deutlich, dass dies nicht der Ende des langen Weges aus einer Abhängigkeit ist. Die Alkoholkrankheit erfordert seitens der Betroffenen eine stetige Anpassungs- und Veränderungsbereitschaft an situative Gegebenheiten die mit dem Alltag einhergehen. Eine Aufrechterhaltung der bedeutenden Faktoren erfordert zwingend die Inanspruchnahme therapeutischer Nachsorge und ein gewisses Maß an Achtsamkeit, um in erster Linie die Abstinenz aufrechterhalten zu können, die einen entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität und damit auch auf Ressourcen und die Bewältigungsfähigkeit hat. Die ähnlichen und teilweise sogar größeren Erfolge der älteren Alkoholabhängigen im Vergleich zu jüngeren, wie sie übrigens auch von den Kolleginnen Lehner und Zeiler (2012) bei alkoholabhängigen Männern gefunden wurden, lassen die Aussage zu, dass im Anton Proksch Institut mit einem gemischten Therapiesetting nicht nur ausreichend auf die Bedürfnisse jeden Alters eingegangen wird, sondern die zentralen Inhalte auch kompetent an die Älteren vermittelt werden konnten. Die Bedeutung dieser verlangten Berücksichtigung ist durch die teilweise auch in dieser Studie ersichtliche längere Regenerationsdauer der Älteren und dadurch geforderte Aufwendung von Zeit und Geduld in deren Behandlung, zu unterstreichen.

Die vorliegende Arbeit soll mit dem Fazit abgeschlossen werden, dass bei ausreichender Berücksichtigung alterstypischer Belastungen und Besonderheiten im Zuge einer Alkoholabhängigkeit in einer kompetenten Therapie, Altersunterschiede nicht den Einfluss besitzen, der ein speziell gerontologisches Entzugsprogramm verlangen würde (vgl. Lehner & Zeiler, 2012).

Zusammenfassung der gesamten Arbeit

Ziel der Untersuchung: Die vorliegende Studie beschäftigte sich mit der Frage nach der Notwendigkeit speziell gerontologischer Entzugsprogramme, in Zuge dessen wurde ein Vergleich des Therapieerfolges jüngerer und älterer alkoholabhängiger Frauen angestellt. Als Ziel galt mögliche Unterschiedlichkeiten hinsichtlich der Veränderung der Prädiktoren für eine erfolgreiche Therapie – gesundheitsbezogene Lebensqualität, personelle Ressourcen, Stressbewältigung und Selbstwirksamkeit – in den beiden Altersgruppen

aufzudecken, um letztlich herauszufinden, ob in einem altersgemischtes Rehabilitationsprogramm alters-spezifische Bedürfnisse ausreichend Berücksichtigung finden oder speziell gerontologische Entzugsbehandlungen intendiert wären.

Methode: Die Untersuchung konzentrierte sich, in Anlehnung an die Arbeiten von Lehner und Zeiler (2012), die diese Fragestellung in Hinblick auf männliche Alkoholranke bearbeiteten, ausschließlich auf weibliche Alkoholabhängige. Insgesamt nahmen 51 alkoholabhängige Frauen, davon 28 Personen im Alter von 50 bis 75 Jahren (Gruppe der älteren Alkoholabhängigen) und 23 Personen im Alter von 38 bis 49 Jahren (Gruppe der jüngeren Alkoholabhängigen), die eine Kurzzeittherapie (8 bis 6 Wochen) am Anton Proksch Institut absolvierten teil. Um den Therapieerfolg anhand der vier definierten Prädiktoren abschätzen zu können, fand eine Untersuchung am Beginn der Therapie, nach Abschluss der körperlichen Entzugsphase und eine zweite gegen Ende der Therapie, innerhalb der sechsten Aufenthaltswoche, statt. Im Zuge der ersten Erhebung wurde den Teilnehmerinnen neben einem Fragebogen zu soziodemografischen Daten und dem WST, der SF-36, zur Analysierung der gesundheitsbezogene Lebensqualität, der FERUS, um Aufschlüsse über personelle Ressourcen zu erhalten, das CBI-G, um die Stressbewältigung abzubilden und die AASE-G, zur Abschätzung der Abstinenzzuversicht, vorgelegt. Bei der zweiten Erhebung kamen neben den bereits genannten Verfahren zusätzlich zwei von Lehner und Zeiler (2012) erstellte Fragebögen zur Berücksichtigung verschiedener Problembereiche innerhalb der Therapie sowie zur Teilnahme am therapeutischen Angebot des API zum Einsatz.

Ergebnisse: Der Therapieerfolg beider Gruppen ist durch die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der personellen Ressourcen, der Stressbewältigung und der Abstinenzzuversicht ersichtlich. Es wurden ähnliche Verbesserungen in allen vier Variablen, bis auf die Stressbewältigung, die zu Gunsten der jüngeren Alkoholabhängigen ausfiel, erreicht, wodurch von einem vergleichbaren Therapieerfolg beider Altersgruppen gesprochen, sowie von einem Eingehen im gleichen Ausmaß auf beide Gruppen im Zuge der Therapie ausgegangen werden kann.

Konklusion: Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen auf, dass es im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung, die am Anton Proksch Institut angeboten wird, nicht nur möglich war auf individuelle Entstehungs- und Aufrechterhaltungsfaktoren der Abhängigkeitserkrankung ausreichend einzugehen, sondern darüber hinaus durch die therapeutischen Angebote sowohl die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die

Stressbewältigung, die personellen Ressourcen als auch die Selbstwirksamkeitserwartung der Patientinnen zu steigern. Die nicht gefundenen gravierenden Unterschiede zwischen den jüngeren und älteren alkoholabhängigen Frauen – ebenso wie bei männlichen Alkoholkranken (vgl. Lehner & Zeiler, 2012) – sowohl zu Beginn als auch gegen Ende der Therapie, stellen den in der Literatur behaupteten maßgeblichen Einfluss von Altersunterschieden auf therapeutische Interventionen in Frage. Anhand der gewonnenen Ergebnisse lässt sich allgemein die Notwendigkeit spezieller gerontologischer Entzugsprogramme nicht bestätigen. Vor allem eine individuelle, kompetente und empathische Betreuung erscheint diesbezüglich wichtiger, wobei wie in altersbezogenen Interventionen auch altersspezifische Determinanten berücksichtigt werden, sofern die Notwendigkeit dafür besteht.

KAPITEL 10 – KRITIK UND AUSBLICK

In diesem abschließenden Kapitel sollen die Stärken und Schwächen der durchgeführten Untersuchung aufgezeigt und kritisch hinterfragt werden. Außerdem wird ein Ausblick auf zukünftig interessante Forschungsansätze im Bereich Alkoholabhängigkeit im Alter gegeben.

Zu Beginn ist die insgesamt kleine Stichprobengröße anzuführen, die vor allem in den Subgruppen der älteren Alkoholabhängigen zu einer dezimierten Teilnehmerinnenanzahl und einer ungleichmäßigen Verteilung resultiert hat. Bei einer größeren Stichprobe wären vermutlich einige der gefundenen Ergebnisse signifikant ausgefallen, da ohnehin teilweise große Unterschiede erkennbar waren.

Es sollte bedacht werden, dass die gewonnenen Ergebnisse keines Falls auf die Population Alkoholabhängiger übertragen werden können, da die Datenerhebung auf eine einzige Institution, das Anton Proksch Institut, beschränkt war.

Hinsichtlich der Befragung kann von einem hohen Maß an sozialer Erwünschtheit in den Beantwortungen ausgegangen werden, wie es unter Alkoholabhängigen üblich ist (vgl. Uhl et al., 2013). Auch Umfang und Länge der vorgegebenen Fragebogenbatterie sind kritisch zu begutachten, zumindest beim ersten Untersuchungszeitpunkt war die Zumutbarkeit etwas grenzwertig. Wodurch sich ein weiterer Kritikpunkt ergibt, nämlich die erfolgte Selbstselektion durch die Freiwilligkeit der Teilnahme. Etwa ein Drittel der für die Untersuchung geeigneten Frauen hat die Teilnahme von vorne herein abgelehnt bzw. den ersten Untersuchungstermin nicht wahrgenommen. Es ist naheliegend, dass sich vor allem an der Thematik interessierte Teilnehmerinnen bereit erklärt haben, die eine höhere Therapiemotivation aufwiesen. Allerdings erfolgte die Teilnahme an der zweiten Erhebung auch oft erst durch ein wenig Nachdruck seitens der Testleiterin, wodurch jedoch letztlich wenige Ausfälle resultierten.

Die Fragebogenbatterie selbst, soll auch noch kurze Kritik erfahren. Zumindest zum SF-36 erfolgte seitens der Befragten öfters das Feedback, dessen Vorgabe sei für das stationäre Setting nicht geeignet, da einige Items dadurch schwer zu beurteilen wären. Beim ersten Befragungszeitpunkt war oft gezielte Hilfestellung nötig, auf welchen Zeitraum die Antwortvergabe bezogen werden sollte. Dies ergab sich vermutlich einerseits durch uneinheitliche Angaben in den Instruktionen zu den verschiedenen Fragebögen. Andererseits fiel es den Teilnehmerinnen oft schwer ein Gesamtbild vom derzeitigen

Zustand, der mehrheitlich deutlich gebessert war, und dem Zustand der zuletzt während der Abhängigkeit vorherrschend war, einzunehmen. Der FERUS, das CBI-G und die AASE-G wurden mehrheitlich gut aufgenommen, vermutlich durch ihre spezifische Konstruktion für den Suchtbereich.

Obgleich die Befragungsdaten schon sehr viel Aufschluss über die untersuchten Variablen geben, hätten sich durch eine qualitative Erhebung in Form von Interviews sicher noch interessante Aspekte vor allem hinsichtlich individueller Besonderheiten ergeben – gerade da die untersuchten Frauen als besonders gesprächig und mitteilungsbedürftig aufgefallen sind. Dem wurde aus Gründen der Zumutbarkeit vor allem bezüglich Zeitmanagement und Dauer nicht nachgegangen. Die qualitative Erfragung aller untersuchten Variablen und deren Zusammenhänge hätte den zeitlichen Rahmen der Studie schlichtweg gesprengt, gerade wenn man die Heterogenität des Störungsbildes der Alkoholabhängigkeit bedenkt, so wurde sich anhand der quantitativen Erhebung auf das Wesentliche beschränkt.

Der hohe Bildungsstand, welcher in der Stichprobe der Älteren vorhanden war und sich maßgeblich von jenem der jüngeren unterschied, soll auch kurz Beachtung finden. Auf den ersten Blick könnte er als Kritikpunkt der Studie gelten, da gute Bildung mit einhergehenden besseren kognitiven Fähigkeiten einen entscheidenden Einfluss auf alle untersuchten Variablen hat und so gewissermaßen Nachteile für die Jüngeren entstanden sein könnten. Jedenfalls wurde der Einfluss der Bildung einer genaueren Analyse unterzogen, die zu keinen signifikant unterschiedlichen Ergebnissen zwischen den weniger und höher Gebildeten hinsichtlich der Lebensqualität, der Ressourcen, der Stressbewältigung und der Abstinenzsicherheit geführt hat. Dennoch ist deren Einfluss auf alle der untersuchten Variablen nicht zu unterschätzen. Der hohe Bildungsstand ist als bedeutende Ressource für die Älteren zu interpretieren, wodurch sich objektiv vorhandene Benachteiligungen teilweise ausgeglichen haben könnten.

Zuletzt soll eine große Stärke der Studie hervorgehoben werden, nämlich die nachweisliche Unterschiedlichkeit der Älteren und Jüngeren, die am Vergleich einiger soziodemografischer Variablen festgemacht werden kann. Darunter fallen vor allem die bedeutende Unterschiedlichkeit hinsichtlich Familienstand, Berufsstatus und Wohnsituation. Durch diese Unterschiedlichkeit kann von einer repräsentativen Stichprobe hinsichtlich der „Alten“ ausgegangen werden, wodurch ein Vergleich zwischen alt und jung sinnvoll war und die Ergebnisse tatsächlich Aussagen über altersbedingte

Unterschiede und Effekte erlauben. Somit lassen auch die Aussagen über nicht gefundene Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen, die genannten Schlussfolgerungen zu.

Bezogen auf weiterführende Forschung wäre ein ausführlicher Geschlechtervergleich wünschenswert, der anhand der gewonnenen Ergebnisse dieser Studie und der Ergebnisse der Kolleginnen Lehner und Zeiler (2012) erfolgen könnte und vermutlich interessante geschlechtsspezifische Effekte hervorbringen würde. Laut Literatur wäre ein Vorteil seitens der Männer vor allem im Ausgangsniveau bezüglich Coping (vgl. Conte et al., 1991) und Ressourcen (vgl. Timko et al., 2005) zu vermuten, im Gegenzug könnten Frauen mehr von einer Rehabilitation im Bezug auf die Verbesserung der Copingmethoden und vor allem der sozialen Ressourcen profitieren (vgl. Timko et al., 2005).

Literaturverzeichnis

- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York: The Guilford Press.
- Allan, C. A., & Cooke, D. J. (1985). Stressful life events and alcoholic misuse in women: a critical review. *Journal of Studies on Alcohol*, 46(2), 147–152.
- Alpers, G.W. (2005). Ressourcenorientierung. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 334-342). Göttingen: Hogrefe.
- Anton Proksch Institut. (2014). *Das Anton Proksch Institut*. Zugriff am 02. Februar 2014. Verfügbar unter <http://api.or.at/typo3/index.php?id=1198>
- Ayer, L. A., Harder, V. S., Rose, G. L., & Helzer, J. E. (2011). Drinking and stress: An examination of sex and stressor differences using IVR-based daily data. *Drug and Alcohol Dependence*, 115(3), 205–212.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Baumann, R., Pütz, C., Röhrig, B., Höffken, K., & Wedding, U. (2009). Health-related quality of life in elderly cancer patients, elderly non-cancer patients and an elderly general population. *European Journal of Cancer Care*, 18, 457–465.
- Beck, A.T. (1997). Das kognitive Modell der Sucht. In J. Lindenmeyer (Hrsg.), *Kognitive Therapie der Sucht* (S. 23-42). Weinheim: Belz.
- Beckman, L. J., & Amaro, H. (1986). Personal and social difficulties faced men entering alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 47(2), 135–145.
- Beutel, M., & Baumann, M. (2000). Rehabilitation suchtkranker älterer Menschen. *Suchttherapie*, 1, 155–162.
- Birnbacher, D. (1998). Der Streit um die Lebensqualität. In J. Schummer (Hrsg.), *Glück und Ethik* (S. 125-145). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Blow, F.C., & Barry, K.L. (2000). Older patients with at-risk and problem drinking patterns: New developments in brief interventions. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 13(3), 115–123.

- Blow, F.C., & Barry, K.L. (2002). Use and misuse of alcohol among older women. *Alcohol Research & Health*, 26(4), 308–315.
- Blow, F. C., & Barry, K. L. (2012). Alcohol and substance misuse in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 14, 310–319.
- Blow, F. C., Walton, M. A., Chermack, S. T., Mudd, S. A., & Brower, K. J. (2000). Older adult treatment outcome following elder-specific inpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 67–75.
- Bode, H., & Haupt, M. (1998). Alkoholismus im Alter. Ein Überblick über Diagnostik, Therapie und psychische Folgeschäden. *Fortschritte Neurologie, Psychiatrie*, 66(10), 450–458.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Bradley, K.A., Badrinath, S., Bush, K., Boyd-Wickizer, J., & Anawalt, B. (1995). Medical risks for women who drink alcohol. *Journal of General Internal Medicine Subscribers*, 13, 627–639.
- Brady, K. T., & Sonne, S. C. (1999). The role of stress in alcohol use, alcoholism treatment, and relapse. *Alcohol Research & Health*, 23(4), 263–271.
- Brennan, P. L., & Moos, R. H. (1990). Life stressors, social resources, and late-life problem drinking. *Psychology and Aging*, 5(4), 491–501
- Brennan, P. L., Schutte, K. K., & Moos, R. H. (1999). Reciprocal relations between stressors and drinking behavior: a three-wave panel study of late middle-aged and older women and men. *Addiction*, 94(5), 737–749.
- Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43(3), 190–197.
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U., & Siegrist, J. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin. Eine Einführung. In M. Bullinger, J. Siegrist, & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer*

und –soziologischer Perspektive. *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (Band 18) (S. 11-21). Göttingen: Hogrefe.

- Burian, W. (1981). Alkoholismus und Polytoxikomanie der Frau. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 4, 3–10.
- Byles, J., Young, A., Furuya, H., & Parkinson, L. (2006). A drink to healthy aging: The association between older women's use of alcohol and their health-related quality of life. *Older women, alcohol, and health*, 54(9), 1341–1347.
- Bäwert, A., & Fischer, G. (2005). Suchtkrank – wer nicht? *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 155(23–24), 549–561.
- Bühringer, G., & Kunz-Ebrecht, S. R. (2005). Substanzstörungen mit Schwerpunkt Alkohol. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 421-430). Göttingen: Hogrefe.
- Carver, V. (1977). The female alcoholic in treatment. *Canadian Psychological Review*, 18(1), 96–103.
- Chan, A. M., von Mühlen, D., Kritz-Silverstein, D., & Barrett-Connor, E. (2009). Regular alcohol consumption is associated with increasing quality of life and mood in older men and women: The Rancho Bernardo Study. *Maturitas*, 62, 294–300.
- Chung, T., Langenbucher, J., Labouvie, E., Padina, R. J., & Moos, R. H. (2001). Changes in alcoholic patient's coping responses predict 12-month treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 92–100.
- Cloninger, R.C., Sigvardson, S., & Bohman, M. (1996). Type I and type II alcoholism: An update. *Alcohol World*, 20(1), 18–23.
- Conte, H. R., Plutchik, R., Picard, S., Galanter, M., & Jacoby, J. (1991). Sex differences in personality traits and coping styles of hospitalized alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(1), 26–32.
- Curlee, J. (1969). Alcoholism and the “empty nest”. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 33, 169–171.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P., & Hughes, S. O. (1994). The alcohol abstinence self-efficacy scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(2), 141–148.

- Diehl, A., Croissant, B., Batra, A., Mundle, G., Nakovics, H., & Mann, K. (2007). Alcoholism in women: is it different in onset and outcome compared to men? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(6), 344–351.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189–216.
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (2010). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (5. überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.
- Dom, G., D'Haene, P., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2006). Impulsivity in abstinent early- and late-onset alcoholics: Differences in self-report measures and a discounting task. *Addiction*, 101(1), 50–59.
- Donovan, D., Mattson, M. E., Cisler, R. A., Longabaugh, R., & Zweben, A. (2005). Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *Journal of studies on alcohol*, 15, 119–139.
- Droller, H. (1964). Some aspects of alcoholism in the elderly. *The Lancet*, 2(7351), 137–139.
- Ekerdt, D. J., Labry, L., Glynn, R., & Davis, R. W. (1989). Change in drinking behaviors with retirement: Findings from the Normative Aging Study. *Journal of Studies on Alcohol*, 50(4), 347–353.
- Epstein, E.E., Fischer-Elber, K., & Al-Otaiba, Z. (2008). Women, aging, and alcohol use disorders. *Journal of Women & Aging*, 19(1-2), 31–48.
- Erlemeier, N. (2004). Alterspsychotherapie – Eine Standortbeschreibung. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 17(4), 2004, 207–213.
- Ettrich, K. U., & Fischer-Cyrlies, A. (2004). Substanzmissbrauch im mittleren und höheren Erwachsenenalter – Allgemeiner Missbrauch. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, 272–279.
- Eurostat. (2011). *Lebenserwartung bei der Geburt, nach Geschlecht*. Zugriff am 15. März 2013. Verfügbar unter <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do;jsessionid=9ea7d07d30e626832f2c2c7e4257b512b910e730e418.e34OaN8PchaTby0Lc3aNchuMbNuPe0?tab=table&plugin=1&pcode=tps00025&language=de>

- Eurostat. (2013). *Vorausgeschätzter Altersquotient*. Zugriff am 15. März 2013. Verfügbar unter <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tsdde511&plugin=1>
- Faul, L. A., Jim, H. S., Williams, C., Loftus, L., & Jacobsen, P. B. (2010). Relationship of stress management skill to psychological distress and quality of life in adults with cancer. *Psycho-Oncology*, *19*(1), 102–109.
- Feselmayer, S., & Beiglböck, W. (2001). Psychologische Tätigkeiten im Krankenhaus – Psychologische Behandlung. In J. Lehrner, K. Stolba, G. Traun-Vogt, & S. Völkl-Kernstock (Hrsg.), *Klinische Psychologie im Krankenhaus* (S. 77-86). Wien: Springer.
- Feselmayer, S., Poltrum, M., & Cervinka, R. (2008). Ressourcenorientiertes Arbeiten mit Suchtkranken am Beispiel der Natur und der Naturverbundenheit. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, *31*(1), 49–56.
- Feselmayer, S., Puchinger, H., Andorfer, U., Scheibenbogen, O., Zadro-Jaeger, S., Kerschbaumer, I., ... Kobrna, U. (2003). Abteilung für substanzabhängige (primär alkohol- und medikamentenabhängige) Frauen am Anton-Proksch-Institut/Kalksburg. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, *26*(3-4), 21–35.
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3. edition). Los Angeles: Sage.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(5), 992–1003.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, *2*, 171–184.
- Forstmeier, S., Uhlendorff, H., & Maercker, A. (2005). Diagnostik von Ressourcen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, *18*(4), 227–257.
- Forys, K., McKellar, J., & Moos, R. (2007). Participation in specific treatment components predicts alcohol-specific and general coping skills. *Addictive Behaviors*, *32*, 1669–1680.
- Foster, J. H., Powell, J. E., Marshall, E. J., & Peters, T. J. (1999). Quality of life in alcohol-dependent subjects – a review. *Quality of Life Research*, *8*, 255–261.

- Glöckner-Rist, A., & Rist, F. (2010). *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES), Version 4.00*. Leibniz: GESIS – Leibniz Institut für die Sozialwissenschaften. Verfügbar unter <http://www.gesis.org/unsere-angebote/daten-erheben/zis-ehes/>
- Göttersdorfer, P. (2011). Psychologische Beratung unter Berücksichtigung der stationären Rahmenbedingungen. In J. Lehrner, K. Stolba, G. Traun-Vogt, & S. Vökl-Kernstock (Hrsg.), *Klinische Psychologie im Krankenhaus* (S. 67-75). Wien: Springer.
- Grawe K., & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung – Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44(2), 63–73.
- Gschöpf, D. (1985). *Frauen in Kalksburg: Zur Problematik des Frauenalkoholkonsums*
- Halisch, F., & Geppert, U. (2000). Wohlbefinden im Alter: Der Einfluss von Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen, Bewältigungsstrategien und persönlichen Zielen. Ergebnisse aus der Münchner GOLD-Studie. In F. Försterling, & J. Stiensmeier-Pelster (Hrsg.), *Kognitive und emotionale Aspekte der Motivation* (S. 121-152). Göttingen: Hogrefe.
- Hartzler, B., Witkiewitz, K., Villarroel, N., & Donovan, D. (2011). Self-efficacy change as a mediator of associations between therapeutic bond and one-year outcomes in treatments for alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 269–278.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *Das BDI-II*. Göttingen: Hogrefe.
- Helferich, C. (2008). Ist Suchtprävention ein „klassisches“ Feld geschlechtergerechter Prävention? 18. *Niedersächsische Suchtkonferenz, Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und -prävention, Berichte zur Suchtkrankenhilfe*, 28–35.
- Holzhausen, M., Bornschlegel, U., & Fischer, T. (2009). Die Patientenperspektive in der Erfassung von Lebensqualität im Alter – Möglichkeiten und Grenzen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42(5), 355–359.
- Ilgen, M., McKellar, J., & Tiet, Q. (2005). Abstinence self-efficacy and abstinence 1 year after substance use disorder treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1175–1180.
- Jack, M. (2007). *Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten – FERUS*. Göttingen: Hogrefe.

- Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, *36*, 1120–1126.
- Kipp, J., & Jüngling, G. (1991). *Verstehender Umgang mit alten Menschen*. Berlin: Springer-Verlag.
- Kloos, A., Weller, R. A., Chan, R., & Weller, E. B. (2009). Gender differences in adolescent substance abuse. *Current Psychiatry Reports*, *11*, 120–126.
- Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, *7*(4), 375–389.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. London: Springer Publishing Company, Inc.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lehner, N., & Zeiler, E. (2012). *Alkoholabhängigkeit im Alter: Ein Vergleich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der personellen Ressourcen und der Stressbewältigung alkoholabhängiger älterer und jüngerer Männer vor und nach einer stationären Rehabilitation*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Lemke, S., & Moos, R.H. (2002). Prognosis of older patients in mixed-age alcoholism treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *22*, 33–43.
- Levin, C., Ilgen, M., & Moos, R. (2007). Avoidance coping strategies moderate the relationship between self-efficacy and 5-year alcohol treatment outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, *21*(1), 108–113.
- Lieb, B., Rosien, M., Bonnet, U., & Scherbaum, N. (2008). Alkoholbezogene Störungen im Alter. Aktueller Stand zu Diagnostik und Therapie. *Fortschritte Neurologie, Psychiatrie*, *76*(2), 75–85.
- Litman, G. K., Stapelton, J., Oppenheim, A. N., & Peleg, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addiction*, *78*(3), 269–276.
- Livingston, M. (2009). Effects of alcohol consumption in spousal relationships on health-related quality of life and life satisfaction. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *70*(3), 383–390.

- Maercker, A. (Hrsg.). (2002). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin: Springer.
- Maercker, A. (2003). Alterspsychotherapie – Aktuelle Konzepte und Therapieaspekte. *Psychotherapeut*, 48(2), 132–149.
- Mann, K., Laucht, M., & Weyerer, S. (2009). Suchterkrankungen in der Lebensspanne. *Der Nervenarzt*, 80(11), 1293–1301.
- Mantek, M. (1979). *Frauen-Alkoholismus*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Marckwort, I. (1972). *Motivationspsychologische Untersuchung an Alkoholikerinnen*. [Unveröffentlichte Dissertation]. Bon: Universität Bon.
- Marlatt, G.A., Baer, J.S., & Quigley, L.A. (2009). Self-efficacy and addictive behavior. In A. Bandura (Hrsg.), *Self-efficacy in Changing Societies* (1995 transferred to digital printing 2009) (S. 289-315). New York: Cambridge University Press.
- McKean Skaff, M., Finney, J. W., & Moos, R. H. (1999). Gender differences in problem drinking and depression: different “vulnerabilities”? *American Journal of Community Psychology*, 27(1), 25–54.
- McKellar, J., Ilgen, M., Moos, B. S., & Moos, R. H. (2008). Predictors of changes in alcohol-related self-efficacy over 16 years. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 148–155.
- Merfert-Diete, C., & Soltau, R. (1984). *Frauen und Sucht: Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit*. Reinbeck: Rowohlt Taschenbuchverlag.
- Moos, R. H., Brennan, P. L., Schutte, K. K., & Moos, B. S. (2010). Older adults’ health and late-life drinking patterns: A 20-year perspective. *Aging & Mental Health*, 14(1), 33–43.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (2006). Rates and predicts of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, 101(2), 212–222.
- Morgan, M. Y., Landron, F., & Lehert, P. (2004). Improvement in quality of life after treatment for alcohol dependence with acamprosate and psychosocial support. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 28(1), 64–77.
- Morhart-Klute, V., & Soyka, M. (2002). Alkoholismus bei Frauen - Epidemiologie, klinisches Erscheinungsbild und Therapie. *Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie*, 3(1), 35–41.

- Mundle, G., Wormstall, H., & Mann, K. (1997). Die Alkoholabhängigkeit im Alter. *Sucht*, 43(3), 201–206.
- Musalek, M. (2008). Neue Wege in der Diagnostik der Alkoholkrankheit: Von einer Defizienz-orientierten zur Ressourcenorientierten Diagnostik. *Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie*, 9(3), 46–52.
- Neises, M., & Barolin, G. S. (2009). Gender-spezifische Aspekte in der Psychotherapie. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 159(11), 281–287.
- Oslin, D. W., Pettinati, H., & Volpicelli, J. (2002). Alcoholism treatment adherence: Older age predicts better adherence and drinking outcome. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(6), 740–747.
- Oslin, D. W., Slaymaker, V. J., Blow, F. C., Owen, P. L., & Colleran, C. (2005). Treatment outcomes for alcohol dependence among middle-aged and older adults. *Addictive Behaviors*, 30, 1431–1436.
- Ramo, D. E., Myers, M. G., & Brown, S. A. (2010). Self-efficacy mediates the relationship between depression and length of abstinence after treatment in youth but not adults. *Substance Use and Misuse*, 45(13), 2301–2322.
- Ramskogler, K., Hertling, I., Riegler, A., Semler, B., Zoghiami, A., Walter, H., & Lesch, O.M. (2001). Possible interaction between ethanol and drugs and their significance for drug therapy in the elderly. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 113, 363–370.
- Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Bronner, E., Scholler, G., Danzer, G., & Klapp, B. F. (2000). „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“ ein Teil der „allgemeinen Lebensqualität“. In M. Bullinger, J. Siegrist, & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und –soziologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (Band 18) (S. 206-221). Göttingen: Hogrefe.
- Rosenbloom, M. J., Sullivan, E. V., Sassoon, S. A., O'Reilly, A., Fama, R., Kemper, C. A., ... Pfefferbaum, A. (2007). Alcoholism, HIV Infection, and their comorbidity: Factors affecting self-rated health-related quality of life. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 68(1), 115–125.
- Rumpf, H.J. (2006). Diagnostik von alkoholbezogenen Störungen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19(4), 201–206.

- Schiepek, G., Noichl, F., Tischer, F., Honermann, H., & Elbing, E. (2001). Stationäre Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten: Evaluation eines systemisch-ressourcenorientierten Konzepts. *Psychotherapeut*, *46*(4), 243–251.
- Schlüter-Dupont, L. (1990). *Alkoholismustherapie: pathogenetische, psychodynamische, klinische und therapeutische Grundlagen*. Stuttgart: Schattauer.
- Schmidt, K.-H., & Metzler, P. (1992). *Wortschatztest*. Weinheim: Beltz.
- Schneider, S., Brenner, R., Funke, W., & Garbe, D. (2002). Abstinenzzuversicht und ihre Bedeutung für Therapieplanung und Prognose bei alkoholabhängigen Therapiewiederholern. *Suchttherapie*, *3*, 29–34.
- Scholz, H., Zingerle, H., & Quantschnig, B. (1995). Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten im höheren Lebensalter. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, *18*(1), 65–74.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für pädagogische Psychologie*, *44*, 28–53.
- Seidemann, G., Franke, G. H., Salewski, C., & Morfeld, C. (2010). Gender differences in health-related quality of life in an elderly group of people. *Zeitschrift Medizinische Psychologie*, *19*, 3–11.
- Tesch-Römer, C., & Wurm, S. (2009). Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In C. Tesch-Römer, K. Böhm, & T. Ziese (Hrsg.) *Gesundheit und Krankheit im Alter: Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts* (S. 7-20). Berlin: Robert Koch-Institut.
- The WHOQOL Group. (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, *41*(10), 1403–1409.
- Timko, C., Finney, J. W., & Moos, R. H. (2005). The 8-year course of alcohol abuse: gender differences in social context and coping. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *29*(4), 612–621.
- Uhl, A. (2013). Theorie und Evidenz in der Alkoholforschung und deren Relevanz für die Praxis. *Neurologie & Psychiatrie*, *6*(13), 28–31.

- Uhl, A., Bachmayer, S., Kobrna, U., Puhm, A., Springer, A., Kopf, N., Beiglböck, W., ... Musalek, M. (2009). *Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2009* (3., überarbeitete und ergänzte Ausgabe). Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Puhm, A., Strizek, J., Kobrna, U., & Musalek, M. (2013). *Handbuch Alkohol – Österreich Band 1: Formeln und Zahlen 2013* (5., vollständig überarbeitete Auflage). Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Uhl, A., & Kobrna, U. (2003). Epidemiologie des geschlechtsspezifischen Alkoholgebrauchs. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 26(3), 5–19.
- Uhl, A., Strizek, J., Puhm, A., Kobrna, U., & Springer, A. (2009). *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch – Erhebung 2008 Band 1: Forschungsbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Vogelgesang, M. (1999). Frauenspezifische Gruppentherapie bei Abhängigkeitserkrankungen. *Psychotherapeut*, 44(3), 167–175.
- Vogt, I. (1986). *Alkoholikerinnen – Eine qualitative Interviewstudie*. Freiburg in Breisgau: Lambertusverlag.
- Vogt, I. (2008). Frauen und Männer: Trinkmuster und Trinkfolgen Gemeinsamkeiten und Differenzen. 18. *Niedersächsische Suchtkonferenz, Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und –prävention, Berichte zur Suchtkrankenhilfe*, 6–19.
- Voßmann, U., & Geyer, D. (2006). Abhängigkeitserkrankungen im Alter: Therapeutische Erfahrungen mit älteren Patienten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19(4), 221–227.
- Wechdorn, H., & Günther, V. (1998). Stress und Stressbewältigung in der Gesundheitspsychologie. In I. Kryspin-Exner, B. Lueger-Schuster, & G. Weber, G. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie. Postgraduale Aus- und Weiterbildung* (S. 239-246). Wien: WUV.
- Welsh, J. A., Buchsbaum, D. G., & Kaplan, C. B. (1993). Quality of life of alcoholics and non-alcoholics: does excessive drinking make a difference in the urban setting? *Quality of Life Research*, 2, 335–340.
- Wetterling, T., Backhaus, J., & Junghanns, K. (2002). Sucht im Alter – Ein unterschätztes Problem in der klinischen Versorgung älterer Menschen? *Der Nervenarzt*, 73(9), 861–866.

- Weyerer, S. (2010). Suchtprobleme im höheren Lebensalter. *Public Health Forum*, 18(67), 13.e1–13e.3.
- WHO. (1950). Expert Committee on Mental Health: report on the first session of the alcoholism subcommittee. *World Health Organization technical report series*, 42, 1–24.
- WHO. (1954). Expert Committee on Alcohol. *World Health Organization technical report series*, 84, 1–16.
- WHO. (1964). WHO Expert Committee on Addiction-Producing Drugs Thirteenth Report. *World Health Organization technical report series*, 273, 1–20.
- WHO. (1980). Problems related to alcohol consumption. *World Health Organization technical report series*, 650, 1–72.
- WHO. (1994). *WHO Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Geneva: World Health Organization.
- Wiesbeck, G. A. (2003). Gender-specific issues in alcoholism – Introduction. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 223–224.
- Wiesmann U., Wendlandt, S., & Hannich, H.-J. (2004). Salutogenese im Alter – Kohärenzgefühl und psycho-soziale Widerstandsressourcen älterer aktiver Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 17(3), 179–193.
- Winkler, I., Buyantugs, L., Petscheleit, A., Kilian, R., Angermayer, M. C., & The WHOQOL-OLD Group (2003). Die interkulturelle Erfassung der Lebensqualität im Alter: Das WHOQOL-OLD-Projekt. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 16(4), 177–192.
- Wiscott, R., Kopera-Frye, K., & Begovic, A. (2002). Binge drinking in later life: Comparing young-old and old-old social drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(3), 252–255.
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2006). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Wolter, D. (2006). Sucht im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19(4), 189–193.

- Wondarz, N., Bobbe, G., Eichhammer, P., Weijers, H.G., Wiesbeck, G.A., & Johann, M. (2003). The candidate gene approach in alcoholism: Are there gender-specific differences? *Archives of Women's Mental Health*, 6, 225–230.
- Wrusch, V. (1995). *Frauenalkoholismus und Lebenslauf: Biographische Analysen*. Münster: Lit.
- Zeidler, D. H. (2009). *Intrapersonale Ressourcen in der Gesundheitsförderung: Die Bedeutung von Selbstwirksamkeitserwartung, Natur und Spiritualität für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit*. [Unveröffentlichte Diplomarbeit]. Wien: Universität Wien.
- Zeman, P. (2009). Sucht im Alter. *Informationsdienst Altersfragen*, 3, 10–14.
- Zenker (2005). Sucht und Gender. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48, 469–476.
- Zimbardo, P. G., & Gerrig, R. J. (1999). *Psychologie*. Berlin: Springer

KAPITEL 12 – TABELLENVERZEICHNIS

- Tabelle 1.* Personen- und umweltbezogene potentielle Ressourcen.
- Tabelle 2.* Die acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit des SF-36.
- Tabelle 3.* Die sieben Subskalen des FERUS.
- Tabelle 4.* Schwellenwerte des BDI II zur Einschätzung der Depressionsschwere.
- Tabelle 5.* *F*-Werte, Signifikanzwerte und partiales η^2 für die acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit des SF-36 über die Zeit für die Gesamtstichprobe.
- Tabelle 6.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit des SF-36 zu beiden Zeitpunkten für beide Altersgruppen.
- Tabelle 7.* *F*-Werte, Signifikanzwerte und partiales η^2 der acht Dimensionen subjektiver Gesundheit des SF-36 über die Zeit innerhalb der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen.
- Tabelle 8.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit des SF-36 zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der early-onset Alkoholabhängigen.
- Tabelle 9.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit des SF-36 zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der late-onset Alkoholabhängigen.
- Tabelle 10.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit des SF-36 zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der rezidiv Abhängigen.
- Tabelle 11.* *F*-Werte, Signifikanzwerte und partiales η^2 für die sieben Subdimensionen des FERUS über die Zeit in der Gesamtstichprobe.
- Tabelle 12.* Mittelwerte (*MW*), Standardabweichungen (*SD*) und transformierte *T*-Werte (*T*) der sieben Subdimensionen des FERUS zu beiden Zeitpunkten für beide Altersgruppen.

- Tabelle 13.* *F*-Werte, Signifikanzwerte und partial η^2 für die sieben Subdimensionen des FERUS über die Zeit innerhalb der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen.
- Tabelle 14.* Mittelwerte (*MW*), Standardabweichungen (*SD*) und transformierte *T*-Werte (*T*) der sieben Subdimensionen des FERUS zu beiden Zeitpunkten innerhalb der Gruppe der early-onset Alkoholabhängigen.
- Tabelle 15.* Mittelwerte (*MW*), Standardabweichungen (*SD*) und transformierte *T*-Werte (*T*) der sieben Subdimensionen des FERUS zu beiden Zeitpunkten innerhalb der Gruppe der late-onset Alkoholabhängigen.
- Tabelle 16.* Mittelwerte (*MW*), Standardabweichungen (*SD*) und transformierte *T*-Werte (*T*) der sieben Subdimensionen des FERUS zu beiden Zeitpunkten innerhalb der Gruppe der rezidiv Abhängigen.
- Tabelle 17.* *F*-Werte, Signifikanzwerte und partial η^2 für die Veränderung der vier Subdimensionen des CBI-G über die Zeit in der Gesamtstichprobe.
- Tabelle 18.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) für die vier Subdimensionen des CBI-G zu beiden Zeitpunkten in beiden Altersgruppen.
- Tabelle 19.* *F*-Werte, Signifikanzwerte und partial η^2 für die Veränderung der vier Subskalen des CBI-G in der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen.
- Tabelle 20.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der vier Subskalen des CBI-G zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der early-onset Alkoholabhängigen.
- Tabelle 21.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der vier Subskalen des CBI-G zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der late-onset Alkoholabhängigen.
- Tabelle 22.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der vier Subskalen des CBI-G zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der rezidiv Abhängigen.
- Tabelle 23.* *F*-Werte, Signifikanzwerte und partial η^2 für die Veränderung der zwei Dimensionen der AASE-G in der Gesamtstichprobe.
- Tabelle 24.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der Dimensionen der AASE-G zu beiden Zeitpunkten in beiden Altersgruppen.

- Tabelle 25.* *F*-Werte, Signifikanzwerte und partial η^2 der Veränderung der beiden Dimensionen der AASE-G in der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen.
- Tabelle 26.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der Dimensionen der AASE-G zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der early-onset Alkoholabhängigen.
- Tabelle 27.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der Dimensionen der AASE-G zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der late-onset Alkoholabhängigen.
- Tabelle 28.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der Dimensionen der AASE-G zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der rezidiv Abhängigen.
- Tabelle 29.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der Depressionsausprägung zu beiden Zeitpunkten in der Gesamtstichprobe.
- Tabelle 30.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der Depressionsausprägung zu beiden Zeitpunkten in den drei Subgruppen der älteren Alkoholabhängigen.
- Tabelle 31.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der subjektiv wichtigen sozialen Problembereiche in beiden Altersgruppen.
- Tabelle 32.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der subjektiv wichtigen beruflichen Problembereiche in beiden Altersgruppen.
- Tabelle 33.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der subjektiv wichtigen persönlichen Problembereiche in beiden Altersgruppen.
- Tabelle 34.* *F*-Werte, Signifikanzwerte und partial η^2 der persönlich wichtigen Problembereiche in der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen.
- Tabelle 35.* Mittelwerte (*MW*) und Standardabweichungen (*SD*) der wahrgenommenen Berücksichtigung aller Problembereiche in den beiden Altersgruppen.
- Tabelle 36.* *F*-Werte, Signifikanzwerte und partial η^2 der wahrgenommenen Berücksichtigung aller Problembereiche in der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen.

- Tabelle 37.* Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme des therapeutischen Basisangebots beider Altersgruppen.
- Tabelle 38.* Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der Interventionen bezüglich Begleiterkrankungen beider Altersgruppen.
- Tabelle 39.* Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der Sport und bewegungszentrierten Module beider Altersgruppen.
- Tabelle 40.* Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der Angebote der Sozialarbeit und beruflichen (Re-) Integration beider Altersgruppen.
- Tabelle 41.* Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der Kreativtherapien beider Altersgruppen.
- Tabelle 42.* Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der Angebote zur Lebens- und Freizeitgestaltung beider Altersgruppen.

KAPITEL 13 – ABBILDUNGSVERZEICHNIS

- Abbildung 1.* Altersverteilung in den beiden Altersgruppen.
- Abbildung 2.* Bildungsstand in den beiden Altersgruppen.
- Abbildung 3.* Berufliche Situation in den beiden Altersgruppen.
- Abbildung 4.* Beziehungsstand der beiden Altersgruppen.
- Abbildung 5.* Wohnsituation der beiden Altersgruppen.
- Abbildung 6.* Anzahl der nahestehenden Personen in den beiden Altersgruppen.
- Abbildung 7.* Bereiche für den Behandlungsanstoß im API in den beiden Altersgruppen.
- Abbildung 8.* Erfolgte Kontaktaufnahme mit dem API in den beiden Altersgruppen.
- Abbildung 9.* Anzahl stationärer Aufenthalte in den beiden Altersgruppen.
- Abbildung 10.* Anzahl der abhängigen Jahre in den beiden Altersgruppen.
- Abbildung 11.* Anzahl abstinenten Phasen in den beiden Altersgruppen
- Abbildung 12.* Dauer der abstinenten Phasen in beiden Altersgruppen.
- Abbildung 13.* Depressionsausprägung zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der jüngeren Alkoholabhängigen.
- Abbildung 14.* Depressionsausprägung zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen.
- Abbildung 15.* Zufriedenheit mit den TherapeutInnen in den beiden Altersgruppen
- Abbildung 16.* Zufriedenheit mit dem Aufenthalt in den beiden Altersgruppen
- Abbildung 17.* Wahrgenommener Nutzen der Angebote des API in den beiden Altersgruppen.

KAPITEL 14 – ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AASE-G	Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale – Deutsche Version
AMS	Arbeitsmarktservice
API	Anton Proksch Institut
BDI II	Beck Depressionsinventar II
C	Stressbewältigung
CBI-G	Coping Behaviours Inventory – Deutsche Version
DSM	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders
EHES	Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich
EOA	Early-onset Alkoholabhängige
FERUS	Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten
gbLQ	Gesundheitsbezogene Lebensqualität
H0	Nullhypothese
H1	Alternativhypothese
ICD-10	International Classificaton of Deseases
IQ	Intelligenzquotient
K-S-Test	Kolmogorov-Smirnov-Test
LOA	Late-onset Alkoholabhängige
MANOVA	Multivariate Varianzanalyse
<i>MW</i>	Mittelwert
NIAAA	The National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism
<i>p</i>	Signifikanzniveau
R	Personelle Ressourcen

RA	Rezidiv Abhängige
SD	Standardabweichung
SF-36	Fragebogen zum Gesundheitszustand
SOC	Sense of Coherence (Köhärenzgefühl)
SOK	Modell der selektiven Optimierung und Kompensation
SPSS	Statistical Package for Social Science
SW	Selbstwirksamkeitserwartung
TACOS	Transitions in Alcohol Consumption and Smoking
TH1	Fragebogen zur persönlichen Wichtigkeit verschiedener Problembereiche im Rahmen der Abhängigkeitsentstehung
TH2	Fragebogen zur Berücksichtigung persönlich wichtiger Problembereiche im Rahmen der Abhängigkeitsentstehung im therapeutischen Setting
TH3	Fragebogen zur Teilnahme an Therapieangeboten und zur Patientenzufriedenheit
tzp1	Zeitpunkt 1
tzp2	Zeitpunkt 2
VG	Versuchsgruppe
VGa	Gruppe der älteren Alkoholabhängigen
VGj	Gruppe der jüngeren Alkoholabhängigen
WHO	World Health Organization
WST	Wortschatztest
ZP	Zeitpunkt
η^2	Partielles Eta-Quadrat (Effektstärke)

ANHANG

Abstract

1.1 Deutsche Version

Die Untersuchung beschäftigte sich, aufbauend auf jener der Kolleginnen Lehner und Zeiler (2012), mit der Frage nach der möglichen Berücksichtigung altersspezifischer Bedürfnisse in einem altersgemischten Rehabilitationsprogramm bzw. der Notwendigkeit spezifischer gerontologischer Entzugsprogramme. Um dies zu beantworten wurde ein Vergleich zwischen zwei Altersgruppen hinsichtlich vierer vorab definierter Therapieerfolgsprädiktoren angestellt: gesundheitsbezogene Lebensqualität, personelle Ressourcen, Stressbewältigung und Selbstwirksamkeit. 51 alkoholabhängigen Frauen, davon 28 Personen 50 bis 75 Jahre alt (Gruppe der älteren Alkoholabhängigen) und 23 Personen 38 bis 49 Jahre alt (Gruppe der jüngeren Alkoholabhängigen), die eine Kurzzeittherapie (8 bis 6 Wochen) am Anton Proksch Institut absolvierten, wurden im Zuge der Untersuchung der SF-36, um Aufschluss über die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erhalten, der FERUS, zur Analysierung der personellen Ressourcen, die CBI-G, um etwas über die Stressbewältigung zu erfahren und die AASE-G, zur Abschätzung der Abstinenzzuversicht, vorgegeben. Es fand eine Voruntersuchung nach abgeschlossenem Entzug und eine zweite Untersuchung gegen Therapieende statt, woraus sich eine signifikante Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der personellen Ressourcen, der Stressbewältigung und der Abstinenzmotivation über die Therapie hinweg in der Gesamtstichprobe ergab. Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen konnten nicht aufgedeckt werden, es wurden ähnliche Verbesserungen in allen vier Variablen erreicht, wodurch von einem ähnlichen Therapieerfolg gesprochen werden kann. Daher wird von einer ausreichenden Berücksichtigung altersspezifischer Bedürfnisse im Anton Proksch Institut ausgegangen und die dringende Notwendigkeit einer speziell gerontologischen Entzugsbehandlung verneint.

1.2 English Version

The research, based on Lehner and Zeiler (2012), investigated on the question of the regard of age-related needs in a mixed-age rehabilitation program or rather the need for specific gerontological rehabilitation programs. To answer this, two age groups were compared in terms of four pre-defined predictors for successful therapy: health-related quality of life,

personal resources, coping and self-efficacy. 51 alcohol-dependent women, of which 28 were 50 to 75 years old (group of older alcohol addicts) and 23 38 to 49 years old (group of younger alcohol addicts) who completed a short-term therapy (6 to 8 weeks) at the Anton Proksch Institut, were in the course of investigation of the SF-36, to obtain information on the health-related quality of life, the FERUS, for analyzing the personal resources, the CBI-G, to learn about coping strategies and the AASE-G, for the estimation of abstinence self-efficacy. There was a preliminary assessment after completion of withdrawal and a second assessment at the end of therapy, resulting in a significant improvement in health-related quality of life, personal resources, coping and abstinence self-efficacy in the course of therapy across the total sample. Significant differences between the two age groups could not be detected, similar improvements were achieved in all four variables, thereby making it possible to speak of a similar therapeutic success. Therefore, a sufficient consideration of age-specific needs in the Anton Proksch Institut is assumed and the urgent need for a specific gerontological withdrawal treatment denied.

Fragebogenbatterie



universität
wien

Sehr geehrte Teilnehmerinnen!

Die Ihnen vorliegende Studie wird im Rahmen einer Diplomarbeit an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien in Zusammenarbeit mit dem Anton Proksch Institut durchgeführt und behandelt das Thema „Alkoholabhängigkeit im Alter“. Ziel des Projektes ist es, die Therapiechancen und –erfolge jüngerer und älterer alkoholabhängiger Frauen zu untersuchen und mögliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufzudecken, um so die Behandlung zukünftig besser an die Bedürfnisse der PatientInnen anpassen zu können. Mit Ihrer Mitarbeit leisten Sie einen wertvollen Beitrag für die Studie und helfen dabei, neue Erkenntnisse in diesem Bereich zu sammeln.

Ich möchte Sie bitten, sowohl zu Beginn als auch gegen Ende Ihres Aufenthaltes am Anton Proksch Institut eine Fragebogenbatterie zu bearbeiten. Das jeweilige Ausfüllen des Fragebogens wird ca. eine Stunde in Anspruch nehmen. Ihre **Teilnahme** an der Studie ist **ausnahmslos freiwillig**, d.h. Sie haben jederzeit das Recht, Pausen einzulegen oder auch die Testung abzubrechen. Diese Untersuchung dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken. Die durch Ihre Antworten gewonnenen Informationen werden **absolut vertraulich** behandelt und **anonym** ausgewertet, sodass zu keiner Zeit Rückschlüsse auf Ihre Identität gezogen werden können. Sämtliche Daten werden natürlich nicht an Außenstehende weitergegeben. Bitte bedenken Sie, dass es bei Ihrer Bearbeitung **keine richtigen oder falschen Antworten** gibt. Ich bitte Sie lediglich, **alle gestellten Fragen ehrlich und vollständig zu beantworten**, da dies eine wichtige Voraussetzung ist, um Ihre Angaben in die Untersuchung mit einbeziehen zu können.

Falls Sie Fragen zur Studie haben oder über deren Ergebnisse informiert werden möchten, können Sie mich gerne unter folgender Adresse kontaktieren:

Alexandra Schlerka: a0748541@unet.univie.ac.at bzw. 0676/793 73 52

VIELEN HERZLICHEN DANK FÜR IHRE TEILNAHME!

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin einverstanden, an der Studie teilzunehmen!

DATUM

UNTERSCHRIFT

Anfangsbuchstabe
VORNAME

Anfangsbuchstabe
NACHNAME

Tag des Geburtsdatums

Um die von Ihnen ausgefüllten Fragebögen richtig zuordnen zu können, möchte ich Sie bitten,
in die Kästchen ihren persönlichen Code einzutragen.

Dieser besteht aus den Anfangsbuchstaben Ihres Vor- und Nachnamens sowie dem Tag Ihres
Geburtsdatums.

BEISPIEL: **Anna Maier, geb. am 13.02.1955 → A M 13**

Aufnahmedatum:

Entlassungsdatum:

Datum erster Testung:

Datum zweiter Testung:

Soziodemografischer Fragebogen

Im ersten Abschnitt dieses Fragebogens werden Sie zu verschiedenen **persönlichen Daten** befragt. Sämtliche Ihrer Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und dienen ausschließlich statistischen Zwecken, um die Gesamtheit aller Teilnehmerinnen besser beschreiben zu können.

Bitte kreuzen sie pro Frage nur eine Antwortalternative an.

Wie alt sind Sie? _____

Bitte machen Sie Angaben über Ihr Herkunftsland:

Österreich

Anderes Land: _____

Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

Kein Abschluss

Pflichtschule

Lehre/Berufsschule

Fachschule ohne Matura

Matura/Abitur

Fachhochschule/Universität

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer derzeitigen beruflichen Situation:

berufstätig

nicht erwerbstätig

in Karenz

in Frühpension

in Pension

sonstige: _____

Falls Sie bereits in Frühpension/Pension sind: Mit welchem Alter sind Sie in Frühpension/Pension gegangen?

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Familienstand:

ledig

in einer Beziehung/Partnerschaft

verheiratet, zusammenlebend

verheiratet, getrennt lebend

geschieden

verwitwet

➔
Bitte wenden

Soziodemografischer Fragebogen

Bitte beschreiben Sie Ihre derzeitige Wohnsituation:	
allein lebend	<input type="checkbox"/>
mit Partner/in	<input type="checkbox"/>
mit Kind/ern	<input type="checkbox"/>
bei den Eltern bzw. einem Elternteil	<input type="checkbox"/>
Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/>
andere Wohnform (z.B. Pflegeheim, Seniorenwohnheim, etc.)	<input type="checkbox"/>

Wie viele nahestehende Personen und enge Freunde haben Sie zurzeit?	
0	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>
2 bis 4	<input type="checkbox"/>
mehr als 4	<input type="checkbox"/>

Was war für Sie der Hauptanstoß für eine Behandlung im Anton Proksch Institut (API)?	
Vermeidung von Problemen bzw. Konsequenzen:	
in der persönlichen Umgebung (Familie und Freundeskreis)	<input type="checkbox"/>
im gesundheitlichen Bereich (Krankheit, drohende Erkrankung)	<input type="checkbox"/>
im finanziell-materiellen Bereich (z.B. Arbeitsplatzzerhaltung)	<input type="checkbox"/>
im rechtlichen Bereich	<input type="checkbox"/>
andere Gründe, und zwar _____	

Durch wen wurde der Kontakt mit dem API in die Wege geleitet?	
durch mich persönlich	<input type="checkbox"/>
durch meine Familie oder Freunde	<input type="checkbox"/>
durch meine/n Hausarzt/Hausärztin oder Psychologen/in	<input type="checkbox"/>
durch ein Spital	<input type="checkbox"/>
durch meinen Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>
durch eine psychiatrische Institution	<input type="checkbox"/>
andere, und zwar _____	

Sind Sie zum ersten Mal in stationärer Behandlung?	
Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn Nein, wie oft waren sie zuvor in stationärer Behandlung? _____	



 Bitte wenden

Soziodemografischer Fragebogen

Bitte geben Sie an, mit welchem Alter Sie alkoholabhängig wurden:

Mit _____ Jahren

Gab es im Laufe Ihrer Suchterkrankung eine oder mehrere Phasen, in denen Sie länger als ein Jahr abstinent waren?

Nein

Ja

Wenn Ja, wie viele Phasen? _____

Wenn Ja, wie lange dauerte/n diese Phase/n?

mindestens 1 Jahr

zwischen 2-4 Jahre

zwischen 5-10 Jahre

länger als 10 Jahre

zwischen 15-20 Jahre

länger als 20 Jahre

Wenn Sie zwischenzeitlich abstinent waren, mit welchem Alter wurden Sie wieder rückfällig?

mit _____ Jahren

Wurde bei Ihnen schon einmal eine psychische Erkrankung festgestellt?

Nein

Ja

Wenn Ja, welche? _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine schwerwiegende körperliche Erkrankung festgestellt?

Nein

Ja

Wenn Ja, welche? _____

 Bitte wenden

Im Folgenden finden Sie Reihen mit jeweils sechs Wörtern. Darunter ist **aber immer nur ein reales Wort**, das Ihnen bekannt sein kann. Bitte **suchen Sie dieses Wort heraus und streichen Sie es durch**. Lesen Sie bitte jede Zeile durch und lassen Sie dabei keine aus. Bitte raten Sie nicht, es steht Ihnen genügend Zeit zur Verfügung.

Ronolie – Unidase – Orisal – Ironie – Nirol – Ikomie
Narchom – Monarch – Archimon – Sevarch – Charisker – Mondular
insivieren – tobasieren – okluvieren – lotatieren – tolerieren – keloterieren
Koratur – Vektation – Persavan – Seliton – Kelmation – Koalition
Kunsofat – Sulkason – Konsulat – Densodat – Subasor – Konsovar
Tortur – Rutsur – Torastal – Turtos – Korut – Tektorb
iopras – saroll – ralopk – rapoll – palrost – salopp
Malek – Kelmak – Almek – Makel – Nastel – Akelm
Fraksun – Fraktur – Raktie – Turtan – Aklur – Sagun
Kadseke – Kamlade – Kataske – Sabale – Kaskade – Haskase
inspizieren – pikistieren – negosieren – inklenieren – imaltieren – invigieren
Tilmad – Dailed – Laidel – Defain – Detail – Ailrod
Ritmun – Ritual – Duarid – Tiluralk – Riturdal – Utaled
Fisabol – Askiso – Fiasko – Briaske – Konfikus – Fialkon
Refilbe – Dilgede – Gedile – Figele – Gefilde – Lefide
Sobtion – Pavisol – Arkusion – Epuktion – Savasor – Eruption
Diskrepanz – Dekrepanz – Drusalik – Diskresat – Krepazid – Diskasenz
Phorestie – Reuphorsie – Euklopan – Euphorie – Phoskomie – Eusobek
konzalieren – ubitieren – prazieren – kinazipieren – nodalieren – konzipieren
Aldiktie – Lirekt – Relikt – Keriske – Selirikt – Espokrit
flagrant – falsevat – lasant – flagnal – agantal – granflot

 Bitte wenden

WST

Tuvot – Votum – Noktum – Knesam – Umfod – Vorkum
Kausaminat – Sobquität – Malesit – Kausalität – Abasitor – Rendosität
Noklentur – Disklatat – Nomenklatur – Menastat – Nomesur – Klaturat
Spresit – Pristit – Esphin – Kervat – Esprit – Ririt
Esiktion – Sevestor – Ditioned – Edifar – Kondikat – Edition
Akrophab – Brekamie – Abriskie – Akribie – Akrisal – Semalie
kontaminieren – minkieren – uzieren – kolgieren – telankieren – kortalimieren
Kobison – Subzerion – Sebodal – Suksessan – Lokasin – Sukzession
Kossume – Koltage – Voluke – Kolumne – Nemulke – Lomunke
Penkompium – Kasidor – Kompendium – Sagorin – Kamidion – Potorium
evident – elisent – detival – evelent – senisant – osalent
Vanzak – Regavent – Valtur – Kanzom – Vakanz – Kevanz
Koraspu – Komeskanz – Konkorval – Konkordanz – Dedkon – Kordukanz
ukusieren – usurpieren – abumieren – uspatieren – spousieren – usklere
Emonugett – Flasomat – Fleskulett – Geloett – Effoleset – Flageolett
puskerabel – abuldär – surabelisch – pentamal – kommensurabel – kommesbarul
Wigink – Zelkon – Witib – Sikis – Catib – Bilkeb
eskamotieren – kamosieren – lasbieren – esamieren – konalieren – moteskamieren
Rothurm – Kallune – Kassader – Nokhorm – Kothurn – Thurkam
Tesoritit – Kossanetrat – Itnirkat – Kassiterit – Teritterat – Kasprit
Duratt – Heddur – Herudd – Tesadd – Heddarn – Eddhor

 Bitte wenden

SF-36

Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre persönliche Beurteilung Ihres **Gesundheitszustandes**. Ihre Antworten ermöglichen es, nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und im Alltag zurecht kommen. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie unter allen Antwortmöglichkeiten jene auswählen, die am besten auf Sie zutrifft.

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	
Ausgezeichnet	<input type="checkbox"/>
Sehr gut	<input type="checkbox"/>
Gut	<input type="checkbox"/>
Weniger gut	<input type="checkbox"/>
Schlecht	<input type="checkbox"/>

Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	
Derzeit viel besser	<input type="checkbox"/>
Derzeit etwas besser	<input type="checkbox"/>
Unverändert	<input type="checkbox"/>
Derzeit etwas schlechter	<input type="checkbox"/>
Derzeit viel schlechter	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?			
TÄTIGKEITEN	<i>Ja, stark eingeschränkt</i>	<i>Ja, etwas eingeschränkt</i>	<i>Nein, gar nicht eingeschränkt</i>
Anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich beugen, knien, bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Bitte wenden

SF-36

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?		
SCHWIERIGKEITEN	JA	NEIN
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?		
SCHWIERIGKEITEN	JA	NEIN
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	
Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>
Etwas	<input type="checkbox"/>
Mäßig	<input type="checkbox"/>
Ziemlich	<input type="checkbox"/>
Sehr	<input type="checkbox"/>

Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?	
Ich hatte keine Schmerzen	<input type="checkbox"/>
Sehr leicht	<input type="checkbox"/>
Leicht	<input type="checkbox"/>
Mäßig	<input type="checkbox"/>
Stark	<input type="checkbox"/>
Sehr stark	<input type="checkbox"/>


 Bitte wenden

SF-36

Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und/oder im Beruf behindert?	
Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>
Ein bisschen	<input type="checkbox"/>
Mäßig	<input type="checkbox"/>
Ziemlich	<input type="checkbox"/>
Sehr	<input type="checkbox"/>

Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile jene Antwort an, die am ehesten Ihrem Befinden entspricht. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...						
	<i>immer</i>	<i>meistens</i>	<i>ziemlich oft</i>	<i>manchmal</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
...voller Schwung?	<input type="checkbox"/>					
...sehr nervös?	<input type="checkbox"/>					
...so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/>					
...ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>					
...voller Energie?	<input type="checkbox"/>					
...entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>					
...erschöpft?	<input type="checkbox"/>					
...glücklich?	<input type="checkbox"/>					
...müde?	<input type="checkbox"/>					

Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten, usw.) beeinträchtigt?	
Immer	<input type="checkbox"/>
Meistens	<input type="checkbox"/>
Manchmal	<input type="checkbox"/>
Selten	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>


 Bitte wenden

SF-36

Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?					
	<i>trifft ganz zu</i>	<i>trifft weitgehend zu</i>	<i>weiß nicht</i>	<i>trifft weitgehend nicht zu</i>	<i>trifft überhaupt nicht zu</i>
Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


 Bitte wenden

FERUS

Im Folgenden erhalten Sie eine Reihe von Aussagen. Diese Aussagen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 2 bis 3 Wochen einschließlich heute, also auf Ihre **derzeitige Situation**.
Bitte kreuzen Sie für jede Aussage die am ehesten zutreffende Antwort an.

	<i>stimmt nicht</i>	<i>stimmt wenig</i>	<i>stimmt mittelmäßig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt sehr</i>
Die Dinge, mit denen ich mich momentan am meisten beschäftige, werden mir in Zukunft noch von Nutzen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn mir jemand bei der Verwirklichung meiner Absichten und Ziele im Weg steht, finde ich trotzdem eine Möglichkeit, meine Vorstellungen durchzusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Konflikten, an denen ich nichts ändern kann, finde ich einen Weg, die Ruhe zu bewahren und mit diesem Problem fertig zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich einen Misserfolg habe, schaue ich mir mein Verhalten in allen Einzelheiten an und versuche zu verstehen, was schief gelaufen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss dringend neue Verhaltensweisen, die ich in der Therapie lerne/gelernt habe, daheim ausprobieren, so dass ich mich in Zukunft psychisch und/oder körperlich besser fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich nicht etwas an meiner Lebenssituation verändere, wird es in meinem Privatbereich immer schwieriger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um etwas Schwieriges zu erreichen, mache ich mir vorher klar, wie ich mich verhalten muss, um zum Ziel zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Konfliktsituationen gebe ich mich nicht geschlagen und versuche zumindest, einen Kompromiss heraus zu handeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die Fähigkeit, meine Probleme zu lösen wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich an einer Situation nichts ändern kann, versuche ich das Bestmögliche daraus zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Bitte wenden

FERUS

	<i>stimmt nicht</i>	<i>stimmt wenig</i>	<i>stimmt mittelmäßig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt sehr</i>
Wenn ich ein Ziel erreichen möchte und deswegen mit jemandem in einen Konflikt gerate, versuche ich diese Person dazu zu bringen, mir zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mal den Mut verliere, versuche ich an meine Erfolge zu denken, um mir wieder Mut zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde und/oder Angehörige, die mir auch mal gut zuhören, wenn ich ein Problem habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in der Lage, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn mal wieder etwas schief läuft und ich daran nichts ändern kann, versuche ich mich der Situation anzupassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich nicht etwas an meiner Lebenssituation verändere, wird es in meinem Beruf immer schwieriger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um ein Problem zu bewältigen, muss ich mir erst ein genaues Bild der gesamten Situation machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch wenn einmal alles schief läuft, glaube ich, dass es wieder aufwärts gehen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde und/oder Angehörige, die mich auch einfach mal umarmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um meine schlechten Gefühle nach einem Misserfolg loszuwerden, sage ich mir, dass es keine Katastrophe ist und dass ich weiter dran bleiben muss, um Erfolg zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In schwierigen Situationen verhalte ich mich meistens richtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, hole ich mir manchmal Rat, um mir klar zu werden, was ich in dieser Situation tun kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, ich werde in meinem Leben noch genug Zeit haben, Dinge zu tun, die mir Spaß machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Problemen, die nicht sofort zu bewältigen sind, versuche ich, in Ruhe abzuwarten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



 Bitte wenden

FERUS

	<i>stimmt nicht</i>	<i>stimmt wenig</i>	<i>stimmt mittelmäßig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt sehr</i>
Wenn ich ein wichtiges Ziel erreichen möchte, schaue ich mir an, wie ich mit meinem Verhalten die Situation am besten meistern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich in einer Situation Angst bekomme, sage ich mir: „Bleib ruhig, es ist keine Katastrophe“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mal krank bin, kann ich ohne zu zögern Freunde oder Angehörige bitten, für mich bestimmte Dinge zu erledigen (z.B. Einkaufen, Medikamente holen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich ein Ziel nicht erreiche, versuche ich herauszufinden, ob ich mein Verhalten ändern muss, um doch noch ans Ziel zu gelangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbst wenn sich die Ereignisse oder meine Probleme nur so überschlagen, glaube ich, dass ich damit klar komme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Problemsituationen denke ich oft in Ruhe nach und entwerfe einen Plan, um diese Situation zu meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte meine jetzige private oder berufliche Situation verändern, weil ich mit vielen Dingen unzufrieden bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn mich meine Probleme mal überwältigen, sage ich mir „Kopf hoch, es ist nicht so schlimm“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte lernen, mit schwierigen Situationen besser umgehen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich über ein Problem reden möchte, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was auch immer passiert, ich weiß, wie ich mir selber helfen oder mir Hilfe holen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal lasse ich die Dinge und Probleme wie sie sind und kann damit auch gelassen umgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte mit den Dingen, die ich in der Therapie lerne bzw. gelernt habe, meine Probleme lösen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch wenn ich mich ganz unten fühle, versuche ich mir aufmunternde Dinge vorzusagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


 Bitte wenden

FERUS

	<i>stimmt nicht</i>	<i>stimmt wenig</i>	<i>stimmt mittelmäßig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt sehr</i>
In schwierigen Situationen fällt mir meistens etwas Kreatives ein, um die Situation zum Besseren zu wenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei manchen Freunden und/oder Angehörigen kann ich ohne Bedenken auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für meine Probleme habe ich meistens eine gute Lösung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um ein Problem zu lösen, ist es für mich wichtig, mein eigenes Verhalten in dieser Situation genau zu kennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mal starke Angst oder Depressionen habe, dann denke ich mir: „das ist schon O.K., jeder hat das mal“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Dinge in meinem Leben, die ich verändern möchte, weil es so wie bisher für mich nicht mehr befriedigend ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube das Leben wird für mich noch viele Chancen bereithalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbst wenn ich durch ein Problem ganz angespannt bin, weiß ich, wie ich mich wieder entspannen und damit fertig werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mit dieser Therapie den ersten Schritt in die richtige Richtung getan und möchte nun mein Leben in einigen Bereichen verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um ein Problem zu lösen, überlege ich mir oft einen Plan, um es zu beseitigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich nicht mehr weiter weiß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Probleme auftauchen, weiß ich, dass ich die Fähigkeit habe, damit umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine jetzigen Erfahrungen sind eine gute Vorbereitung zur Bewältigung künftiger Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist mir sehr wichtig, neue Verhaltensweisen zu lernen, um mit Problemen und Konflikten besser umgehen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



 Bitte wenden

FERUS

	<i>stimmt nicht</i>	<i>stimmt wenig</i>	<i>stimmt mittelmäßig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt sehr</i>
Auch wenn ich mal einen Fehler mache, gibt es Menschen, die zu mir halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Probleme auftauchen, brauche ich nur zu überlegen und es fallen mir meist mehrere Ideen ein, wie ich damit fertig werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich setze viel Hoffnung in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, dass die Therapie (in der Klinik) mir hilft bzw. geholfen hat, Verhaltensweisen zu lernen, die ich auch Zuhause anwenden kann, um einige Lebensbereiche besser zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen Freundeskreis, zu dem ich mich zugehörig fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, dass ich in Zukunft etwas bei mir verändern muss, damit es mir psychisch und/oder körperlich besser geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde in meinem Leben noch viele schöne Dinge erleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich eine schlechte Angewohnheit loswerden möchte, versuche ich erst die Gründe herauszufinden, die diese Angewohnheit unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt einen sehr vertrauten Menschen, auf dessen Hilfe ich mich jederzeit verlassen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte unbedingt einige Dinge in meinem Leben verändern, so dass ich wieder Freude am Leben finde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, dass ich die Dinge erreichen kann, die ich mir wünsche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, denen ich meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es mir peinlich wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manche Dinge, die vor mir liegen, sind zwar schwer zu bewältigen, aber ich werde es schon schaffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➔
Bitte wenden

BDI-II

Der folgende Aufgabenteil enthält 21 Gruppen von Aussagen. Lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe **eine Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben**. Kreuzen sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben. Wenn in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen, das gilt auch für Gruppe 16 (Veränderungen der Schlafgewohnheiten) oder Gruppe 18 (Veränderungen des Appetits).

1.) Traurigkeit	
Ich bin nicht traurig.	0
Ich bin oft traurig.	1
Ich bin ständig traurig.	2
Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalten kann.	3

2.) Pessimismus	
Ich bin nicht mutlos, was meine Zukunft angeht.	0
Ich bin mutloser als früher, was meine Zukunft angeht.	1
Ich glaube nicht, dass sich meine Lage verbessert.	2
Ich habe das Gefühl, dass es keine Hoffnung gibt für meine Zukunft und es nur noch schlimmer wird.	3

3.) Frühere Misserfolge	
Ich fühle mich nicht als Versager.	0
Ich habe öfter versagt, als ich sollte.	1
Wenn ich zurück blicke, sehe ich eine Menge Misserfolge.	2
Ich fühle mich persönlich als totaler Versager.	3

4.) Verlust von Freude	
Ich habe so viel Freude wie immer an den Dingen, die mir Spaß machen.	0
Ich habe nicht mehr so viel Spaß an den Dingen wie früher.	1
Ich habe sehr wenig Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben.	2
Ich habe keine Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben.	3


 Bitte wenden

BDHI

5.) Schuldgefühle	
Ich habe keine besonderen Schuldgefühle.	0
Ich habe bei vielen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen, Schuldgefühle.	1
Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle.	2
Ich habe ständig Schuldgefühle.	3

6.) Gefühle, bestraft zu werden	
Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu werden.	0
Ich habe das Gefühl, dass ich vielleicht für etwas bestraft werde.	1
Ich glaube, dass ich für etwas bestraft werde.	2
Ich habe das Gefühl, für etwas bestraft zu werden.	3

7.) Abneigung gegen sich selbst	
Meine Gefühle mir gegenüber sind die gleichen geblieben.	0
Ich habe das Vertrauen in mich verloren.	1
Ich bin von mir selbst enttäuscht.	2
Ich mag mich nicht.	3

8.) Selbstvorwürfe	
Ich bin mir selbst gegenüber nicht kritischer als sonst und mache mir nicht mehr Vorwürfe als sonst.	0
Ich bin mir selbst gegenüber kritischer als früher.	1
Ich mache mir Vorwürfe für alle meine Fehler.	2
Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert.	3

9.) Selbstmordgedanken oder -wünsche	
Ich denke nicht daran, mich umzubringen.	0
Ich habe Selbstmordgedanken, aber ich würde sie nicht ausführen.	1
Ich möchte mich umbringen.	2
Ich würde mich umbringen, wenn ich die Möglichkeit hätte.	3

10.) Weinen	
Ich weine nicht mehr als früher.	0
Ich weine mehr als früher.	1
Ich weine wegen jeder Kleinigkeit.	2
Mir ist nach Weinen zumute, aber ich kann nicht.	3


 Bitte wenden

BDI-II

11.) Unruhe	
Ich bin nicht unruhiger oder erregter als sonst.	0
Ich bin unruhiger oder erregter als sonst.	1
Ich bin so unruhig oder erregt, dass es schwer ist, mich zu bewegen.	2
Ich bin so unruhig oder erregt, dass ich ständig in Bewegung bleiben oder etwas tun muss.	3

12.) Interesselosigkeit	
Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren.	0
Ich bin weniger an anderen Menschen oder Dingen interessiert als vorher.	1
Ich habe mein Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren.	2
Es ist schwer, für irgendetwas Interesse aufzubringen.	3

13.) Entschlussunfähigkeit	
Ich treffe Entscheidungen etwa so leicht wie immer.	0
Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.	1
Ich habe viel größere Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, als früher.	2
Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen.	3

14.) Wertlosigkeit	
Ich fühle mich nicht wertlos.	0
Ich halte mich nicht so wertvoll und nützlich wie früher.	1
Ich habe das Gefühl, weniger Wert zu sein als andere Menschen.	2
Ich habe das Gefühl, völlig wertlos zu sein.	3

15.) Verlust an Energie	
Ich habe so viel Energie wie immer.	0
Ich habe weniger Energie als früher.	1
Ich habe nicht genügend Energie, sehr viel zu tun.	2
Ich habe nicht genügend Energie, irgendetwas zu tun.	3



 Bitte wenden

BDHI

16.) Veränderung der Schlafgewohnheiten	
Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht geändert.	0
Ich schlafe etwas mehr als sonst.	1a
Ich schlafe etwas weniger als sonst.	1b
Ich schlafe viel mehr als sonst.	2a
Ich schlafe viel weniger als sonst.	2b
Ich schlafe die meiste Zeit des Tages.	3a
Ich wache 1-2 Stunden zu früh auf und kann dann nicht mehr einschlafen.	3b

17.) Reizbarkeit	
Ich bin nicht reizbarer als sonst.	0
Ich bin reizbarer als sonst.	1
Ich bin viel reizbarer als sonst.	2
Ich bin ständig reizbar.	3

18.) Veränderungen des Appetits	
Mein Appetit hat sich nicht verändert.	0
Mein Appetit ist etwas kleiner als sonst.	1a
Mein Appetit ist etwas größer als sonst.	1b
Mein Appetit ist viel kleiner als sonst.	2a
Mein Appetit ist viel größer als sonst.	2b
Ich habe überhaupt keinen Appetit.	3a
Ich habe ständig großen Hunger	3b

19.) Konzentrationsschwierigkeiten	
Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer.	0
Ich kann mich nicht so gut konzentrieren wie sonst.	1
Es fällt mir schwer, mich sehr lange auf etwas zu konzentrieren.	2
Ich kann mich auf gar nichts konzentrieren.	3

20.) Müdigkeit	
Ich bin nicht müder als sonst.	0
Ich werde schneller müde als sonst.	1
Ich bin für viele Dinge, die ich früher gern getan habe, zu müde.	2
Ich bin für die meisten Dinge, die ich früher gern getan habe, zu müde.	3


 Bitte wenden

BDI-II

21.) Verlust des Interesses am Sex	
Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses am Sex bemerkt.	0
Ich habe weniger Interesse am Sex als früher.	1
Ich habe jetzt viel weniger Interesse am Sex.	2
Ich habe das Interesse am Sex völlig verloren.	3


Bitte wenden

CBI-G

In Momenten, in denen Sie den Wunsch verspüren, wieder Alkohol zu trinken, wie schaffen Sie es, sich davon abzuhalten? Es folgt eine **Liste von Wegen, die Menschen probiert haben, um sich vom Trinken abzuhalten. Welche von diesen Wegen haben Sie versucht?**

Bitte kreuzen Sie jene Antwort an, die dem am nächsten kommt, wie oft Sie diesen Weg benutzt haben, um sich selbst vom Trinken abzuhalten. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten oder Trickfragen.

Wir möchten von Ihnen erfahren, was Sie versucht haben.

	<i>meistens</i>	<i>oft</i>	<i>manchmal</i>	<i>nie</i>
Ich habe daran gedacht, wie viel besser es mir geht, wenn ich nicht trinke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen Freund angerufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich in der Gesellschaft von Menschen aufgehalten, die keinen Alkohol trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe meine Gedanken in eine positive Richtung gelenkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe an die Schwierigkeiten gedacht, in die ich mich durch das Alkoholtrinken gebracht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe innegehalten, meine Beweggründe überprüft und die falschen über Bord geworfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe an Versprechungen gedacht, die ich anderen gemacht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin im Haus geblieben, habe mich versteckt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe innegehalten und von vorne bis hinten den Teufelskreis des Trinkens nachvollzogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mein Geld zuhause gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir deutlich gemacht, dass das Leben nicht rosarot ist, aber dass das Trinken keine Lösung darstellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zu einem Treffen einer Selbsthilfegruppe gegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir klargemacht, dass ich, wenn ich nicht trinke, anderen in die Augen sehen kann, ohne Angst davor, was sie über mich denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich selbst ermutigt, indem ich mir stattdessen etwas Besonderes kaufe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich meinen schlechten Gefühlen gestellt, statt sie zu ertränken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe fleißiger oder härter gearbeitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir klargemacht, dass es das nicht wert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Bitte wenden

CBI-G

	<i>meistens</i>	<i>oft</i>	<i>manchmal</i>	<i>nie</i>
Ich habe gewartet, bis alles geschlossen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich daran erinnert, wie ich meine Familie und Freunde in der Vergangenheit im Stich gelassen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich von Menschen ferngehalten, die Alkohol trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen Spaziergang gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die positive Seite gesehen und versucht, damit aufzuhören, für mich Entschuldigungen zu suchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir klar gemacht, dass es meine Gesundheit beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich zuhause mit etwas beschäftigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe an die Folgen gedacht, die es für meine Familie haben wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir das schöne Leben in Erinnerung gerufen, das ich ohne trinken haben kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Kontakt gesucht zu alten Trinkfreunden, die sich jetzt gebessert haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich dazu entschieden, damit aufzuhören, mich selbst an der Nase herumzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine gute Mahlzeit zu mir genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Orte vermieden, wo ich getrunken habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe an die vielen Menschen gedacht, die mir geholfen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir gesagt, dass es mir gut geht und dass ich möchte, dass es weiterhin so ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin ins Bett gegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe daran gedacht, welchen Einfluss es auf meine Familie haben wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich dazu gezwungen, zur Arbeit zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe versucht, mich dem Leben zu stellen, statt mich davor zu verstecken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Bitte wenden

AASE-G

Sie finden im Folgenden eine Reihe von Situationen, die einige Menschen zum Trinken verleiten können. Zuerst möchten wir von Ihnen wissen: Wie sehr sind Sie versucht, in den einzelnen Situationen zu trinken. Bitte kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die am besten beschreibt, **wie sehr Sie zum jetzigen Zeitpunkt durch die Situation in Versuchung geraten.**

	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>mäßig</i>	<i>sehr</i>	<i>äußerst</i>
Wenn es mich quält, mit dem Trinken aufgehört zu haben oder wenn ich Entzugserscheinungen habe.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich Kopfschmerzen habe.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich mich traurig fühle.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich im Urlaub bin und mich entspannen möchte.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich um jemanden besorgt bin.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich sehr beunruhigt bin und mir um jemanden Sorgen mache.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich den Drang verspüre, nur ein einziges alkoholisches Getränk zu probieren, um zu sehen, was dann passiert.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich in einer sozialen Situation ein alkoholisches Getränk angeboten bekomme.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich davon träume, ein alkoholisches Getränk zu mir zu nehmen.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich meine Willenskraft über das Trinken testen möchte.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich ein körperliches Bedürfnis oder ein starkes Verlangen nach Alkohol verspüre.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich körperlich erschöpft bin.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich körperliche Verletzungen oder Schmerzen habe.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich so frustriert bin, dass ich in die Luft gehen könnte.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich Andere in einer Gaststätte oder bei einer Feier trinken sehe.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich das Gefühl habe, dass bei mir alles schief läuft.	<input type="checkbox"/>				
Wenn Menschen, mit denen ich früher getrunken habe, mich zum Alkoholtrinken auffordern.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich ärgerlich bin.	<input type="checkbox"/>				
Wenn mich ganz unerwartet das Verlangen oder der Drang trifft, etwas Alkoholisches zu trinken.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich voller Freude bin oder mit anderen feiere.	<input type="checkbox"/>				

Bitte wenden 

AASE-G

Unten aufgeführt finden Sie eine Reihe von Situationen, die einige Menschen zum Trinken verleiten. Wir möchten nun von Ihnen wissen, **wie sicher Sie sind, dass Sie in dieser Situation nicht trinken**. Bitte kreuzen Sie wiederum die Antwort an, die am besten beschreibt, wie sicher Sie sich in der jeweiligen Situation sind.

	<i>überhaupt nicht sicher</i>	<i>Wenig sicher</i>	<i>mäßig sicher</i>	<i>sehr sicher</i>	<i>absolut sicher</i>
Wenn es mich quält, mit dem Trinken aufgehört zu haben oder wenn ich Entzugserscheinungen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Kopfschmerzen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich traurig fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich im Urlaub bin und mich entspannen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich um jemanden besorgt bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich sehr beunruhigt bin und mir um jemanden Sorgen mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich den Drang verspüre, nur ein einziges alkoholisches Getränk zu probieren, um zu sehen, was dann passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich in einer sozialen Situation ein alkoholisches Getränk angeboten bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich davon träume, ein alkoholisches Getränk zu mir zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich meine Willenskraft über das Trinken testen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich ein körperliches Bedürfnis oder ein starkes Verlangen nach Alkohol verspüre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich körperlich erschöpft bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich körperliche Verletzungen oder Schmerzen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich so frustriert bin, dass ich in die Luft gehen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Andere in einer Gaststätte oder bei einer Feier trinken sehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich das Gefühl habe, dass bei mir alles schief läuft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Menschen, mit denen ich früher getrunken habe, mich zum Alkoholtrinken auffordern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich ärgerlich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn mich ganz unerwartet das Verlangen oder der Drang trifft, etwas Alkoholisches zu trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich voller Freude bin oder mit anderen feiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Bitte wenden

FB TH 1

Im letzten Teil des Fragebogens sind mögliche Problembereiche aufgelistet, die im alltäglichen Leben von Bedeutung sein können. Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden **Problembereiche** für Sie **persönlich wichtig und zutreffend** sind und deshalb **im Zuge der Therapie Ihrer Alkoholabhängigkeit bearbeitet** werden sollten.

SOZIALES					
	<i>unwichtig</i>	<i>mäßig wichtig</i>	<i>wichtig</i>	<i>sehr wichtig</i>	<i>äußerst wichtig</i>
Verlust nahestehender Personen	<input type="checkbox"/>				
familiäre Belastungen (z.B. Partnerschaftsprobleme, häufige Auseinandersetzungen in der Familie, etc.)	<input type="checkbox"/>				
soziale Belastungen (z.B. Ausgrenzung, Isolation, Einsamkeit, etc.)	<input type="checkbox"/>				

BERUFLICHES					
	<i>unwichtig</i>	<i>mäßig wichtig</i>	<i>wichtig</i>	<i>sehr wichtig</i>	<i>äußerst wichtig</i>
Belastungen im Beruf (z.B. Stress, Probleme mit Vorgesetzten/Kollegen, Überforderung, etc.)	<input type="checkbox"/>				
Belastungen durch den Verlust beruflicher Tätigkeiten (z.B. durch Pensionierung, Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzsuche, etc.)	<input type="checkbox"/>				

PERSÖNLICHES					
	<i>unwichtig</i>	<i>mäßig wichtig</i>	<i>wichtig</i>	<i>sehr wichtig</i>	<i>äußerst wichtig</i>
Verlust der Eigenständigkeit	<input type="checkbox"/>				
Belastungen durch körperliche Einschränkungen (z.B. altersbedingte Gebrechlichkeit, Verletzungen, Erkrankungen, etc.)	<input type="checkbox"/>				
Belastungen durch geistige Einschränkungen (z.B. Gedächtnis- oder Konzentrationsprobleme, nachlassende Merkfähigkeit, etc.)	<input type="checkbox"/>				
Belastungen durch Minderwertigkeitsgefühle	<input type="checkbox"/>				
Finanzielle Probleme (z.B. geringeres Einkommen, erhöhte Ausgaben, Verschuldung, etc.)	<input type="checkbox"/>				

FB TH 2

In diesem Teil des Fragebogens sind mögliche Problembereiche aufgelistet, die im alltäglichen Leben von Bedeutung sein können. Bitte geben Sie eine persönliche Einschätzung ab, inwieweit auf die folgenden **Problembereiche im Zuge der Therapie Ihrer Alkoholabhängigkeit eingegangen wurde**.

SOZIALES					
	<i>gar nicht</i>	<i>zu wenig</i>	<i>mäßig</i>	<i>ausreichend</i>	<i>in idealem Ausmaß</i>
Verlust nahestehender Personen	<input type="checkbox"/>				
familiäre Belastungen (z.B. Partnerschaftsprobleme, häufige Auseinandersetzungen in der Familie, etc.)	<input type="checkbox"/>				
soziale Belastungen (z.B. Ausgrenzung, Isolation, Einsamkeit, etc.)	<input type="checkbox"/>				

BERUFLICHES					
	<i>gar nicht</i>	<i>zu wenig</i>	<i>mäßig</i>	<i>ausreichend</i>	<i>in idealem Ausmaß</i>
Belastungen im Beruf (z.B. Stress, Probleme mit Vorgesetzten/Kollegen, Überforderung, etc.)	<input type="checkbox"/>				
Belastungen durch den Verlust beruflicher Tätigkeiten (z.B. durch Pensionierung, Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzsuche, etc.)	<input type="checkbox"/>				

PERSÖNLICHES					
	<i>gar nicht</i>	<i>zu wenig</i>	<i>mäßig</i>	<i>ausreichend</i>	<i>in idealem Ausmaß</i>
Verlust der Eigenständigkeit	<input type="checkbox"/>				
Belastungen durch körperliche Einschränkungen (z.B. altersbedingte Gebrechlichkeit, Verletzungen, Erkrankungen, etc.)	<input type="checkbox"/>				
Belastungen durch geistige Einschränkungen (z.B. Gedächtnis- oder Konzentrationsprobleme, nachlassende Merkfähigkeit, etc.)	<input type="checkbox"/>				
Belastungen durch Minderwertigkeitsgefühle	<input type="checkbox"/>				
Finanzielle Probleme (z.B. geringeres Einkommen, erhöhte Ausgaben, Verschuldung, etc.)	<input type="checkbox"/>				

 Bitte wenden

FB TH 3

Im Folgenden finden Sie eine Liste mit verschiedenen Angeboten und Aktivitäten des Anton Proksch Instituts.
Bitte geben Sie an, ob Sie an den folgenden Angeboten teilgenommen haben, und wenn JA, wie oft.

THERAPEUTISCHES BASISANGEBOT UND SUCHTSPEZIFISCHE INTERVENTIONEN			
	Nein	Ja	Wie oft
Einzelgespräche mit meinem/r Therapeuten/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kleingruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Großgruppe mit allen PatientInnen der Abteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Betreuung und Gespräche mit Pflegepersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kontakt zur Sozialarbeit (Haus G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ernährungsberatung/ Diätologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rückfallpräventionsgruppe/ Gruppe für Rückfällige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Raucherentwöhnungsgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spielergruppe (Internet- und Glücksspielsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

INTERVENTIONEN BEZÜGLICH BEGLEITERKRANKUNGEN			
	Nein	Ja	Wie oft
Gruppentraining für soziale Kompetenz (Selbstbehauptungsgruppe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Progressive Muskelentspannung nach Jacobson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gedächtnistraining im Psychologischen Bereich (Brain-Jogging)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Biofeedback	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SPORT UND BEWEGUNGSZENTRIERTE MODULE			
	Nein	Ja	Wie oft
aktives Erwärmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Training in der Kraftkammer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nordic Walking (Stöcke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körperwahrnehmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laufen (organisiert in Gruppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Physiotherapeutische Behandlung (einzeln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wirbelsäulengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spaziergang / Wandern in Gruppen (Bewegungstherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fußball und/ oder Volleyball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
QiGong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Therapeutische Rückenschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

 Bitte wenden

FB TH 3

ANGEBOTE DER SOZIALARBEIT UND DER BERUFLICHEN (RE-) INTEGRATION			
	<i>Nein</i>	<i>Ja</i>	Wie oft
Lernzentrum (z.B. ECDL, EBCL, Sprachen, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeitstherapie/ Allround Training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beratung durch Wiener Berufsbörse/ AMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kontakt zu sozialökonomischem Betrieb oder Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

KREATIVTHERAPIEN			
	<i>Nein</i>	<i>Ja</i>	Wie oft
Aktivgruppe in der Werkstatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gartengruppe (klinisches Gärtnern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besuch in der freien Werkstatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mal- und Gestaltungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kreativkurse (Malen, Ton, Speckstein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANGEBOTE ZUR LEBENS- UND FREIZEITGESTALTUNG			
	<i>Nein</i>	<i>Ja</i>	Wie oft
Philosophicum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kinotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Freizeit- und Kulturausflüge mit Schwester Franzl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
therapeutische Tag- und Nachtausgänge (Mi., Sa., So.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wenn Sie nun nochmals kurz über Ihren gesamten Aufenthalt am Anton Proksch Institut nachdenken, wie zufrieden waren Sie mit...					
	<i>gar nicht zufrieden</i>	<i>wenig zufrieden</i>	<i>mäßig zufrieden</i>	<i>sehr zufrieden</i>	<i>äußerst zufrieden</i>
Ihren TherapeutInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihrem Aufenthalt an sich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie hilfreich waren die therapeutischen Angebote am Anton Proksch Institut für Sie?				
<i>gar nicht hilfreich</i>	<i>wenig hilfreich</i>	<i>mäßig hilfreich</i>	<i>sehr hilfreich</i>	<i>äußerst hilfreich</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Curriculum Vitae

Name: Alexandra Schlerka

Ausbildung

- seit 03/08: **Universität Wien**
 Diplomstudium der Psychologie
- Schwerpunkte: Klinische und Gesundheitspsychologie
 - Pflicht-Praktikum: Anton Proksch Institut, Wien
 Tätigkeiten unter Supervision: strukturierte Anamneseerhebung an alkohol-, medikamentenabhängigen und pathologisch spielsüchtigen Frauen und Männern, Einblick in deren psychologische Behandlung im Einzel- und Gruppensetting, Durchführung des neuropsychologischen Funktionstrainings, Psychologische Diagnostik, Teilnahme an Gruppentherapien, Teilnahme an Befund- und Fallbesprechungen im psychologischen Bereich
 - Diplomarbeit: Alkoholabhängigkeit im Alter mit dem Fokus auf Frauen
- 09/99 – 06/07: **Gymnasium Sacré Coeur Pressbaum**
 (Matura mit gutem Erfolg)

Berufserfahrung & Praktika

- seit 03/10: Peek & Cloppenburg Wien Vösendorf – Kassa/Warenausgabe
- 07/08 - 07/09: Österreichische Post AG – Praktikantin (Bank- und Posttätigkeiten)
- 12/08 – 01/09: Österreichische Post AG – w.o.
- 07/08 – 08/08: Österreichische Post AG – w.o.
- 07/06: Tiergarten Schönbrunn – Praktikantin (Eissalon)

Auslandsaufenthalte

09/05 Frankreich (Sprachreise)

Zusatzqualifikationen

10/12-06/13 Vertiefende Ausbildung in Medizinischer Psychologie
 Patientenanamnese in verschiedenen Krankenhäusern und Kliniken Medizinische Universität, Wien

10/12-01/13 Praktikum zum psychologischen Diagnostizieren
Rehabilitationsdiagnostik bei Erwachsenen
Anton Proksch Institut, Wien

Kompetenzen

Sprachen:

Deutsch	Muttersprache
Englisch	fließend in Wort und Schrift
Französisch	fortgeschritten in Wort und Schrift
Serbo-Kroatisch	Grundkenntnisse

Methoden/EDV

sehr gute Kenntnisse:
SPSS, MS Office, Power Point, Webdesign

Sonstige: 4-jährige Ausbildung in Latein

Interessen Sport, Literatur, Wellness, Reisen

Originalitätserklärung

Ich, Alexandra Schlerka, versichere, dass

1. ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne Verwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst und mich im Zuge dessen auch keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
2. alle Ausführungen und Angaben der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, als solche explizit gekennzeichnet wurden.
3. dieses Exemplar mit der beurteilten Arbeit ident ist.
4. diese Diplomarbeit bisher weder im In- oder Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt wurde.