

Abschlussarbeit im Rahmen  
des Fachspezifikums Existenzanalyse

**Die Existenzskala als möglicher Prädiktor für  
Alkoholrückfälligkeit und Inanspruchnahme  
von Nachsorgeangeboten**

Eine Untersuchung an der Entwöhnungsstation B4  
des Psychiatrischen Krankenhauses Hall in Tirol

eingereicht bei: Dr. Christine Orgler  
Mag. Doris Fischer – Danzinger

im März 2007

vorgelegt von: Dr. Sabine Fröhlich-Walser

## DANKE

An meine beiden Lehrtherapeutinnen Dr. Christine Orgler und Mag. Doris Fischer-Danzinger, die unseren Lehrgang geleitet haben.

Vielen Dank an Christine und Doris, die meine Abschlussarbeit betreut haben.

Auch meinen AusbildungskollegInnen möchte ich herzlich danken für viele gute Gruppenerfahrungen und den respektvollen Umgang miteinander.

Danke auch meinem Arbeitgeber, der mir einerseits therapeutische Arbeit und andererseits auch die Durchführung dieser Untersuchung ermöglicht hat. Vielen Dank an Univ.-Doz. Dr. Christian Haring, M.sc., der wissenschaftliche Arbeiten immer sehr fördert und ein offener Ansprechpartner ist.

Bedanken möchte ich mich auch beim Stationsteam der Station B4 des Psychiatrischen Krankenhauses Hall unter der Leitung von OA. Dr. Manfred Müller, M.sc., das mich in der anstrengenden Untersuchungsphase unterstützt hat.

Der größte Dank geht an alle Patientinnen und Patienten, die an dieser Untersuchung teilgenommen haben!

## KURZZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT

An der Entwöhnungsstation eines Psychiatrischen Krankenhauses wurden insgesamt 51 alkoholranke Patienten einer Untersuchung unterzogen. Erhoben wurden soziodemographische und suchtspezifische Variablen und es erfolgte eine testpsychologische Untersuchung mittels Existenzskala (ESK) und Symptom Check-Liste. Nach einem halben Jahr erfolgte eine Nachuntersuchung. Die Untersuchung sollte einerseits zeigen, wie viele Personen rückfällig geworden waren und welche Faktoren den Rückfall beeinflussten und andererseits wie viele Patienten überhaupt regelmäßig eine Nachsorge in Anspruch genommen hatten. Daraus ergäbe sich die Möglichkeit, Patienten einer eventuellen Risikogruppe frühzeitig zu identifizieren und durch psychologische und existenzanalytische Therapien zusätzlich zu stützen.

Arbeitslosigkeit, der Zusatzkonsum von anderen Substanzen sowie die Nicht-Inanspruchnahme von Nachsorge erwiesen sich bei den 51% Rückfälligen als entscheidende Kriterien für den Rückfall.

Fast die Hälfte der untersuchten Patienten nahm regelmäßig an einer Nachsorge teil, Als entscheidender Prädiktor für die regelmäßige Teilnahme an Nachsorgeangeboten erwies sich der Selbstdistanzierungswert (SD-Wert) der Existenzskala. Patienten mit hohem SD - Wert nahmen regelmäßig Nachsorge in Anspruch, Patienten mit niedrigem SD brachen diese bald ab. Die Selbstdistanzierung erwies sich als Prädiktor für die Inanspruchnahme einer Nachsorge und somit indirekt als Prädiktor für eine erhöhte bzw verminderte Rückfallgefährdung.

Schlüsselwörter: Alkoholabhängigkeit, Existenzskala (ESK), Prädiktoren für einen Rückfall, Rolle der Nachsorge

### Abstract:

At an institution for alcoholics in a psychiatric hospital 51 patients took part in an examination. These people were investigated by psychological tests, namely the Existence Scale (ES) and the Symptom-check-list, sociodemographic data and information about the addiction were investigated.

After six months a follow up examination took place. On the one hand this study shows how many persons had a relapse and the factors which influenced this relapse and on the other hand, how many persons took part in an after care on an outpatient basis. This could lead on an early recognition of a risk group and opportunity to support them with psychological and existential analytical psychotherapy.

More than half of the examined people (51%) had a relapse and the main reasons for the relapse were unemployment, additional substance abuse and not taking part in a continuing therapy.

But nearly half of the examined patients attended after care, and these people could be identified by the self distance score of the Existence Scale. Patients with a higher score regularly attended continuing therapy, patients with a low score quit soon.

Thus the self distance score turned out to be a predictor for the use of continuing therapy and so can be seen as a predictor for a higher or lower risk for relapse.

Key words: alcoholism, Existence Scale (ES), predictors for relapse, role of after care

## INHALTSVERZEICHNIS:

<b>DANKSAGUNG</b>	<b>S.2</b>
<b>KURZZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT</b>	<b>S. 3</b>
<b>EINLEITUNG</b>	<b>S. 6</b>
<b>1.ALKOHOLABHÄNGIGKEIT</b>	<b>S. 9</b>
1.1. Diagnosekriterien	S. 9
1.2 Epidemiologische Daten	S. 12
1.3 Komorbidität	S. 14
1.4 Soziale Faktoren	S. 16
<b>2. DER RÜCKFALL</b>	<b>S. 18</b>
2.1 Rückfalldefinitionen und Varianten	S. 18
2.2 Rückfallprävention	S. 18
<b>3. EXISTENZANALYTISCHE ÜBERLEGUNGEN ZUM THEMA SUCHT</b>	<b>S. 22</b>
<b>4. DIE EXISTENZSKALA – EIN VIELFACH VERWENDETES VERFAHREN</b>	<b>S. 25</b>
<b>5. METHODIK</b>	<b>S. 28</b>
5.1 Plan der Untersuchung	S. 28
5.2 Untersuchte Personen	S. 29
5.3. Ort der Untersuchung	S. 29
5.3.1. Beschreibung der Station B4	S. 30
5.3.2. Vernetzung im Suchthilfesystem im Bereich Nachsorge in Tirol	S. 31
5.4 Untersuchungszeitraum	S. 32
5.5 Erhobene Daten	S. 32
5.5.1 Soziodemographische Daten	S. 32
5.5.2 Alkohol- bzw Suchtanamnese	S. 32

<b>5.6 Testpsychologische Untersuchungsinstrumente</b>	<b>S. 33</b>
5.6.1 Die Existenzskala	S. 33
5.6.2 Die Symptom-Check-Liste	S. 38
<b>5.7 Statistische Vorgehensweise</b>	<b>S. 40</b>
<b>6. ERGEBNISSE</b>	<b>S. 42</b>
<b>6.1 Stichprobenbeschreibung</b>	<b>S. 42</b>
<b>6.2 Daten zur Suchtanamnese</b>	<b>S. 45</b>
<b>6.3: Rückfallhäufigkeit und Häufigkeit von Inanspruchnahme von Nachsorge</b>	<b>S. 46</b>
<b>6.4 Testpsychologische Untersuchungsergebnisse - Vergleiche zu anderen Studien</b>	<b>S. 49</b>
<b>6.5 Ergebnisse zur Vorhersage der Inanspruchnahme von Nachsorgeeinrichtungen und des Alkoholrückfalls</b>	<b>S. 54</b>
<b>7.ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION</b>	<b>S. 65</b>
<b>8. LITERATUR</b>	<b>S. 71</b>
<b>9. ANHANG</b>	<b>S. 77</b>
<b>10. LEBENSLAUF</b>	<b>S. 98</b>

## **EINLEITUNG:**

Die psychiatrischen Versorgungskliniken verzeichnen mehr als ein Drittel ihrer Aufnahmen unter den Alkoholabhängigen. Gemäß der WHO sind 5 % der österreichischen und deutschen Bevölkerung als Alkoholmissbraucher einzustufen. (Kruse.G., Körkel J., Schmalz. U., 2001).

Die Alkoholkrankheit ist eine psychophysisch-soziale Komplexerkrankung. Auch in der Existenzanalyse wird von dieser Multikonditionalität im Sinne Feuerleins (1989) ausgegangen. Erweitert wird diese aber noch durch die geistige (noetische) Dimension, sowie der Dimension des personalen Seins, der Selbsttranszendenz, der Selbstdistanzierung, der Freiheit und Verantwortung, sowie der Sinnorientierung. Die existentielle Problematik zeigt sich auch dadurch, dass durch die Sucht sowohl die gesundheitliche als auch soziale Existenz zerstört wird und sie quasi einen selbstgewählten „Freiheitsentzug“ darstellt. Es kommt zur Abwendung von der Welt durch die Zentrierung auf den Alkohol, die menschlichen Grundfunktionen wie die Fähigkeit zur Selbstdistanzierung und auch die Fähigkeit zur Selbsttranszendenz können nicht mehr zum Ausdruck kommen.

Bereits M. Rainer (1993) konnte in seiner Untersuchung an alkoholkranken Patienten mittels Existenzskala feststellen, dass die Gesamtheit der Patienten ihre personalen Fähigkeiten für eine sinnvolle Lebensgestaltung im Vergleich zu einer Durchschnittspopulation in reduziertem Maße einsetzt. In seiner Untersuchung an 46 Patienten lagen die Mittelwerte der Selbstdistanzierung, Selbsttranszendenz, Freiheit und Verantwortung, sowie dementsprechend das P-Maß , das E-Maß und der Gesamtsummenscore unter denen einer klinischen Gruppe und einer getesteten Normalpopulation.

Nahezu jede Alkoholismus-Verlaufsstudie dokumentiert, dass drei bis sechs Monate nach Behandlungsende die meisten Erstrückfälle stattfinden (vgl. Körkel & Lauer, 1992, 1995)

Rückfälle sind mit einem Gefüge unterschiedlicher Faktoren in Zusammenhang zu bringen. Aus psychodynamischer Sicht stellt der Rückfall eine Art Selbstmedikation zum Zwecke der Affektregulation (Reizschutz, Burian, 1994) und des Selbstwertschutzes dar. Negative Affekte der erwähnten Art können sein: schwere Ängste oder depressive Störungen, Gefühle innerer Leere und fragiler Identität, Verlusterlebnisse und vieles mehr. Für die Definition Rückfall gibt es mehrere Varianten. Am verbreitetsten ist die „enge“ Sichtweise des Rückfalls, nach dieser ist jeglicher erneuter Suchtmittelkonsum ein Rückfall. Eine wichtige Ergänzung stellt die von Marlatt (1985) eingeführte Unterscheidung zwischen Ausrutscher und (schwerem) Rückfall dar. Von Ausrutscher spricht Marlatt bei einmaligem Alkoholkonsum von Rückfall erst bei der Rückkehr zum früheren Konsumniveau.

Als Rückfallursachen spielen neben intrapsychischen Faktoren auch soziale Bedingungen eine gewichtige Rolle wie bspw. anhaltende Konflikte im privaten Umfeld oder Arbeitsplatz oder das Fehlen eines sozialen Netzwerkes.

So können zur Erklärung psychische Fragilitäten der abhängigen Person, Bruchstellen im sozialen Netzwerk und Defizite im Suchthilfesystem herangezogen werden. Inwieweit die Existenzerfülltheit Auswirkungen auf Rückfälligkeit suchtkranker Menschen hat, wurde bislang noch nicht untersucht.

Das Zusammenspiel der Faktoren der Existenzskala als der Alkoholkrankheit zugrunde liegendem Bedingungsgefüge wurde bereits in der existenzanalytischen Untersuchung an Alkoholkranken von M. Rainer (1993) untersucht.

Im Rahmen der nun geplanten Arbeit sollen erstens die bisher gefundenen Ergebnisse an einer weiteren Stichprobe noch einmal repliziert werden, zweitens der Einfluss der beschriebenen Variablen im Zeitverlauf sowie die Bedeutung weiterer relevanter Faktoren untersucht werden. Das bedeutet, dass überprüft werden soll, welche Faktoren einen Einfluss auf einen möglichen Alkoholrückfall oder abstinentes Verhalten nehmen und als entscheidend bezeichnet werden können. Eine wichtige Frage ist auch, ob die genannten Variablen Einfluss auf die Inanspruchnahme einer Nachsorge haben, weswegen dies auch überprüft werden soll. Als

Beobachtungszeitraum werden dabei 6 Monate angenommen.

Es ist geplant, alkoholranke Patienten während der stationären Entwöhnung zu untersuchen und nach 6 Monaten eine Nachuntersuchung im Hinblick auf Abstinenz oder Rückfälligkeit vorzunehmen. Mithilfe eines multivariaten Modells sollen die Einflüsse der Faktoren der Existenzskala und auch möglicher zusätzlicher Belastungsfaktoren, erfasst mittels Symptom-Check-List, erhoben werden.

# 1. ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

## 1.1. Diagnosekriterien

Nach den Kriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1952) hat jemand dann als Alkoholiker zu gelten, wenn er infolge exzessiven Trinkens körperliche, geistige, soziale und wirtschaftliche Einschränkungen aufweist.

Für die aktuell gültige Diagnostik und Klassifikation alkoholbezogener Erkrankungen gilt die 10. Ausgabe der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD - 10, Kapitel V der WHO (Dilling, Mombour & Schmidt 1991) bzw die 4. Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM –IV, Sass, Wittchen & Zaudig, 1996) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA). Die ICD- und DSM-IV Diagnostik unterscheiden sich allerdings nicht grundlegend (Ausnahme: Diagnostik von Alkoholmissbrauch bzw schädlichem Alkoholkonsum; s. Kap. 1.1.4.3.) In der Abgrenzung zur Abhängigkeit wird von schädlichem Gebrauch gesprochen , wenn zwar die Abhängigkeitskriterien noch nicht erfüllt sind, das Individuum sich aber bereits objektiv feststellbar schädigt. Es wird darunter laut ICD - 10 ein Konsummuster psychotroper Substanzen verstanden, das zu einer Gesundheitsschädigung im Sinne einer körperlichen oder psychischen Störung führt. Im DSM –IV ist die Diagnose weiter gefasst, es wird darunter eine Art des Konsums verstanden, die vor allem im sozialen Bereich Beeinträchtigungen nach sich zieht.

Um die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms stellen zu können, richtet man sich allgemein nach den sechs sich offenbar im Alltag auch immer mehr durchsetzenden ICD -10 Forschungskriterien. Es wird darunter eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene verstanden, bei denen der Konsum einer psychotropen Substanz für die betroffenen Personen Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen , die von ihr früher höher bewertet wurden.

Eine Alkoholabhängigkeitsdiagnose sollte nur dann gestellt werden, wenn irgendwann während der letzten zwölf Monate drei oder mehr der folgenden sechs Kriterien vorhanden waren:

- 1) Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol (psychotrope Substanzen) zu konsumieren

- 2) Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Alkoholkonsums
- 3) Ein körperliches Entzugssyndrom (siehe F 10.3 und F 10.4) bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die alkoholspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz um die Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden
- 4) Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichte Wirkung des Alkohols hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich
- 5) Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums, ein erhöhter Zeitaufwand um den Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen
- 6) Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen auf körperlicher Ebene (z.B. Leberschädigung), psychischer Ebene (z.B. depressive Verstimmungen) und/oder sozialer Ebene (z.B. Arbeitsplatzverlust).

Diese aufgeführten Kriterien lassen sich nach den Aspekten der psychischen und physischen Abhängigkeit unterscheiden.

Die psychische Abhängigkeit kennzeichnet primär der starke Wunsch bzw das subjektiv als unabweisbar erlebte Verlangen, sich den zentralnervös wirksamen Alkohol zuzuführen, um dessen positive Wirkung zu erleben (Kriterium 1). Das Phänomen des so genannten Kontrollverlustes (Kriterium 2) wird häufig auch dem Bereich der psychischen Abhängigkeit zugeordnet. Man meint damit, dass der Alkoholkonsument nach Beginn des Trinkens außerstande ist, dieses selbst zu beenden.

Die physische Abhängigkeit wird als Zustand veränderter Steuerungsmechanismen im zentralen und peripheren Nervensystem aufgefasst, welcher unter der chronischen Zufuhr abhängigkeitsauslösender Substanzen ein neues Gleichgewicht der Zell- und Organfunktion erlaubt. Um dieses Gleichgewicht zu erhalten, muss die entsprechende Substanz bei nachlassender Wirkung immer wieder zugeführt werden. Eine körperliche Abhängigkeit bewirken die untereinander kreuztoleranten Substanzen Alkohol, Sedativa und Hypnotika (Tranquilizer und Barbiturate). Mit dem Begriff Kreuztoleranz soll zum Ausdruck gebracht werden, dass diese Mittel gegeneinander ausgetauscht werden können. Diesen Effekt nützen Süchtige zur Überbrückung von Mangelsituationen ihrer bevorzugten Droge, aber auch

Therapeuten im klinischen Entzug.

Die körperliche Abhängigkeit geht mit der erwähnten Toleranzentwicklung einher, das heißt, dass nach längerer Zeit des Alkoholkonsums die Dosis erhöht werden muss um die gleiche Wirkung zu erzielen. Der Organismus stellt sich durch die häufige Zufuhr einer Substanz auf diese ein, die er dann rascher verarbeiten bzw abbauen kann, so dass zunehmend höhere Dosen notwendig sind. Allerdings kann es in der Endphase von schweren Abhängigkeitsentwicklungen zu einem Toleranzverlust auf Grund körperlicher Versagenszustände kommen.

## Epidemiologie

Exakte Zahlen über die Häufigkeit des pathologischen Konsumverhaltens sind infolge der Krankheitsuneinsichtigkeit, der Verheimlichungstendenz, sowie der gesellschaftlichen Sanktionen und der Strafandrohung (bspw Führerscheinentzug etc.) kaum erhältlich.

Anhand der Spitalsentlassungen, dem Anteil erstmals behandelter Alkoholiker hat Uhl bereits 1994 grob geschätzt, dass im Querschnitt rund 5% der Österreicher ab dem 16. Geburtstag als chronische „Alkoholiker“ einzustufen sind.

Durchschnittlich erkranken männliche Alkoholiker um das 26. Lebensjahr und weibliche um das 34. Lebensjahr.

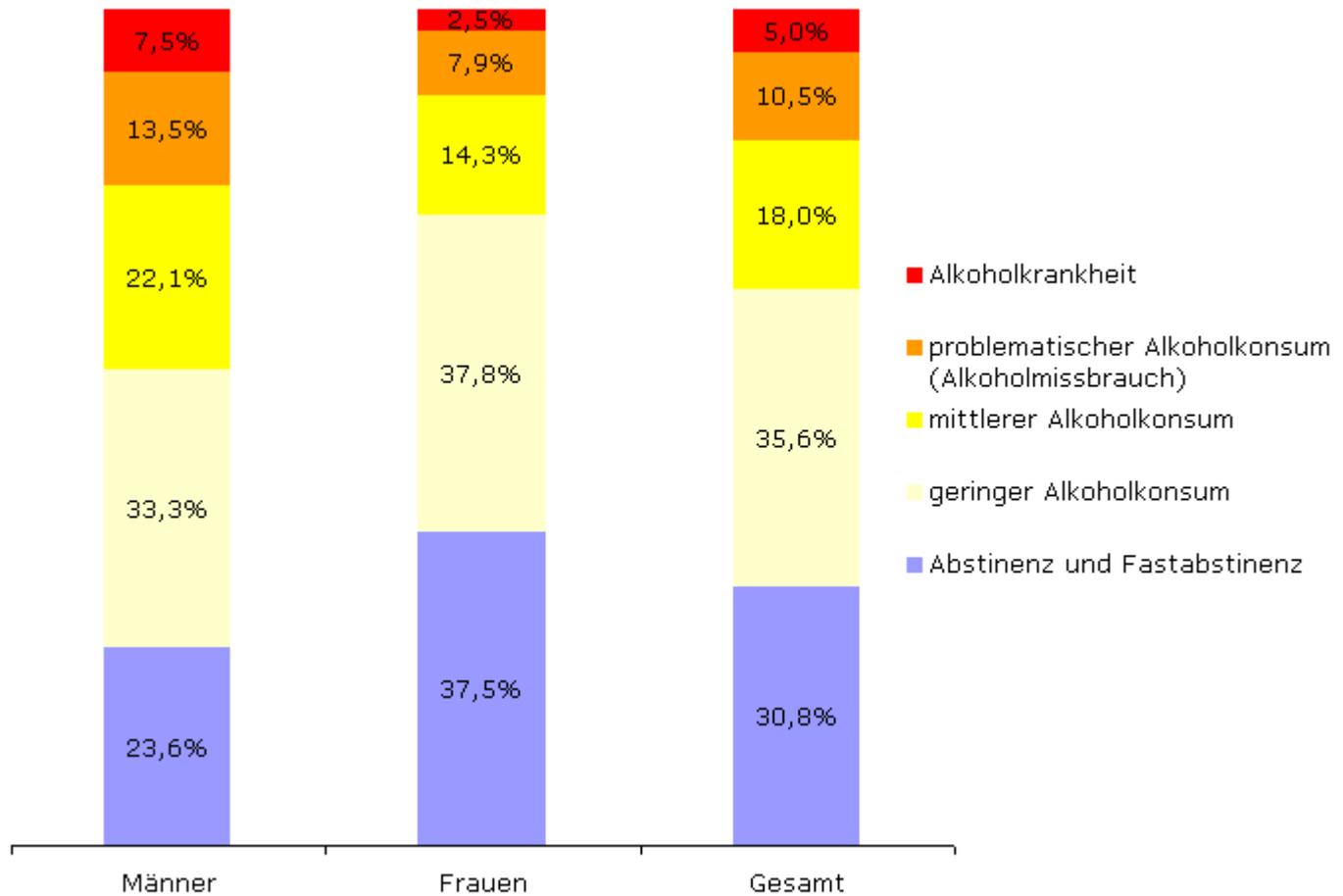
Missbraucher und Alkoholranke nach Geschlecht in Zahlen (und Prozent) in Österreich

	Alkoholranke	Missbraucher (exkl. Alkoholranke)	Missbraucher und Alkoholranke
Frauen	~ 90.000 (27%)	~ 280.000 (39%)	~ 370.000 (35%)
Männer	~ 245.000 (73%)	~ 440.000 (61%)	~ 685.000 (65%)
Männer und Frauen	~ 335.000 (100%)	~ 720.000 (100%)	~ 1.055.000 (100%)

Die Zahlen der Tabelle basieren auf Ergebnissen einer Repräsentativstudie (Uhl et al., 2004), die – unter Einbeziehung weiterer Überlegungen und Zahlen – zu den in der Tabelle angeführten Prozentwerten von alkoholmissbrauchenden und alkoholkranken Männern und Frauen in Österreich führt. Für die Umrechnung auf absolute Zahlen wurde die Bevölkerungszahl der ab-15-jährigen österreichischen Bevölkerung herangezogen.

Quelle: "Repräsentativerhebung 1993/94", Uhl & Springer, 1996, S. 51  
Auszug aus dem Handbuch Alkohol - Österreich 2005 (in Vorbereitung)

## Gruppen nach Alkoholkonsumgewohnheiten und Geschlecht (14-99-Jährige)



(Quelle: "Repräsentativerhebung 2004", Uhl et al., 2005; eigene Berechnungen)

### **Abstinente bzw. fast Abstinente:**

Personen, die noch nie (oder früher einmal) getrunken haben und die maximal einmal pro Vierteljahr Alkohol zu sich nehmen.

### **Personen mit geringem bzw. mäßigem Alkoholkonsum:**

Frauen, die durchschnittlich nicht mehr als 16g reinen Alkohol pro Tag trinken, bzw. Männer, die durchschnittlich nicht mehr als 24g Alkohol pro Tag trinken.

### **Personen mit mittlerem Alkoholkonsum:**

Frauen, die durchschnittlich zwischen 16g und 40g reinen Alkohol pro Tag trinken, bzw. Männer, die durchschnittlich zwischen 24g und 60g reinen Alkohol pro Tag trinken.

### **Alkoholmissbraucher:**

Frauen, die durchschnittlich mehr als 40g reinen Alkohol pro Tag trinken, bzw. Männer, die durchschnittlich mehr als 60g reinen Alkohol pro Tag trinken, aber nicht als alkoholabhängig zu bezeichnen sind.

### **Alkoholranke:**

Personen, die in Krankenhäusern nach ICD-10 als „Alkoholiker“ klassifiziert wurden.

**½ Liter Bier** oder ein **¼ Liter Wein** oder **3 kleine Schnäpse** enthalten jeweils ca. **20g reinen Alkohol.**

*Quelle: Handbuch Alkohol – Österreich 2001 (Uhl et al., Wien 2001)*

Auch in Deutschland zeigen sich ähnliche Zahlen wie in österreichischen Erhebungen, gemäß dem von der WHO favorisierten Fragebogen AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, Babor, De La Fuente, Saunders & Grant, 1992) konsumiert jeder fünfte (21,7%) deutsche Bürger zwischen 18 und 59 Jahren Alkoholmengen die auf Dauer mit hoher Wahrscheinlichkeit zu körperlichen, psychischen oder sozialen Folgeschäden führen oder bereits geführt haben (riskanter Konsum: 12 – Monats-Prävalenz; Männer: 34,7%, Frauen: 8,5%).

Nach den Maßstäben des DSM – IV sind im 12 Monats Rückblick 5 % der Deutschen (8,1 % der Männer, 1,9% der Frauen, insgesamt 2,4 Mio bzw 2,7 Mio bei Hochrechnung auf die Altersgruppe der 18-69 Jährigen als Alkoholmissbraucher einzustufen.

Bei der Abhängigkeit von Arzneimitteln ist die Dunkelziffer ebenfalls als sehr hoch einzustufen, groß angelegte Feldstudien fanden einen Medikamentenmissbrauch bei 1,8 % der Befragten.

### **1.3 Komorbidität**

In den letzten Jahren ist das Phänomen der Komorbidität auf zunehmendes Interesse in der Suchtforschung und Behandlungspraxis gestoßen (vgl Krausz & Müller – Thomsen, 1994). Unter Komorbidität ist zu verstehen, dass ein Patient neben der substanzbezogenen Störung mindestens ein weiteres psychiatrisch klassifizierbares Krankheitsbild aufweist.

Zur Frage der Häufigkeit komorbider Störungen liegen verschiedene Studien vor. Im deutschen Sprachraum hat Driessen (1999) 250 Alkoholabhängige untersucht, die zu einer stationären Entzugsbehandlung aufgenommen worden waren. Es zeigte sich eine ausgeprägte somatische Morbidität (72,3%) , zudem stellte Driessen bei 43,6% der Alkoholabhängigen eine zusätzliche psychiatrische Lebenszeitdiagnose und bei 37,3% eine Aktualdiagnose fest.

Andere Untersuchungen zeigen, dass bis zu zwei Drittel alkoholkranker Männer

zusätzliche psychiatrische Syndrome aufweisen. Meist sind dies Persönlichkeitsstörungen (vor allem Borderline – Persönlichkeitsstörungen), Angststörungen, Psychosen und depressive Störungen. Es gibt Untersuchungen, nach denen die Suizidrate bei alkoholabhängigen Personen deutlich höher ist als in der Normalbevölkerung, insgesamt 14 % der Alkoholkranken sterben an Suizid, bei 24 % sind Suizidversuche bekannt (Hinterhuber, Fleischhacker, 1997).

Zudem besteht natürlich für Alkoholranke ein besonders hohes Risiko auch von anderen Substanzen, beispielsweise von abhängigmachenden Medikamenten abhängig zu werden.

Ganz allgemein besteht in Österreich ein sehr hoher Medikamentenverbrauch, statistisch gesehen nimmt jeder Österreicher dreimal pro Tag ein Medikament ein, was bedeutet dass jeder im Laufe seines Lebens 80.000 Mal ein Arzneimittel schluckt. Allerdings ist es so, dass 20 Prozent der Bevölkerung über die Hälfte aller Medikamente verbraucht (Lindenmeyer, 1996), was bedeutet dass es ganz bestimmte Risikogruppen gibt. Hierzu gehören beispielsweise Frauen, die im Durchschnitt doppelt so viele Medikamente einnehmen wie Männer, Menschen mit chronischen Schmerzen oder Angsterkrankungen, sowie ältere Menschen und Alkohol- und Drogenabhängige. Lediglich von einer ganz bestimmten Gruppe von Medikamenten, wie beispielsweise Schlafmittel, Beruhigungsmittel - den so genannten Benzodiazepinen, Schmerz und Aufputschmittel kann sich bei unvorsichtigem Gebrauch eine schwere psychische und körperliche Abhängigkeit entwickeln.

Alle Medikamente, mit einem solchen Suchtpotential wirken nämlich ganz ähnlich wie Alkohol auf das zentrale Nervensystem des Menschen, was bedeutet, dass aufgrund dieser Gemeinsamkeiten von Alkohol und den genannten Medikamenten mit Suchtpotential für jeden Alkoholiker ein besonderes Risiko besteht auch von diesen Medikamenten abhängig zu werden. Die größte Gefahr besteht hierbei sicherlich darin, dass ein Alkoholiker regelmäßig Medikamente zur Dämpfung seiner alkoholbedingten Entzugserscheinungen verwendet.

## **1.4 Soziale Faktoren**

Nach der Schätzung von Feuerlein et al (1998) dürfte der Alkoholismus in den oberen und untersten sozialen Schichten am meisten verbreitet sein, zumindest bei den Männern. Bei Frauen scheint der Alkoholismus in den höheren sozialen Schichten häufiger vorzukommen. Bei Jugendlichen vollzieht sich immer mehr eine Angleichung der Prozentzahlen der Alkoholgefährdeten zwischen den Sozialschichten.

Alkoholiker stammen meist aus Elternhäusern in denen der Vater auch trank (Lubetkin, Infratest, 1976). Die Berufstätigkeit der Mutter hat keinen nachweisbaren Einfluss auf das Trinkverhalten der Kinder, aber das Verhältnis der Jugendlichen zu ihren Eltern spielt offenbar eine große Rolle, ebenso das kontinuierliche Fehlen einer Bezugsperson. (Feuerlein, 1989).

Auch weisen bestimmte Berufe erhöhte Raten Alkoholgefährdeter/ - abhängiger auf, das sind unter anderem alle alkoholnahen Berufe (Braucher, Gastwirte, Kellner), Bauberufe, Kontaktberufe (Vertreter..) sowie an- und ungelernte Berufe. Aber auch so genannte „Durstberufe“ (Gießer, Köche..) und Bau- und Metallberufe gehören zu Berufen mit höherer Alkoholgefährdung. Auch Ärzte und in Sozialberufen Tätige stellen eine besonders alkoholgefährdete Gruppe dar (vgl Mäulen 1998).

Auch instrumentelle Belastungen (Arbeitstempo, Schichtdienste..) , sozioemotionelle Belastungen (Eintönigkeit, Kontrolle) und frustrierende Belastungen (geringer Verdienst..) spielen eine Rolle.

Arbeitslosigkeit ist ein sozialer Status, der mit besonders starker Alkoholgefährdung einhergeht. In dieser Gruppe ragen nochmals die allein stehenden Wohnungslosen hervor, von denen ein Drittel als Alkoholgefährdet und ein weiteres Drittel als alkoholabhängig eingestuft wird . (Henkel, 1996) Umgekehrt kann chronische Alkoholabhängigkeit in die Arbeitslosigkeit führen, wenn Fehlzeiten sich häufen oder die Arbeitsleistung nachlässt.

Die sozialen Lebensbedingungen nach einer Alkoholismusbehandlung tragen einen erheblichen Anteil zur Erklärung der Behandlungseffekte bei. In der großen deutschen MEAT-Studie (Küfner, Feuerlein & Huber 1988) kann man von den gefundenen neun Merkmalen, die sich insbesondere bei Männern günstig auf die Beibehaltung der Abstinenz nach einer stationären Alkoholismustherapie auswirken, vor allem die folgenden als bedeutsam einstufen:

- Mit einem (Ehe-) Partner zusammenleben
- Nicht arbeitslos sein
- Über eine Wohnung verfügen

Festgestellt wurde, dass zwölf Wochen nach Ende der Alkoholismusbehandlung 90% der Behandelten mit geringer, 61% derer mit mittlerer und 54% derjenigen mit hoher sozialer Einbindung rückfällig geworden sind. Nicht zuletzt das Zusammenleben mit einer nahe stehenden Person (insbesondere der eines Ehepartners) reduzierte die Rückfallwahrscheinlichkeit deutlich (mit Partner lebend: 56% Rückfällige, ohne Partner lebend 75% Rückfällige).

## **2. DER RÜCKFALL**

## 2.1. Rückfalldefinitionen und Varianten

Am verbreitetsten ist eine enge Sichtweise des Rückfalls, nach der jeglicher erneuter Suchtmittelkonsum ein Rückfall ist. Durch ihre Einfachheit (entweder wurde getrunken oder nicht) schafft sie Klarheit und Verhaltensorientierung (nämlich am besten „die Finger vom ersten Glas lassen“).

Eine wichtige Ergänzung der engen Rückfalldefinition stellt die von Marlatt (1985) eingeführte Unterscheidung zwischen „Ausrutscher“ und „schwerem Rückfall“ dar. Von Ausrutscher (slip, lapse, episodischer Rückfall) spricht Marlatt bei einmaligem bzw. kurzzeitigem Alkoholkonsum, von (schwerem) Rückfall (relapse) erst bei der Rückkehr zum früheren Konsumniveau.

Diverse Rückfallmodelle beschreiben verschiedene biologische und psychologische Vulnerabilitätsmerkmale, die einen Nährboden für Ausrutscher und Rückfälle darstellen. Dazu gehören eine über viele Jahre vorhandene körperliche Abhängigkeit, Konditionierungen und andere Lernprozesse („Suchtgedächtnis“) sowie neben der Abhängigkeit bestehende psychologische und psychiatrische Auffälligkeiten (z.B. Ängste, Selbstwertprobleme, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen etc.)

Auch unzureichende Verhaltenskompetenzen (z.B. nicht konsequent Nein sagen können) sowie eine geringe Zuversicht, Risikosituationen alkoholfrei bewältigen zu können (geringe Selbstwirksamkeitserwartung) fördern die Affinität zum Alkohol. Mehrere empirische Studien sprechen für eine erhöhte Rückfallvulnerabilität bei den genannten Merkmalen einer abhängigen Person (z.B. Greenfield et al 1998).

Erneuter Alkoholkonsum nach einer vorausgegangenen Behandlung ist eher die Regel als die Ausnahme. Selbst intensive stationäre Therapien führen zu beachtlichen Rückfallquoten.

Drei umfangreiche deutschsprachige Untersuchungen lassen eine gute Abschätzung der Größenordnung dieses Phänomens zu. Missel et al. (1997) berichten über eine Untersuchungsstichprobe von 3028 Alkoholabhängigen, die in einer von fünf deutschen Suchtfachkliniken 6 – 26 Wochen behandelt worden waren. Ein Jahr nach Behandlungsende hatten 52,5 % erneut Alkohol konsumiert (6,8% waren nach Rückfall abstinent).

In ähnlicher Weise haben Kufner et al. (1988) über vier Jahre hinweg das Trinkverhalten von 1410 Alkoholabhängigen untersucht, die sich zuvor 8 – 24 Wochen in einer von 21 bundesdeutschen Kliniken zur Entwöhnungsbehandlung

befanden (MEAT – Studie). Gemäß dieser für die Bundesrepublik weitgehend repräsentativen Studie haben nach einem halben Jahr 33% und im Vier-Jahres-Zeitraum nach ihrer Entlassung 54% phasenweise oder dauerhaft Alkohol konsumiert. Für einen Sieben-Jahres-Katamnese-Zeitraum ließ sich in der Schweizer Stichprobe von Maffli et al (1995) bei 84,9% erneuter Alkoholkonsum nachweisen. Nahezu jede Alkoholismus-Verlaufsstudie dokumentiert, dass drei bis sechs Monate nach Behandlungsende die meisten Rückfälle stattfinden (vgl Körkel & Lauer, 1992, 1995).

Rückfälle sind mit einem Gefüge unterschiedlicher Faktoren in Zusammenhang zu bringen. Aus psychodynamischer Sicht stellt der Rückfall eine Art Selbstmedikation zum Zwecke der Affektregulation (Reizschutz , Burian, 1994) und des Selbstwertschutzes dar. Negative Affekte der erwähnten Art können sein: schwere Ängste oder depressive Störungen, Gefühle innerer Leere und fragiler Identität, Verlusterlebnisse usw.

Zudem kommt dass in der ersten Zeit nach der Therapie noch keine oder nur wenig Erfahrungen mit abstinentem Verhalten und abstinenten Lebensgewohnheiten vorliegen. Die Umsetzung der in der Therapie erworbenen Kompetenzen ist noch fremd und ungewohnt, deshalb überrascht es nicht, dass gerade in der Anfangszeit der Abstinenz Rückfälle in eingeschliffene Verhaltens- und Trinkroutinen vorkommen. Trotz einer Vielzahl von Studien ist bislang immer noch ungesichert, welche Faktoren den größten Einfluss auf Rückfälle ausüben. Bei vorsichtiger Einschätzung lässt sich schließen, dass eine schlechte Integration in die Gemeinschaft, nicht vorhandene bzw nicht intakte private Beziehungen, instabile oder fehlende Arbeitstätigkeit und psychische Auffälligkeiten exponierte Risikofaktoren für Rückfälle darstellen.

## **2.2 Rückfallprävention**

Gemäß den vorliegenden Untersuchungen konzentrieren sich fast alle stationären Ansätze zur Rückfallvorbeugung auf die Vermittlung sozialer Kompetenzen. Angesichts der viel gravierenderen Bedeutung von unangenehmen emotionalen

Zuständen als rückfallauslösendem Faktor scheint allerdings die Vorbereitung von Patienten, was den Umgang mit emotionalen Problemen angeht, dringend angezeigt. Empirisch belegt ist, dass die regelmäßige Teilnahme an Nachsorgemaßnahmen im Anschluss an eine stationäre Behandlung dem Auftreten von Rückfällen vorbeugt (Körkel & Lauer, 1995). Zu diesen Maßnahmen gehören vor allem der Anschluss an eine Nachsorgegruppe, aber auch ambulante Suchtberatung, Psychotherapie oder kontinuierliche Termine beim Hausarzt oder Facharzt. Nachsorgemaßnahmen erweisen sich dann als besonders rückfallpräventiv, wenn sie direkt nach Behandlungsende beginnen und mindestens sechs bis zwölf Monate durchgeführt werden. Damit kontrastiert die Tatsache, dass in Deutschland über die Hälfte der Alkoholabhängigen nach der Entwöhnung keine Nachsorgeangebote in Anspruch nimmt, Frauen sogar noch deutlich seltener als Männer. Beispielsweise suchen 34% der Abhängigen niemals eine Selbsthilfegruppe und 80 % niemals eine Beratungsstelle auf (Küfner et al. 1988).

Ist es nach einer stationären Behandlung zu einem Ausrutscher gekommen, so können dessen Dauer, Intensität und Folgewirkungen im Sinne der sekundären Rückfallprävention wiederum durch Nachsorgemaßnahmen (z.B. Besuch von Nachsorgegruppen) aber auch ambulant oder stationär durchgeführte Rückfallpräventionsmaßnahmen (vgl. Körkel und Schindler 2000) und eine umfassende psychotherapeutische und sozialarbeiterische Nachsorge am Wohnort positiv beeinflusst werden (Körkel & Lauer 1995, Lauer 1992). Suchen zum Beispiel die nach einer stationären Therapie Rückfälligen eine Nachsorgegruppe auf, so sind nach vier Jahren 56% abstinent, jedoch nur 30 % derer ohne Gruppenanschluss. (Küfner et al, 1988)

Man kann also auf der Basis der verfügbaren Untersuchungen davon ausgehen, dass sich professionelle Nachsorge prognostisch günstig auf das Trinkverhalten bzw die Senkung der Rückfallrate auswirkt. Damit professionelle Nachsorge derart stabilisierende Wirkungen hervorruft, muss sie bereits kurz nach Behandlungsende, regelmäßig (vorzugsweise wöchentlich) und über längere Zeiträume (zumindest über ein Jahr) erfolgen.

Alle präventiven Maßnahmen können Rückfälle nicht ganz verhindern, Therapie sollte deshalb darin bestehen, Klienten zu motivieren nach Auftreten eines Rückfalls dem Geschehen nicht resignativ „seinen Lauf zu lassen“, sondern baldmöglichst Unterstützung zu suchen. (Schmitz et al, 1986).

Ein realistisches Ziel aller Präventionsbemühungen kann also nicht sein „Rückfälle abzuschaffen“, sondern u.a. in ihrer Dauer und Schwere zu reduzieren, um gravierendere Auswirkungen (bspw Arbeitsplatzverlust) zu verhindern.

### **3. EXISTENZANALYTISCHE ÜBERLEGUNGEN ZUM THEMA SUCHT**

Auch in der Existenzanalyse wird von der Multikonditionalität im Sinne Feuerleins (1989) ausgegangen. Erweitert wird diese aber noch durch die geistige (noetische)

Dimension, sowie der Dimension des personalen Seins, der Selbsttranszendenz, der Selbstdistanzierung, der Freiheit und Verantwortung, sowie der Sinnorientierung und dem Streben nach Werten. Die existentielle Problematik zeigt sich auch dadurch, dass durch die Sucht sowohl die gesundheitliche als auch soziale Existenz zerstört wird und sie quasi einen selbstgewählten „Freiheitsentzug“ darstellt.

Nach Scheler ist „Menschsein entscheidendes Sein“, auch bei Alkoholkranken zeigen sich zumindest anfangs Vorentscheidungen, aufgrund derer niemand dem Alkoholkranken seine Eigenverantwortung abnehmen kann.

Drew L.R.H. (1986) schreibt, dass der süchtige Mensch sein Verhalten nicht dadurch entschuldigen können soll, dass er eine „Krankheit“ habe. Eine schwierige Kindheit, Verluste oder Schicksalsschläge haben selbstverständlich Einfluss, aber trotzdem hat der Patient selber die primäre Verantwortung. Hier ist Frankls Freiheitsbegriff sehr passend: „Die Freiheit des Menschen ist selbstverständlich nicht eine Freiheit von Bedingungen, sei es biologischen, sei es psychologischen oder soziologischen, sie ist überhaupt nicht die Freiheit von etwas, sondern die Freiheit zu etwas, nämlich die Freiheit zu einer Stellungnahme gegenüber all den Bedingungen“ (Frankl 1983,3).

Auch Primarius R. Haller meint (1990) hierzu: „Die Krankenrolle bringt dem Alkoholiker eine Entlastung, impliziert aber gleichzeitig, mit der Krankheit verantwortungsvoll umzugehen, sie zu erkennen und zu akzeptieren, kompetente Hilfe zu suchen und in der Therapie zu kooperieren, also aktiv an der Heilung mitzuwirken.“

Durch den Alkoholismus kommt es zunehmend zur Abwendung von der Welt durch die Zentrierung auf den Alkohol, die menschlichen Grundfunktionen wie die Fähigkeit zur Selbstdistanzierung und auch die Fähigkeit zur Selbsttranszendenz können nicht mehr zum Ausdruck kommen.

Dadurch dass der Alkohol in den Lebensmittelpunkt rückt, können immer weniger Werte verwirklicht werden und das Dasein erscheint dem Kranken zunehmend

sinnlos. Die süchtige Fehlhaltung entspricht der von Frankl beschriebenen neurotischen Motivation des „Willens zur Lust“, die dann entsteht, wenn der „Wille zum Sinn“ frustriert wurde (Frankl, 1979). Da die Lust aber von ihrem Wesen her nicht anstrebbar ist, sondern sich durch die Verwirklichung von Werten und Sinnmöglichkeiten von selbst einstellt, wird sie letztlich verfehlt. (Frankl, 1975). Das reine Luststreben führt zur Sinnentleerung und im Endeffekt in ein existentielles Vakuum. Frankl spricht auch von einer zunehmenden „existentiellen Frustration“, da oftmals das „Wozu“ des Lebens fehlt.

In der Existenzanalyse geht man beim Suchtkranken in der Regel von einem unsicheren Grundwert aus, dem Suchtkranken fehlt oftmals das „Ja zum Leben“. Der Suchtkranke sucht ja oft sehr spät therapeutische Hilfe, es fehlt ihm wie oben erwähnt das „Wozu“. Das Werterleben scheint blockiert. (Längle, 1996)

Existenzanalytisch betrachtet liegt der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit auf der Ebene der zweiten Grundmotivation und ist mit der Arbeit an der Selbst-Transzendenz, die im Suchtverhalten fehlt, abzurunden. Die Grundwertebene wird durch das Aufnehmen von Beziehung zu Objekten bzw Werten mobilisiert. Beim Suchtkranken gilt es herauszufinden, wo das Leben und die Vitalität zu kurz gekommen sind, wo ein Wertemangel erlebt wird. Weiters geht es natürlich um die Frage, wodurch es ohne Sucht gut ist zu leben.

Aber auch die Frage „Wozu Abstinenz?! Wozu leben?“ der vierten Grundmotivation wird Thema sein, da ja Sucht als Kompensationsversuch eines Mangels an existentieller Erfüllung angesehen wird. Prinzipiell werden im Laufe einer Therapie alle Grundmotivationen besprochen, Vertrauensbrüche und Unsicherheiten im Rahmen der ersten Grundmotivation, Verluste und Trauer im Rahmen der zweiten Grundmotivation, Selbstwertverluste auf der dritten und Sinnlosigkeitsgefühle auf der vierten Grundmotivation.

Weiters zeigt der Süchtige in seiner Tendenz „zu müssen“ statt zu „wollen“, also in seinem Verlust an Freiheit, einen geringen Selbstwert. Da er sich nicht sicher ist, ob

er „so sein darf, wie er im Grunde ist“, kommt es zu einer Verleugnung im Sinne eines „anders sein müssens als er ist“, die wiederum die Sehnsucht nach Selbstfindung auslöst.

In der Arbeit von K. Hansen Steiner (2000) berichtet sie von einer Untersuchung am Krankenhaus Maria Ebene an alkoholkranken Menschen über das Ausmaß der Erfüllung der Grundmotivationen, überprüft anhand eines Fragebogens von P. Eckhart. Es zeigten sich Defizite vor allem in der zweiten Grundmotivation, in der Grundhaltung zum Leben und in der Erfahrung geliebt zu werden. Auch das Werte- und Sinnerleben der vierten Grundmotivation erschien beeinträchtigt, was bedeutet dass es den Befragten offenbar schwer fiel in einer Situation Sinn zu finden und diesen zu verwirklichen. Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Alkoholkranken in der Ausprägung der Grundmotivationen konnten in dieser Studie nicht gefunden werden.

M. Rainer (1997) konnte in seiner Untersuchung an alkoholkranken Patienten mittels Existenzskala feststellen, dass der Gesamtsummenscore unter denen einer klinischen Gruppe und einer getesteten Normalpopulation liegt.

Vaillant dokumentierte Fälle von Alkoholkranken, die ohne spezifische Behandlung abstinent wurden. Er beschreibt, dass hier neue Verhaltensmuster eingetreten waren und bezeichnet diese als „Ersatzsüchte“, z.B. eine neue Liebesbeziehung, religiöse Tätigkeiten, besonderes Interesse an Sport oder im Rahmen der Arbeit. In der Existenzanalyse erscheint es treffender diesen Verhaltensweisen auch den Aspekt der Selbsttranszendenz zuzuschreiben , der sich darin zeigt.

#### **4. DIE EXISTENZSKALA – EIN VIELFACH EINGESETZTES VERFAHREN**

Die Existenzskala wurde bereits vielfach für wissenschaftliche Zwecke eingesetzt , es

sollen im Folgenden nur einige Studien bei denen diese Skala verwendet wurde angeführt werden. (Anmerkung: Eine genauere Beschreibung der Existenzskala folgt im Kapitel 5 Methodik.)

Bereits M. Rainer (1997) konnte in seiner Untersuchung an alkoholkranken Patienten mittels Existenzskala feststellen, dass die Gesamtheit der Patienten ihre personalen Fähigkeiten für eine sinnvolle Lebensgestaltung im Vergleich zu einer Durchschnittspopulation in reduziertem Maße einsetzt. In seiner Untersuchung an 46 Patienten lagen die Mittelwerte der Selbstdistanzierung, Selbsttranszendenz, Freiheit und Verantwortung, sowie dementsprechend das P-Maß , das E-Maß und der Gesamtsummenscore unter denen einer klinischen Gruppe und einer getesteten Normalpopulation.

Auch Emge der 1995 insgesamt 228 Patienten einer Entzugsstation eines Psychiatrischen Krankenhauses und eines Alkoholentzugsheims untersuchte, kam zu dem Schluss, dass Personen mit steigendem Alkoholkonsum zunehmend geringere Werte bei allen Dimensionen der ESK aufweisen.

Auch Köhler (1993) konnte im Rahmen einer Untersuchung an 42 drogenabhängigen Jugendlichen aufzeigen, dass diese im Vergleich zur Eichstichprobe deutlich niedrigere Werte aufwiesen.

Halasz (1993) stellte dies auch für 51 psychosomatisch kranke Klienten unter Beweis , die er mit einer Kontrollgruppe von 41 gesunden Probanden verglich , auch hier erzielte die Gruppe der psychosomatisch Erkrankten deutlich niedrigere Werte in der ESK.

In einer Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse (Längle A.,Görtz A., Rauch J., Jarosik H., Haller R., 2000) an 337 alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten wurden verschiedene Psychotherapieverfahren verglichen. Testdiagnostisch wurde unter anderem die Existenzskala und die Kieler Änderungssensitive Symptomliste (Zielke 1979) angewandt. Es war festzustellen, dass die Existenzanalyse bei der Selbsttranszendenz und Verantwortung in der Existenzskala zu besseren Werten führte. Die Kontrollgruppe, die mit anderen psychotherapeutischen Methoden

behandelt wurde, erzielte dagegen bessere Werte im Bereich Freiheit, was mit größerer Symptomentlastung Patienten anderer Therapierichtungen zusammenhängen dürfte. Es wird allerdings von den Autoren aufgrund diverser Mängel im Rahmen dieser großen Untersuchung, selbst sehr vorsichtig interpretiert, aber es ist anzumerken, dass die Existenzanalyse im Vergleich zu bereits etablierteren Therapiemethoden (Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie..) durchaus vergleichbare Resultate erzielt.

Im Rahmen einer Untersuchung von A. Nindl (2001) an 105 Lehrern mit der ESK, dem Burn-out Inventar (BI) von Gamsjäger (1994) der Beschwerdenerfassungsbogen (BEB) von Kasielke, Möbius und Scholke (1979) und weiteren psychodiagnostischen Verfahren sollte der Zusammenhang von Sinnerfüllung und Burn out überprüft werden. Es konnte festgestellt werden, dass tatsächlich ein hoher Zusammenhang zwischen Ausgebrannt-sein und dem Ausmaß mangelnder Sinnerfüllung besteht. Die höchsten Korrelationen ergaben sich bezüglich „Emotionale Erschöpfung“ und allen Existenzskala Werten. Die Ergebnisse aus dem Vergleich der Beschwerdenerfassungsliste mit der ESK zeigten hohe Korrelationen, was darauf hinweist, dass sich mangelnde existentielle Sinnerfüllung negativ auf das leiblich-seelisch-geistige Wohlbefinden auswirkt.

In einer Untersuchung von M. Kundi, E. Wurst, H. Endler, C. Fischer, I. Potuschak und E. Vogel (2001) an 626 Frauen, wurden zwei Gruppen verglichen, nämlich Frauen in Sozialberufen mit Absolventinnen einer Textilfachschule. Die Probandinnen wurden u.a. mittels ESK und dem Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) von Janke (1984) untersucht. Es zeigten sich bei den Untersuchten aus dem Bereich Sozialberufe höhere Werte im Vergleich zu den Textilschülern, wobei der größte Unterschied sich im Bereich Selbstdistanzierung zeigte, was bedeuten könnte, dass die Sozialberufler eine höhere nach außen gerichtete Aufmerksamkeit haben, weniger in sich selbst verstrickt sind, aber auch der Gefahr ausgesetzt sind, eigene Bedürfnisse zu übersehen. Auch bei der Subskala „Verantwortung“ hatten die Schüler der Sozialberufe deutlich höhere Werte, sie haben demnach ein höheres

Pflichtbewusstsein und bessere Voraussetzungen für eigenverantwortliches Handeln. Bezüglich der coping Strategien setzen die Sozialberufler mehr auf aktive coping Strategien (Situationskontrolle). Bezüglich der Arbeitszufriedenheit wurde festgestellt, dass bei den berufserfahrenen Sozialberuflern Ausprägung der Selbsttranszendenz mit einer hohen Arbeitszufriedenheit verbunden war.

Eine Evaluativitätsstudie von K. Steinert (2001) u.a. mit der ESK in der Ergebnisse von 131 Fragebögen über Therapieverläufe veröffentlicht wurden, zeigte sich dass zu Therapiebeginn die Werte der ESK größtenteils unterdurchschnittlich luden, im Laufe bzw gegen Ende der Therapie aber dem Normwert entsprachen, was die Wirksamkeit existenzanalytischer Therapie unterstreicht.

## **5 . METHODIK :**

### **5.1: Plan der Untersuchung**

Es war geplant Patienten der Alkohol-Entwöhnungsstation B4 des Psychiatrischen Krankenhauses Hall zu untersuchen. Jeder neu aufgenommene Patient wurde,

sofern er mit der Untersuchung einverstanden war, in die testpsychologische Untersuchung eingebunden.

Die Patienten wurden mit den im folgenden genau angegebenen Untersuchungsinstrumenten untersucht.

In der Studie sollten ca. 40 - 50 Patienten mit Alkoholerkrankung untersucht werden. Diese Patienten wurden nach einem halben Jahr einer Nachuntersuchung unterzogen. Es sollte erfasst werden, wie viele Patienten rückfällig geworden sind und zwar im Sinne der engen Rückfallauslegung (jeglicher erneuter Alkoholkonsum) und welche Faktoren einen Einfluss auf die Tatsache des Rückfalls haben.

Bei den aufgenommenen Patienten wurden die wichtigsten soziodemographischen Daten, sowie die Alkoholanamnese erfasst und in einen dafür vorgesehenen Anamnesebogen eingetragen. Anschließend wurden die Patienten mit Hilfe der Existenzskala (ESK) und der Symptom Checkliste (SCL – 90 R) untersucht. . Auf die verwendeten Testinstrumente wird in Abschnitt 5.6: "Testpsychologische Untersuchungsinstrumente" näher eingegangen.

Diese Patienten wurden nach einem halben Jahr einer Nachuntersuchung unterzogen, um den Einfluss der Variablen im Zeitverlauf sowie die Bedeutung weiterer relevanter Faktoren für den eventuellen Rückfall beziehungsweise die Abstinenz zu untersuchen.

Weiters sollte überprüft werden inwieweit die Klienten tatsächlich regelmäßig ein Nachsorgeangebot wahrgenommen hatten.

Somit sollte also der Einfluss der Scores der Existenzskala auf den eventuellen Rückfall beziehungsweise die Abstinenz erhoben werden, des weiteren sollte überprüft werden, inwieweit die von den Patienten angegebene psychische Belastung sich auf abstinentes bzw. rückfälliges Verhalten auswirkt.

## **5.2 : Untersuchte Personen:**

In die Erstuntersuchung wurden alle, während des Untersuchungszeitraums an der Entwöhnungsstation B4 stationär aufgenommenen Patienten eingeschlossen.

Vorraussetzung für die Aufnahme in die Untersuchung war das Einverständnis des Patienten sowie seine Fähigkeit die geplanten testpsychologischen Untersuchungen

auch verstehen und durchführen zu können. Das bedeutet, dass Patienten, die ihre Teilnahme an den testpsychologischen Untersuchungen verweigerten, oder Patienten die aus Krankheitsgründen (Bewusstseinstäubung, schwere Beeinträchtigung der Hirnleistung) die testpsychologischen Untersuchungen nicht durchführen konnten, nicht in die Untersuchung aufgenommen wurden.

### **5.3 : Ort der Untersuchung:**

Die Untersuchung wurde an der Entwöhnungsstation B 4 für Alkohol und Medikamentenentwöhnung und Begleitstörungen des Psychiatrischen Krankenhauses Hall durchgeführt.

Das Psychiatrische Krankenhaus Hall steht unter ärztlicher Leitung von Univ.-Prof. Dr. H. Schubert, die Trägerorganisation ist die TILAK G.m.b.H. Die Station B 4 ist Teil des Primariates B, dem Univ.-Doz. Dr. C. Haring vorsteht.

Das Primariat B des Psychiatrischen Krankenhauses verfügt über folgende Fachstationen:

B 1 und B 2: Psychiatrische Akutstationen

B 3: Drogenentzugsstation

B 4: Station für Alkohol-/Medikamentenentwöhnung

B 5: Psychotherapiestation

Die Gesamtbettenanzahl des Psychiatrischen Krankenhauses umfasst 230 Betten, das Primariat B verfügt über 110 Betten.

#### **5.3.1 Beschreibung der Station B 4:**

Die B 4 ist eine therapeutische Station zur Behandlung von Frauen und Männern mit Alkoholkrankheit, Medikamentenabhängigkeit und deren Folge- und Begleiterkrankungen (Komorbidität der Sucht). Die Station B4 ist überregional, in erster Linie aber für Tirol zuständig.

Die Station verfügt über 24 Therapieplätze, das Team besteht aus ÄrztInnen, Psychologin, Sozialarbeiterin, Ergotherapeutin und PflegerInnen,

Es ist unser Anliegen, die Patienten zunächst in einer schwierigen vulnerablen Phase zu begleiten und ihnen Schutzraum zu bieten. Je nach Ressourcen werden sie Schritt für Schritt in mehr Selbst- und Eigenverantwortung entlassen („Normalisierungsprinzip“). Das bio – psycho – soziale Modell für Entstehung, Folgeschäden und Therapie von Sucht ist Grundlage des therapeutischen Vorgehens. Es erfolgt eine medikamentengestützte Entzugsbehandlung, sowie eine Behandlung von Begleit- und Folgeschäden. Körperorientierte Trainingsprogramme (Sportgruppe, Nordic Walking, Fitnessbereich mit eigenem Trainer) und Außenaktivitäten (Ausflüge, Radtouren, Schwimmen) bilden ebenso einen wichtigen biologisch – somatischen Schwerpunkt.

Psychologisch – therapeutisch finden wöchentliche Einzelgespräche mit den Patienten statt, auch Familien- und Paargespräche werden angeboten. Ein reiches Angebot an Therapiegruppen wird von mehreren Teammitgliedern getragen, es finden wöchentlich zwei Selbsterfahrungsgruppen statt, sowie eine eigene Frauen- und Männergruppe und eine eigene Soziale Kompetenzgruppe. Zusätzlich noch Wahrnehmungsgruppen, Kognitives Training in der Gruppe, Informationsgruppen, Entspannungsgruppen und Kreativgruppen. Auch die Sozialarbeit zur Wiedereingliederung (Arbeit, Wohnen etc). nimmt einen großen Stellenwert ein.

Ein wichtiger Bereich , bereits während der stationären Entwöhnungstherapie, ist die Vorbereitung auf die Nachsorge im Anschluss an die Entwöhnung, aus diesem Grunde besteht eine enge Kooperation unserer Abteilung beispielsweise mit dem Verein BIN (Beratung, Information, Nachsorge), dem PSP (Psychosozialer Pflegedienst), dem Projekt caravan (der Gesellschaft für psychischen Gesundheit-GPG), dem emmaus Projekt , diversen Langzeitentwöhnungseinrichtungen (bspw Grüner Kreis) u.v.m.

### **5.3.2 Vernetzung im Suchthilfesystem im Bereich Nachsorge in Tirol:**

Unsere Abteilung arbeitet mit verschiedensten Vereinen, niedergelassenen TherapeutInnen, ÄrztInnen etc zusammen, es sollen hier nur einige kurz aufgezählt werden ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

Der Verein BIN steht für die Beratung, Information und Nachsorge für Abhängigkeitskranke oder –gefährdete und ihre Angehörigen bei Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit und Spielsucht und bietet von Suchttherapeuten (in der Regel PsychologInnen) geführte Nachsorgegruppen (1 x pro Woche 90 min) in allen Bezirken Tirols an, bei Bedarf werden auch Einzelgespräche angeboten.

Der PSP bietet Hilfe für psychisch kranke Klienten beispielsweise im aufsuchenden Dienst und mittels tagesstruktureller Angebote, auch Arbeitsinitiativen (bspw. transform), sowie betreute Wohngemeinschaften und Wohnheime werden angeboten.

Das Projekt caravan (ein Projekt der GPG) ist eine Arbeitsinitiative für langzeitarbeitslose Alkoholranke, die dort nach erfolgter verpflichtender stationärer Entwöhnung ein Jahr lang tagesstrukturelle Angebote mit Gruppen und Einzeltherapien, Computerschulungen, Sporttherapien und letztlich Bewerbungstrainings und Vermittlung von Jobangeboten in Anspruch nehmen können.

Die GPG bietet auch Arbeitsinitiativen, Wohngemeinschaften und Beschäftigungsinitiativen an, sowie aufsuchende Betreuung an.

Das emmaus Projekt ist ebenfalls eine Arbeitsinitiativ für langzeitarbeitslose Alkoholranke mit Wohnmöglichkeit. Den Schwerpunkt bildet die Gartenarbeit, Schneeräumungen etc. , bei Bedarf werden auch Einzelgespräche geführt, Gruppennachsorge über den Verein BIN ist verpflichtend.

Auch andere Abteilungen in unserem Haus können von den KlientInnen nach erfolgter Entwöhnung an unserer Station in Anspruch genommen werden, wie beispielsweise die Tagesklinik (A5), bei der die Patienten dann schon zu Hause nächtigen und eine langsame „Ablösung“ aus dem stationären setting passiert. Auch die Psychotherapiestation (B 5) wird nach der Entwöhnung gerne in Anspruch genommen um sich diversen Thematiken, die während des Aufenthaltes bei uns aufgetaucht sind, noch genauer widmen zu können.

Eine weitere Möglichkeiten bieten Langzeitentwöhnungseinrichtungen wie

beispielsweise der „Grüne Kreis“, das Haus Sebastian in Kiefersfelden etc., wo die Klienten die Möglichkeit haben 6-18 Monate Therapie zu absolvieren.

#### **5.4: Untersuchungszeitraum:**

Die Erstuntersuchungen wurden im Zeitraum von Anfang Jänner 06 bis Ende April 2006 durchgeführt.

Die Nachuntersuchung umfasste den Zeitraum von Juli 06 bis Oktober 2006.

#### **5.5: Erhobene Daten:**

##### **5.5.1: Soziodemographische Daten:**

Hier wurden Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit, Familienstand und darüberhinaus auch die Frage, ob der betreffende Patient alleine oder in Lebensgemeinschaft lebt, was oft aus dem Familienstand nicht ersichtlich ist, erhoben.

##### **5.5.2: Alkohol- bzw. Suchtanamnese:**

In diesem Teil der Anamnese wurde erhoben, wie lange die Patienten bereits Alkoholprobleme haben und auch inwieweit Tranquilizer (Benzodiazepine) und illegale Drogen ein aktuelles oder früheres (bis vor 6 Monaten) Problem darstellten. Bei der Nachuntersuchung wurde erfasst, ob die Patienten zwischenzeitlich abstinent waren oder es zu einem Rückfall gekommen ist. Zu diesem Zweck wurden die Patienten erneut an die Station B4 zu einem ambulanten Kontrolltermin einbestellt. Mit Einverständnis der Patienten wurde aber auch die eventuelle Nachsorgeeinrichtung (BIN, PSP etc) kontaktiert um einerseits die Abstinenz andererseits auch die Regelmäßigkeit der Nachsorge zu überprüfen.

#### **5.6: Testpsychologische Untersuchungsinstrumente**

Es folgt nun eine kurze Beschreibung des verwendeten Testinventars. Die Untersuchungsinstrumente setzten sich wie folgt zusammen:

### **5.6.1 Die Existenzskala (Längle A., Orgler Ch., Kundi M., 2000, Beltz Test)**

#### Beschreibung und Hinweise zur Anwendung:

Die Existenzskala ist ein Selbsteinschätzungsbogen und misst die „Kompetenz der Person für Existenz“ (die Kompetenz der Person mit sich und der Welt umgehen zu können). Sie besteht aus 4 Subskalen: Selbstdistanzierung, Selbsttranszendenz, Freiheit und Verantwortung. Die beiden ersten bilden den Superfaktor „personale“ Voraussetzung (P-Wert), die beiden letzten nehmen auf situative (existentielle) Gegebenheiten Bezug (E-Faktor), aus allem bildet sich der Gesamtwert Existenzerfülltheit (bzw. „die subjektiv empfundene Sinnhaftigkeit der Existenz“).

#### Beschreibung der Subskalen der ESK:

##### **1) Selbstdistanzierung (SD)**

Diese Subskala misst die Fähigkeit zur Schaffung eines inneren Freiraumes. Unter Selbstdistanzierung versteht man die Fähigkeit, zu sich selbst Abstand gewinnen zu können, aus dem heraus man sich zu sich selbst frei verhalten kann. Durch die SD gelingt es von Wünschen, Vorstellungen, Gefühlen etc soweit auf Distanz zu gehen, dass dadurch der Blick wieder frei wird auf die Welt. Es wird allerdings nicht die Freiheit von Wünschen und Gefühlen gemessen, sondern die Fähigkeit diese vor sich hinzustellen und sich innerlich so weit frei zu machen, dass sie einen nicht gefangen nehmen.

Ein niedriger SD- Wert (unter 26) bedeutet fehlende Distanz zu sich selbst, eine vorwiegende Beschäftigung mit sich selbst, aber auch eine situative Überlastung die zu Voreingenommenheit und eingeschränkter Wahrnehmung führt. Ein sehr hoher Wert (über 43) bedeutet, dass die Person zwar sehr gut auf Distanz zu sich selber gehen kann, aber dass sie möglicherweise auch eigene Empfindungen übersehen kann. Diese Personen haben oft das Gefühl nur zu funktionieren, nach außen wirken sie oft gefühllos, wobei dies abgeschwächt werden kann, wenn daneben hohe ST – Werte vorliegen.

## **2) Selbsttranszendenz (ST)**

Sie misst die Fähigkeit zum Wertempfinden und die freie Emotionalität, die sich in der Fähigkeit zum Näheaufnehmen und Mitfühlen, sich emotional – einlassen – können, im Ansprechen auf Werte (Wertfühlen) äußert. Unter Selbsttranszendenz wird somit die Fähigkeit zum emotionalen Mitschwingen (Wertberührung) und zum Wahrnehmen des inneren Berührt-Seins durch das Erlebte (Wertfühlen) verstanden. Sie stellt somit ein Instrument für das Auffinden und Erspüren subjektiver Werte dar. Die ST braucht die SD als Voraussetzung, denn die in der SD entwickelte kognitive Distanz gibt den Menschen frei für den emotionalen Weltbezug, der aber ohne emotionalen Innenbezug („innere Orientierung“) und Selbstannahme nicht möglich ist.

Ein niedriger ST – Wert (unter 58) bedeutet emotionale Flachheit und Beziehungsarmut, diese Menschen sind vorwiegend sachlich und funktionalistisch.

Ein sehr hoher ST Wert (über 81, Maximalwert 84) zeigt dass die Person gut in andere einfühlen kann, offen für Andersheit ist und sich auch einzulassen vermag. Sehr hohe Werte bedeuten, dass die emotionale Ansprechbarkeit (Affizierbarkeit) sehr dominierend ist, wenn nicht die SD entsprechend „mitgeht“ und die nötige Distanz schafft.

## **3) Freiheit (F):**

Diese Subskala misst die Entscheidungsfähigkeit. Es geht darum reale Handlungsmöglichkeiten im täglichen Leben ausfindig zu machen, sie entsprechend ihrer Wertigkeit zu hierarchisieren und zu einer persönlichen Entscheidung zu kommen. Die Entscheidungsfähigkeit erfordert einerseits Kraft und Mut, andererseits aber auch das Sehen vorhandener Wahlmöglichkeiten. Sie ist letztlich ein Evidenzgefühl für das Mögliche, mit dem der Mensch urteilen, frei wählen und entscheiden kann.

Ein niedriger F – Wert (unter 37) bedeutet Entscheidungsschwäche,

Unentschiedenheit. Diese Entscheidungsunsicherheit kann aus Unsicherheit und Angst entstehen, aber auch Depressionen, bei denen die Kraft für Entscheidung fehlt könnten dahinterstecken. Auch hysterische Züge, bei denen die Person viele Möglichkeiten sieht, aber nicht weiß was sie selber will (Zerrissenheitsgefühl). Aber auch eine fehlende Existentialität, eine fatalistische Haltung, in dem Fall der Glaube, dass Entscheidungen sowieso zu nichts führen könnte dahinter stecken. Es können sich dependente Lebensformen entwickeln, z.B. kann Geld, Alkohol, Spielen eine kompensatorische Funktion für ein mangelndes Freiheitsgefühl erhalten.

Bei sehr hohem F – Wert (über 58, Maximalwert 66) besteht die Neigung zu beurteilendem, kritischem und dominantem Verhalten, was mit einem Widerwillen gegen Einengung und sich – festlegen einhergeht. Diese Menschen bevorzugen sich aus Bindungen und nahen Beziehungen eher herauszuhalten und sind zurückhaltend im persönlichen Antwort – geben zumeist aus Angst vor Verletzung.

#### **4) Verantwortung (V)**

Diese Subskala misst das verbindliche Sich-Einlassen und die Bereitschaft sich entschieden und umsichtig auf persönliche Aufgaben und Werte einlassen zu können. Die daraus resultierende Konsequenzen werden vom Gefühl der Gewissheit das Richtige zu tun getragen. Gelebte Verantwortung ist eine Grundlage für die Bildung eines stabilen Selbstwertes.

Ein niedriger V – Wert (unter 41) bedeutet geringe Eigenverantwortung und mangelndes Engagement. Das Leben geschieht, ist wenig geplant, man ist mehr Zuschauer. Auch hier kann Angst vor dem „Schritt ins Leben“, vor den Mühen und bedrohlichen Konsequenzen dahinter stehen. Man braucht Sicherheit und Vorgaben. Aber auch Schuldgefühle , sowie Angst vor Schuld, als depressive Grundhaltung können hier zum Ausdruck kommen.

Einen hysterischen Hintergrund würde man bei Angst vor Einengung durch Verbindlichkeiten vermuten.

Ein sehr hoher V – wert (über 70, Maximalwert 78) entsteht durch konsequente

Eigenverantwortung und hohes Pflichtbewusstsein.

### **5) Der P – Wert: Personalität**

Er ist ein Maß für die Entfaltung des Person – Seins im Hinblick auf Weltoffenheit und Selbstwahrnehmung und wird aus der Summe von SD – Wert und ST – Wert gebildet.

Beschrieben wird die emotionale und kognitive Zugänglichkeit der Person für sich und die Welt.

Ein niedriger P – Wert (unter 86) weist auf Verslossenheit hin, die Person ist entweder mit sich selbst beschäftigt (anhaltende seelische Belastungen) oder der Zugang zu sich ist noch nicht entwickelt (Unreife) oder es hat bereits ein Abbau der Persönlichkeit stattgefunden, der mit kognitiver und affektiver Beeinträchtigung einhergeht (z.B: Chronifizierte Sucht).

Ein solitärer sehr hoher Wert (über 123, Maximalwert 132) stellt die Verletzlichkeit der Person in den Vordergrund und macht die Person bisweilen empfindsam, es wird auf die Sinneseindrücke sehr stark reagiert. Ein hoher E – Wert stellt dagegen einen guten Ausgleich dar.

### **6) Der E – Wert : Die Existentialität**

Dieser Wert ist ein Maß für die Fähigkeit sich entschieden und verantwortlich auf die Welt einzulassen. Er wird aus der Summe von F – wert und V – wert gebildet.

Während der P – Wert ein Maß für den Umgang mit sich selbst („innere Welt“) darstellt, gibt der E – Wert Auskunft über die Fähigkeit mit der äußeren Welt umgehen zu können.

Ein niedriger E – Wert (unter 81) weist auf eine entscheidungsschwache und gehemmte Lebensführung hin, es zeigt sich Unverbindlichkeit, geringe Belastbarkeit und Störanfälligkeit.

Bei sehr hohem Wert (über 127, Maximalwert 144) besteht ein klares , selbst – entschiedenes Zugehen auf die Welt. Der existentielle Schritt aus sich heraus in die

Welt wird als authentisch empfunden: Man findet sich in seiner Handlung wieder.

### **7) Der G – Wert: Gesamtwert**

Der G – Wert ist ein Maß für sinnerfüllte personale Existenz. Er wird aus der Summe von P-Wert und E – wert gebildet.

Der Gesamtwert ist eine Aussage über die Fähigkeit sich mit sich und mit der Welt zurechtzufinden und auf die inneren und äußeren Anforderungen und Wertangebote eingehen zu können. Er gibt einen Hinweis inwieweit es jemandem gelingt zu einem sinnvoll gestalteten Leben zu kommen, dessen Führung authentisch ist.

Ein niedriger G – Wert (unter 169) verweist auf eine unerfüllte Existenz. Es zeigt sich Verslossenheit und Gehemmtheit und fehlendes Engagement. Wenn bei niedrigem G – Wert schon eine psychische Krankheit vorliegt, so ist es wahrscheinlich, dass die Störung bereits ein schweres Ausmaß hat.

Bei sehr hohem G – Wert (über 249, Maximalwert 275) erlebt sich die Person als sehr offen, zugänglich, entschieden, einsatzbereit und pflichtbewusst. Gleichsam aber auch verletzlich, streng sich fordernd.

*Objektivität:* Durch standardisierte Instruktion und Auswertung der ESK ist Objektivität gewährleistet.

*Validität:* Die bisherigen Untersuchungen zur Validität der ESK , insbesondere Inhaltsvalidität, faktorielle Validität, Zusammenhang mit psychopathologischen Symptomen können als zufriedenstellend gelten.

*Reliabilität:* Die Reliabilität im Sinne der inneren Konsistenz (Kronbach-Alpha) ist zufriedenstellend hoch.

### **5.6.2 Die -Symptom-Check-List (SCL- 90-R) von L.R. Derogatis, Deutsche Version von Gabriele Helga Franke**

#### *Aufbau:*

Die SCL-90 R misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Die 90 Items der neun Skalen

beschreiben die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Drei Globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Der GSI misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI misst die Intensität der Antworten und der PST gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

#### Beschreibung und Hinweise zur Anwendung:

Die Symptom Check List ist ein Selbstbeurteilungsverfahren und erfasst mit Hilfe von 90 Fragen die symptomatische Belastung von Klienten, Patienten und Probanden. Die psychische Belastung kann auf einer fünfstufigen Linkert – Skala zwischen „überhaupt nicht“ und „sehr stark“ angegeben werden. Das vom Patienten zu betrachtende Zeitfenster umfasst die vergangenen sieben Tage bis zum Zeitpunkt der Beantwortung des Fragebogens.

#### Beschreibung der Subskalen der SCL -90-R

##### **1) Somatisierung:**

Zwölf Items beschreiben einfache körperliche Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen, die kardiovaskulärer, gastrointestinaler oder respiratorischer Art sein können. Kopfschmerzen, aber auch Schmerzen der Grobmuskulatur und somatische Komponenten der Angst sind weitere Definitionskriterien.

##### **2) Zwanghaftigkeit:**

Zehn Items umfassen leichte Konzentrationsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit. Erfasst werden auch Gedanken, Impulse und Handlungen, die als konstant vorhanden und nicht veränderbar und ungewollt empfunden werden.

##### **3) Unsicherheit im Sozialkontakt:**

Neun Items beschreiben leichte soziale Unsicherheit bis zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit. Selbstabwertung sowie deutliches Unbehagen bei interpersoneller Kommunikation sind charakteristische Manifestationen des Syndroms.

##### **4) Depressivität:**

Dreizehn Items umfassen Traurigkeit bis hin zu schwer ausgeprägten depressiven

Syndromen. Gemessen wird verringerte Motivation, gesunkenes Interesse am Leben, Verlust vitaler Energien, Gefühle der Hoffnungslosigkeit und andere kognitive und somatische Korrelate der Depression.

#### **5) Ängstlichkeit:**

Zehn Items beschreiben Nervosität bis hin zu starker Angst. Erfasst werden Gefühle von Besorgnis und Furcht aber auch Panikattacken und Schreckgefühle.

#### **6) Aggressivität /Feindseligkeit:**

Sechs Items beinhalten Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit dem Drang jemanden zu schlagen, zu verletzen, laut zu schreien oder immer wieder in Auseinandersetzungen zu geraten.

#### **7) Phobische Angst:**

Sieben Items beschreiben ein leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst. Erfasst wird unangemessene Furcht als Reaktion auf eine bestimmte Person, einen Platz, ein Objekt oder eine charakteristische Situation, die zu Vermeidungsverhalten führt.

#### **8) Paranoides Denken:**

Sechs Items umfassen Misstrauen bis hin zu starkem paranoiden Denken. Das paranoide Verhalten wird hier grundsätzlich als inhaltliche Denkstörung verstanden wie Gedankenprojektionen, Argwohn, Grandiosität, Angst vor Autonomieverlust etc.

#### **9) Psychotizismus:**

Zehn Items beschreiben das milde Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zu psychotischem Erleben. Die Skala umfasst isolierten schizoiden Lebensstil bis hin zu Primärsymptomen der Schizophrenie wie Halluzinationen und Gedankenzerfall.

Die drei globalen Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen 90 Items. Der GSI (Global severity index) misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI (Positive Symptom Distress Index) misst die Intensität der Antworten und der PST (Positive Symptom Total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Der GSI kann als bester Indikator für das aktuelle Ausmaß der insgesamt vorhandenen psychischen Belastung gelten. Der PST ist ein einfaches Maß für die Anzahl der Items bei denen eine Belastung berichtet wurde, unabhängig von deren Ausmaß. Der PSDI ist ein reines Intensitätsmaß, d.h. er gibt Auskunft über das

Ausmaß der Belastung bei den Items, bei denen eine Belastung berichtet wurde.

*Reliabilität:* Die Prüfung der Reliabilität erfolgte innerhalb großer Stichproben, in der Eichstichprobe N1 lag die interne Konsistenz (Kronbachs Alpha) der neun Skalen zwischen  $r_{\min} = 0,75$  (PHOB) und  $r_{\max} = 0,87$  (DEPR), die Reliabilität kann als gut bewertet werden.

*Validität:* DA die SCL – 90 – R Ergebnis eines langen Modifikationsprozesses ist, der immer wieder durch die Ergebnisse von Expertenbefragungen und von Patientenerhebungen bereichert wurde, kann den Items heute face validity zugesprochen werden.

*Objektivität:* Durch standardisierte Instruktion und Auswertung des SCL-90-R ist Objektivität gewährleistet.

## **5.7: Statistische Vorgehensweise:**

Im deskriptiv statistischen Teil wurden die Häufigkeiten von Merkmalsverteilungen beschrieben und in absoluten beziehungsweise prozentuellen Häufigkeiten angegeben.

Quantitative Variablen wurden durch ihre Mittelwerte und ihre Standardabweichungen beschrieben. Zum Nachweis von Gruppenunterschieden wurde der T-Test verwendet.

1. Deskriptivstatistische Beschreibung der untersuchten Stichprobe zum ersten Untersuchungszeitpunkt in bezug auf die erhobenen Variablen.
2. Deskriptivstatistische Beschreibung der Untersuchten zum 2. Untersuchungszeitpunkt mit getrennter Beschreibung der Gruppe der Rückfälligen und der Abstinenter
3. Vergleich dieser beiden Gruppen (Mittelwerts- bzw. Häufigkeitsvergleich) im Hinblick auf die erhobenen demographischen Daten und testpsychologischen Verfahren.

4. Vergleich der untersuchten Stichprobe mit den Ergebnissen der Untersuchung von M. Rainer (1993)
5. Einfluss der erhobenen Variablen auf die Tatsache, ob die PatientInnen rückfällig geworden sind oder nicht (Logistische Regression). – primäres Untersuchungsziel
6. Einfluss der erhobenen Variablen auf die Tatsache, ob die Patienten eine Nachsorge absolvieren. – sekundäres Untersuchungsziel

Die Durchführung der statistischen Auswertung erfolgte mit Hilfe des Computerprogramms SPSS PC auf einem Personal-Computer.

## **6. ERGEBNISSE:**

### **6.1: Stichprobenbeschreibung**

Da die Ergebnisse sehr komplex und umfassend sind, wurden die wichtigsten Inhalte am Ende der jeweiligen ausführlichen Unterkapitel in wenigen Sätzen kurz zusammengefasst, diese **Kurzzusammenfassungen** wurden **fett** gedruckt.

Diverse *methodische Hinweise* wurden in *Kursivschrift* verfasst, diese sind inhaltlich

nicht entscheidend und wurden speziell für statistisch interessierte Leser angemerkt.

Insgesamt konnten N=51 Patientinnen und Patienten in die Untersuchung mit der Existenzskala eingeschlossen werden. Alle Patientinnen und Patienten erfüllten die Kriterien für eine Diagnose der Alkoholabhängigkeit (F10.2) nach ICD-10.

Zusätzlich wurde bei 31 (62%) der Patienten eine weitere Diagnose gestellt, bei 14 Patienten also insgesamt 27,5% (8 davon weiblich) zeigte sich zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung, bei 13 Patienten (25,5%) eine Depression (4 davon weiblich, eine Patientin verübte drei Monate nach der Entlassung Selbstmord, sie nahm keine Nachsorge in Anspruch), bei 4 Patienten, also 8% (2 davon weiblich) wurde noch eine Angststörung diagnostiziert. Ein Vergleich der Diagnoseverteilung der Haller Stichprobe mit den Ergebnissen zu psychiatrischen Diagnosen einer vergleichbaren Stichprobe in einer Untersuchung von Rainer (1997) ist nicht möglich, da in letzterer Untersuchung die diagnostischen Kriterien nach ICD-9 zur Diagnosebestimmung herangezogen wurden.

Für die weitere Beschreibung der Untersuchungsstichprobe nach ausgewählten soziodemographischen Merkmalen soll, soweit es möglich ist, die von Rainer (1997) untersuchte Stichprobe alkoholabhängiger Patientinnen und Patienten in stationärer Entwöhnungsbehandlung als Referenzstichprobe herangezogen werden.

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung unterscheiden sich beide Stichproben kaum. Gleiches gilt für das Durchschnittsalter der Untersuchungsteilnehmer und Teilnehmerinnen in beiden Stichproben. Hinsichtlich des Familienstands weist die Haller Stichprobe einen höheren Anteil männlicher verheirateter Personen auf, während der Anteil weiblicher verheirateter Personen etwas niedriger ausfällt als in der Vergleichsstichprobe. Gleiches gilt für die Kategorie von in Scheidung lebender Teilnehmer an der Haller Untersuchung. Dagegen fällt der Anteil männlicher lediger Personen in der Haller Stichprobe deutlich niedriger aus als in der Referenzstichprobe, während umgekehrt sich der Anteil weiblicher lediger Personen in der Haller Stichprobe als deutlich höher erweist. Im Gegensatz zur Vergleichsstichprobe finden sich in der Haller Stichprobe keine verwitweten Personen.

Bezüglich der Wohnsituation ergeben sich zwischen beiden Stichproben keine Vergleichsmöglichkeiten, da in der Stichprobe von Rainer (1997) andere Fragekategorien zur Beschreibung der Wohnsituation der Patientinnen und Patienten

verwendet wurden als in der aktuellen Haller Stichprobe.

Der Erwerbsstatus beider Untersuchungsstichproben ist nur bedingt vergleichbar: In der Haller Untersuchung wurde nach Arbeitslosigkeit gefragt, worüber in der Referenzstichprobe keine Angaben gemacht wurden. Umgekehrt wurde in der Referenzstichprobe nach Vollzeit- und Teilzeiterwerbstätigkeit differenziert, was in der Haller Untersuchung nicht unterschieden wurde. In der Folge werden daher die Anteile von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung in der Vergleichsstichprobe von Rainer (1997) zusammen in der Kategorie „erwerbstätig“ in Tabelle 1 zusammenfassend aufgeführt. Zählt man jene Personen in der Haller Stichprobe zusammen, die dem Arbeitsmarkt aktuell und potentiell zur Verfügung stehen (Erwerbstätige + Arbeitslose), dann ergeben sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen beiden Stichproben im Hinblick auf den groben Erwerbstätigkeitsstatus. Insgesamt, sofern vergleichbare Angaben vorliegen, zeigen beide Stichproben durchaus eine sehr ähnliche soziodemographische Merkmalsverteilung. Die genauen prozentuellen Anteile der einzelnen soziodemographischen Merkmale der Haller Stichprobe sowie der Vergleichsstichprobe lassen sich Tabelle 1 entnehmen.

Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale der Untersuchungsstichprobe im Vergleich						
	Stichprobe Hall (2006)			Stichprobe nach Rainer (1997)		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
	% (N)	% (n)	% (n)	% (N)	% (n)	% (n)
Geschlecht	100 (51)	70.6 (36)	29.4 (15)	100 (46)	71.7 (33)	28.3 (13)
Familien-						

stand						
verheiratet	31.37 (16)	30.56 (11)	33.33 (5)	23.91 (11)	18.18 (6)	38.46 (5)
geschieden	29.41 (15)	30.56 (11)	26.67 (4)	26.09 (12)	24.24 (8)	30.77 (4)
ledig	39.22 (20)	38.89 (14)	40.00 (6)	45.65 (21)	54.54 (18)	23.07 (3)
verwitwet	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	4.35 (2)	3.03 (1)	7.69 (1)
Wohn- situation						
alleine lebend	45.10 (23)	47.22 (17)	40.00 (6)	-	-	-
in Partner- schaft	37.25 (19)	33.33 (12)	46.67 (7)	-	-	-
bei Eltern	17.65 (9)	19.44 (7)	13.33 (2)	-	-	-
Berufs- tätigkeit						
erwerbstätig	25.49 (13)	25.00 (9)	26.67 (4)	82.61 (38)	87.88 (29)	69.23 (9)
arbeitslos	52.94 (27)	58.33 (21)	40.00 (6)	-	-	-
nicht erwerbstätig / Pension	21.57 (11)	16.67 (6)	33.33 (5)	17.39 (8)	12.12 (4)	30.77 (4)
	M (SA)	M (SA)	M (SA)	M	M	M
Alter						
	43.49 (8.12)	44.12 (8.65)	41.99 (6.68)	-	46	38.5
Spannweite Alter	26.6 – 65.6	26.6 – 65.6	26.2 – 51.33	-	-	-

**Kurzzusammenfassung: Die untersuchte Haller Patientengruppe bestand ca. zu 70 % aus männlichen Probanden in etwa 30 % waren weiblich, das Durchschnittsalter betrug 43,5 Jahre. Insgesamt 45 % der Untersuchten lebten alleine. Über die Hälfte der Untersuchten war arbeitslos, knapp ein Viertel bereits pensioniert. Die soziodemographischen Daten ähneln der Untersuchungsgruppe von Rainer (1997).**

## **6.2. Daten zur Suchtanamnese:**

Die folgenden Tabelle gibt Auskunft über die Anamnese des problematischen Konsums von Alkohol, Benzodiazepinen und anderen illegalen Substanzen in der

Haller Stichprobe. Tabelle 2 macht deutlich, dass die männlichen Untersuchungsteilnehmer einen höheren Anteil an Personen (ca. 30%) mit einer sehr lang andauernden Alkoholsuchtproblematik (bis 25 Jahre oder länger) aufweisen als die weiblichen Befragten. Die große Mehrheit (ca. 87%) der Untersuchungsteilnehmerinnen gab dagegen an, dass ihre Alkoholproblematik seit etwa 15 Jahren andauere. Praktisch keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern gab es im Hinblick auf den Konsum von Benzodiazepinen und anderen illegalen Substanzen. Sofern eine oder beide dieser Substanzen genommen wurde, hielt der Konsum bis kurz vor Beginn der Entwöhnungsbehandlung an. Etwa 30% der Untersuchungsteilnehmer nahm zusätzlich Benzodiazepine, ca. 13% nahmen andere illegale Substanzen zu sich.

Tabelle 2: Anamnese der Suchtproblematik in der Haller Stichprobe			
	Gesamt	Männer	Frauen
	% (N)	% (n)	% (n)
	100 (51)	70.6 (36)	29.4 (15)
Alkoholprobleme bis ...			
zu 25 Jahre oder länger	23.5 (12)	30.6 (11)	6.7 (1)
zu 15 Jahre	68.6 (35)	61.1 (22)	86.7 (13)
zu 5 Jahre	7.8 (4)	8.3 (3)	6.7 (1)
Benzodiazepinkonsum bis ...			
6 Monate vor Entwöhnung	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
kurz vor Entwöhnung	29.4 (15)	27.8 (10)	33.3 (5)
Andere illegale Substanzen bis ...			
6 Monate vor Entwöhnung	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
kurz vor Entwöhnung	13.7 (7)	13.9 (5)	13.3 (2)

**Kurzzusammenfassung:** In etwa ein Viertel der Untersuchten, - davon überwiegend Männer- wies einen langjährigen Alkoholmißbrauch über 25 Jahre auf, die meisten (ca 70%) berichteten von einer ca. 15-jährigen Suchterfahrung. Ein Drittel der untersuchten Patientengruppe konsumierte zusätzlich Benzodiazepine , ca. 13 % illegale Drogen.

### 6.3: Rückfallhäufigkeit und Häufigkeit von Inanspruchnahme von Nachsorge

Bevor nun die Ergebnisse zu der Existenzskala im Vergleich zur schon aufgeführten Stichprobe von Rainer (1997) präsentiert werden, soll noch das Nachsorgeverhalten nach Beendigung der Entwöhnungstherapie sowie der Abstinenzstatus der Untersuchungsteilnehmer in der Haller Stichprobe beschrieben werden.

Die nachfolgende Tabelle 3 enthält die entsprechenden Informationen zur Inanspruchnahme von Nachsorgeeinrichtungen. Generell nehmen Frauen (80%) die verschiedenen Nachsorgeangebote in einem höheren Ausmaß in Anspruch als Männer (63%).

Insbesondere weisen Frauen durchgängig eine intensivere regelmäßige Inanspruchnahme verschiedener Nachsorgeangebote auf als Männer. Der überwiegende Teil der Klienten nämlich 21 (41,2%) nahm eine BIN Nachsorge in Anspruch, insgesamt 9 (17,7%) nahm eine Nachsorge durch das Projekt caravan in Anspruch, nur ein relativ kleiner Prozentsatz, nämlich 4 Patienten (7,8%) entschied sich für eine weiterführende Psychotherapie.

	Gesamt	Männer	Frauen
	% (N)	% (n)	% (n)
	100 (51)	70.6 (36)	29.4 (15)
Überhaupt Nachsorge in Anspruch			

genommen.	68.6 (35)	63.9 (23)	80.0 (12)
Bin-Nachsorge anfänglich*	9.8 (5)	5.6 (2)	20.0 (3)
Bin-Nachsorge regelmäßig*	31.4 (16)	30.6 (11)	33.3 (5)
Psychotherapie anfänglich	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
Psychotherapie regelmäßig	7.8 (4)	2.8 (1)	20.0 (3)
PSP-Nachsorge anfänglich	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
PSP-Nachsorge regelmäßig	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
Caravan-Nachsorge anfänglich	11.8 (6)	16.7 (6)	0.0 (0)
Caravan-Nachsorge regelmäßig	5.9 (3)	2.1 (1)	13.3 (2)
EMMAUS-Nachsorge anfänglich	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
EMMAUS-Nachsorge regelmäßig	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
Andere Einrichtung	2.9 (2)	5.6 (2)	0.0 (0)

- Mehrfachantworten waren möglich, \* regelmäßig bedeutet: bis zum 2. Untersuchungszeitpunkt, sechs Monate nach der stationären Entwöhnung, \*anfänglich bedeutet : baldiger Abbruch;

Die Tabelle 4 zeigt nun die Entwicklung des Abstinenzstatus der Untersuchungsteilnehmer nach Beendigung der Entwöhnungstherapie für verschiedene Phasen auf. Insgesamt unterschieden sich Männer und Frauen kaum in den Anteilen rückfällig gewordener. Frauen wiesen jedoch tendenziell ein eher früheres Rückfallgeschehen auf (vor allem während des 1. Monats nach Beendigung der Entwöhnung), während Männer eher erst nach 3 Monaten rückfällig wurden.

Tabelle 4: Rückfallgeschehen nach der Entwöhnungstherapie in der Haller Stichprobe			
	Gesamt	Männer	Frauen
	% (N)	% (n)	% (n)
	100 (51)	70.6 (36)	29.4 (15)
Überhaupt Rückfall nach Entlassung	51.0 (26)	52.8 (19)	46.7 (7)
Rückfall innerhalb...			
einer Woche nach Entlassung	7.8 (4)	5.6 (2)	13.3 (2)
eines Monats nach Entlassung	17.6 (9)	16.7 (6)	20.0 (3)
drei Monaten nach Entlassung	19.6 (10)	22.2 (8)	13.3 (2)
mehr als drei Monaten nach Entlassung	5.9 (3)	8.3 (3)	0.0 (0)

**Kurzzusammenfassung: Insgesamt nahmen knapp 70 % der Untersuchten eine Nachsorge, vorzugsweise durch den Verein BIN in Anspruch. Nahezu die Hälfte der Patienten absolvierte eine regelmäßige Nachsorge bis zum zweiten Untersuchungszeitpunkt.**

**Es wurden 51 % der befragten Patienten rückfällig, der größte Teil innerhalb der ersten drei Monate nach Entlassung.**

#### **6.4 : Testpsychologische Untersuchungsergebnisse, Vergleiche zu anderen Studien**

Im Vergleich zu den Mittelwerten einer Stichprobe von Patienten und Patientinnen einer stationären Entwöhnungsbehandlung, die Rainer (1997) in seiner Untersuchung berichtet, fallen die Mittelwerte auf allen Dimensionen der Existenzskala der Haller Stichprobe deutlich höher aus.

Darüber findet sich auch nicht das Muster von fast durchgängig höheren Mittelwerten von Frauen auf den unterschiedlichen Dimensionen der Existenzskala, von denen Rainer (1997) berichtet; vielmehr fanden sich in der Haller Stichprobe fast durchgängig höhere Mittelwerte bei den männlichen Untersuchungsteilnehmern. Die Ausnahme bildet die Skala „Selbstdistanzierung“, auf welcher die Untersuchungsteilnehmerinnen der Haller Stichprobe – übrigens in Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Rainer (1997) – einen höheren Mittelwert aufwiesen.

Dagegen finden sich eine größere Übereinstimmungen der Haller Stichprobe mit der nicht publizierten Studie nach Jarosik und Münt (1997). Diese untersuchten N=77 stationär aufgenommene Alkoholranke, wobei über die Geschlechts- und Altersverteilung dieser Stichprobe leider keine Informationen in den zugänglichen Quellen gemacht wurden (Orgler, 2000; Längle et al., 2000).

Da für letztere Studie auch Standardabweichungen auf den Dimensionen der Existenzskala vorliegen, konnte mittels T-Tests untersucht werden, ob die Haller Stichprobe und die Stichprobe von Jarosik und Münt (1997) sich hinsichtlich ihrer Mittelwertsunterschiede nur zufällig unterscheiden – *dies wäre theoriekonform, sollten beide Stichproben aus einer Grundgesamtheit stammen. Alle Vergleiche fallen nach Bonferroni-Adjustierung (Für das 5%-Niveau: adjustiertes  $p^* = p/7 = 0.05/7 = 0.007$ ) der multiplen Tests in einer Stichprobe erwartungskonform aus (vgl. Tabelle 5); keiner der p-Werte unterschreitet den Wert von  $p^* = .007$  (Im übrigen sprechen auch die geringen Effektstärken  $Eta^2$  für vernachlässigbare Unterschiede zwischen beiden Stichproben).*

Daher können sämtliche gemessenen Unterschiede zwischen der Haller Stichprobe und der Stichprobe von Jarosik und Münt (1997) als zufällig angesehen werden. Somit lässt sich aus dem Vergleich schließen, dass die Haller Stichprobe eine eher „typische“ Stichprobe von Alkoholabhängigen darstellt.

Es scheint nach bisher vorliegenden Ergebnissen eine relativ große Variation in Stichproben mit Alkoholabhängigen im Hinblick auf die durchschnittliche Ausprägung der von der Existenzskala gemessenen Dimensionen zu geben (Orgler, 2000).

Tabelle 5: Mittelwerte der Existenzskala der Haller Untersuchungsstichprobe sowie der Vergleichsstichproben von Alkoholabhängigen					
Existenzskala	Stichprobe Hall (2006)		Stichprobe Rainer (1997)	Stichprobe Jarosik und Münt (1997; zit. nach Längle et al., 2000)	T-Test Hall vs. Jarosik & Münt (1997)

	Gesamt	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Gesamt	t-Wert/ p/ Eta <sup>2</sup>
	M (SA)	M (SA)	M (SA)	M	M	M (SA)	(Fg. = 126)
	N = 51	n = 36	n = 15	n = 33	n = 13	N = 77	
Selbstdistanzierung	32.00 (7.86)	31.52 (7.81)	33.13 (8.15)	21.36	25.38	31.10 (8.04)	0.63/.532/.003
Selbsttranszendenz	66.24 (13.15)	67.22 (10.75)	63.87 (17.91)	44.63	51.23	61.44 (11.74)	2.16/.033/.036
Freiheit	47.08 (12.15)	48.03 (10.51)	44.80 (15.58)	31.72	35.38	43.75 (10.99)	1.61/.110/.020
Verantwortung	55.90 (13.58)	56.67 (12.32)	54.07 (16.56)	37.75	35.07	52.09 (13.58)	1.55/.123/.019
Personalität	98.24 (24.78)	98.75 (16.74)	97.00 (24.78)	66.00	70.46	92.42 (17.56)	1.56/.112/.018
Existenzialität	102.98 (24.77)	104.69 (21.53)	98.87 (31.73)	69.48	70.46	95.86 (22.60)	1.67/.096/.022
Existenzerfülltheit	201.22 (42.16)	203.44 (36.24)	195.87 (54.96)	135.48	147.07	188.21 (37.54)	1.87/.070/.026

Abschließend soll noch zur Bewertung der Güte der Haller Stichprobe ein Vergleich mit der Norm- oder Eichstichprobe der Existenzskala präsentiert werden; bisherige Ergebnisse zur Trennfähigkeit der Existenzskala zeigen mehrheitlich, dass die Existenzskala zwischen klinischen und nicht-klinischen Stichproben diskriminiert (Orgler, 2000; Längle et al., 2000). Vor diesem Hintergrund ist die Hypothese ableitbar, dass die Haller Stichprobe auf allen Dimensionen der Existenzskala niedrigere Mittelwerte aufweisen sollte als die für die österreichische Bevölkerung annähernd repräsentative nicht-klinische Normstichprobe (Längle et al., 2000).

Tabelle 6 können die Mittelwerte und Standardabweichungen (als Normwerte bzw. T-Werte) der Haller Stichprobe entnommen werden. Insgesamt trifft in der Gesamtgruppe als auch für beide Geschlechter zu, dass die Mittelwerte niedriger als in der Normstichprobe ausfallen. Allerdings bewegen sich alle Mittelwerte im Bereich einer Standardabweichung (SA= +/-10) unter den normierten Wert von M=50 der Normstichprobe, so dass von keinen ausgeprägten Unterschied zwischen der Haller Stichprobe und der Normstichprobe ausgegangen werden kann.

Tabelle 6: Mittelwerte (T-Werte) der Haller Stichprobe auf der Existenzskala						
Existenzskala	Stichprobe Hall (2006)					
	Gesamt		Männer		Frauen	
	M	SA	M	SA	M	SA
	N = 51		n = 36		n = 15	
Selbstdistanzierung	46.10	11.23	45.28	10.85	48.07	12.24
Selbsttranszendenz	46.53	11.53	46.58	10.11	46.40	14.80
Freiheit	47.35	11.52	48.03	10.40	45.73	14.12
Verantwortung	49.57	11.76	50.06	10.82	48.40	14.11
Personalität	45.67	11.20	45.50	9.81	46.07	14.40
Existenzialität	48.35	11.87	48.94	10.69	46.93	14.65
Existenzerfülltheit	46.76	11.88	46.97	10.48	46.27	15.13

Die sonstige Belastung durch psychopathologische Symptome in der Haller Stichprobe wurde mit den Skalen der revidierten Version der Symptom-Checkliste 90 (SCL-90-R; Franke, 1995) gemessen. In Tabelle 7 sollen die genormten Mittelwerte der globalen Belastungsindexe wiedergegeben werden. Dabei beziehen sich die Normwerte auf eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe der bundesrepublikanischen Bevölkerung (Hessel et al. 2001).

Insgesamt weist weder die Gesamtstichprobe noch Männer und Frauen separat gruppenspezifische genormte Mittelwerte auf, die auffallend höher liegen als die jeweiligen Normstichproben. Bemessen am Mittelwert von M=50 (T-Transformation) der jeweiligen Normstichprobe, liegen die meisten Mittelwerte um +/- 5 T-Werteinheiten über oder unter dem Mittelwert der Normstichprobe. Damit liegen die Mittelwerte der Haller Stichprobe im Bereich einer Standardabweichung der Normstichprobe (SA Normstichprobe = +/- 10).

Tabelle 7: Psychopathologische Belastung nach SCL-90-R (T-Werte) der Haller Stichprobe			
	Stichprobe Hall (2006)		
	Gesamt	Männer	Frauen
	M (SA)	M (SA)	M (SA)
GSI	54.49 (9.65)	55.69 (8.75)	55.53 (12.05)
PSDI	51.51 (9.13)	45.89 (16.13)	51.73 (17.38)
PST	55.00 (8.74)	58.03 (7.59)	55.77 (9.70)

Es zeigte sich, dass bei 13 Patienten (26% der gesamten Stichprobe) ein erhöhter GSI Wert festgestellt werden konnte, bei 10 Untersuchten ein erhöhter PSDI-Wert und bei 17 der Befragten ein erhöhter PST-Wert (siehe Tabelle 8). Insgesamt muss also davon ausgegangen werden, dass sich die Patienten insgesamt als relativ wenig belastend beschrieben, wobei überlegt werden muss, ob nicht Dissimulierungs- bzw Bagatellisierungstendenzen vorliegen.

Tabelle 8: Anteil jener Patienten, die höhere Belastungswerte bei der SCL- 90 R aufwiesen

**Untersuchte Patienten insgesamt: N = 51**

**SCL-90-R: GSI > 60 (T-Norm: Erwachsene geschlechtsspezifisch)**

**Statistiken**

Geschlecht

N	Gültig	13
	Fehlend	0

**Geschlecht**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weiblich	6	46.2	46.2	46.2
	männlich	7	53.8	53.8	100.0
<b>Gesamt</b>		<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

**SCL-90-R: PSDI > 60 (T-Norm: Erwachsene geschlechtsspezifisch)**

**Statistiken**

Geschlecht

N	Gültig	10
	Fehlend	0

**Geschlecht**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weiblich	5	50.0	50.0	50.0
	männlich	5	50.0	50.0	100.0
<b>Gesamt</b>		<b>10</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

**SCL-90-R: PST > 60 (T-Norm: Erwachsene geschlechtsspezifisch)**

**Statistiken**

Geschlecht

N	Gültig	17
	Fehlend	0

**Geschlecht**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weiblich	7	41.2	41.2	41.2
	männlich	10	58.8	58.8	100.0
<b>Gesamt</b>		<b>17</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

**Kurzzusammenfassung:** Vergleiche mit anderen Studien zeigten höhere Mittelwerte bei der Existenzskala als bspw bei Rainer (1997), größere Übereinstimmungen mit der Studie von Jarosik und Müntst (1997).

Insgesamt fallen die Mittelwerte der Existenzskala in dieser Untersuchung aber niedriger aus als in der Normstichprobe. In der Symptom Check List konnte bei einem Viertel der Untersuchten ein erhöhter Gesamtwert festgestellt werden.

## **6.5 Ergebnisse zur Vorhersage der Inanspruchnahme von Nachsorgeeinrichtungen und des Alkoholrückfalls**

Nach den Abschnitten zur Beschreibung der Stichprobe und wesentlicher Stichprobenparameter sollen nun die zwei zentralen Fragestellungen dieser Arbeit beantwortet werden:

1. Eignet sich die Existenzskala als Vorhersageinstrument für die Inanspruchnahme von Nachsorgeeinrichtungen nach Beendigung der stationären Entwöhnungstherapie?
2. Eignet sich die Existenzskala als Vorhersageinstrument für den Alkoholrückfall bzw. die Erhaltung der Abstinenz nach Beendigung der stationären Entwöhnungstherapie?

In den zu berechnenden logistischen Regressionsmodellen sollen ebenfalls zusätzliche Kontrollvariablen als Blöcke berücksichtigt werden: es handelt sich um die in Tabelle 1 und Tabelle 2 aufgeführten soziodemographischen und suchtspezifischen Variablen.

Der Vergleich der unterschiedlichen Modelle soll schließlich in ein vorläufig optimales Vorhersagemodell des Rückfalls/Abstinenz münden, welches zum Beispiel in weiteren unabhängigen Stichproben überprüft werden könnte.

*Die globalen Kennwerte der SCL-90-R (GSI, PSDI, PST) wurden in getrennten Regressionsmodellen als Vorhersagevariablen eingesetzt, da die globalen Kennwerte nicht unabhängig voneinander definiert sind und somit hoch miteinander korrelieren ( $r [GSI, PSDI] = .694$ ;  $r [GSI, PST] = .938$ ), was bekannter Maßen zu Kolinearitätsproblemen in Regressionen führt.*

*Gleiches gilt auch für die verschiedenen Dimensionen der Existenzskala, daher wurde die Entscheidung getroffen, die jeweiligen Werte der Dimensionen der Existenzskala in*

getrennten Regressionsmodellen zu überprüfen.

Die folgende Tabelle 9 gibt einen Überblick über die Gesamtheit der explorativen Regressionsmodelle, d. h. die unterschiedlichen Kombinationen von abhängiger Variable und unabhängigen Variablen.

Tabelle 9. Übersicht über die berechneten Regressionsmodelle		
Modell	Abhängige Variable	Unabhängige Variablen
Nr.		
1	Inanspruchnahme Nachsorge überhaupt	Soziodemographische Variablen
2	Inanspruchnahme Nachsorge überhaupt	Suchtspezifische Variablen
3-5	Inanspruchnahme Nachsorge überhaupt	Globale Kennwerte SCL-90-R
6-12	Inanspruchnahme Nachsorge überhaupt	Existenzskala verschiedene Summenwerte
13	Inanspruchnahme Nachsorge anfänglich	Soziodemographische Variablen
14	Inanspruchnahme Nachsorge anfänglich	Suchtspezifische Variablen
15-17	Inanspruchnahme Nachsorge anfänglich	Globale Kennwerte SCL-90-R
18-24	Inanspruchnahme Nachsorge anfänglich	Existenzskala verschiedene Summenwerte
25	Inanspruchnahme Nachsorge regelmäßig	Soziodemographische Variablen
26	Inanspruchnahme Nachsorge regelmäßig	Suchtspezifische Variablen
27-29	Inanspruchnahme Nachsorge regelmäßig	Globale Kennwerte SCL-90-R
30-36	Inanspruchnahme Nachsorge regelmäßig	Existenzskala verschiedene Summenwerte
37	Alkoholrückfall überhaupt nach Entwöhnung	Inanspruchnahme Nachsorge überhaupt
38	Alkoholrückfall überhaupt nach Entwöhnung	Inanspruchnahme Nachsorge anfänglich
39	Alkoholrückfall überhaupt nach Entwöhnung	Inanspruchnahme Nachsorge regelmäßig
40	Alkoholrückfall überhaupt nach Entwöhnung	Soziodemographische Variablen
41	Alkoholrückfall überhaupt nach Entwöhnung	Suchtspezifische Variablen
42-44	Alkoholrückfall überhaupt nach Entwöhnung	Globale Kennwerte SCL-90-R
45-51	Alkoholrückfall überhaupt nach Entwöhnung	Existenzskala verschiedene Summenwerte
52	Rückfall bis einschl. 1 Monat nach Entwöhnung	Inanspruchnahme Nachsorge überhaupt
53	Rückfall bis einschl. 1 Monat nach Entwöhnung	Inanspruchnahme Nachsorge anfänglich
54	Rückfall bis einschl. 1 Monat nach Entwöhnung	Inanspruchnahme Nachsorge regelmäßig
55	Rückfall bis einschl. 1 Monat nach Entwöhnung	Soziodemographische Variablen
56	Rückfall bis einschl. 1 Monat nach Entwöhnung	Suchtspezifische Variablen
57-59	Rückfall bis einschl. 1 Monat nach Entwöhnung	Globale Kennwerte SCL-90-R
60-66	Rückfall bis einschl. 1 Monat nach Entwöhnung	Existenzskala verschiedene. Summenwerte
67	Rückfall mehr als 1 Monat nach Entwöhnung	Inanspruchnahme Nachsorge überhaupt
68	Rückfall mehr als 1 Monat nach Entwöhnung	Inanspruchnahme Nachsorge anfänglich
69	Rückfall mehr als 1 Monat nach Entwöhnung	Inanspruchnahme Nachsorge regelmäßig
70	Rückfall mehr als 1 Monat nach Entwöhnung	Soziodemographische Variablen
71	Rückfall mehr als 1 Monat nach Entwöhnung	Suchtspezifische Variablen
72-74	Rückfall mehr als 1 Monat nach Entwöhnung	Globale Kennwerte SCL-90-R
75-81	Rückfall mehr als 1 Monat nach Entwöhnung	Existenzskala verschiedene Summenwerte

Folgend soll zusammenfassend referiert werden, welche der in Tabelle 9 aufgeführten Regressionsmodelle signifikante Vorhersagevariablen identifizierten. *Dabei wurde aus heuristischen Gründen das Niveau des Fehlers vom Typ I auf  $\alpha \leq .10$  festgelegt, da es hauptsächlich um eine explorative Identifikation potentieller Prädiktoren für die optimierten Regressionsmodelle ging.*

Wurden Nachsorgeeinrichtungen überhaupt in Anspruch genommen, so erwiesen sich Arbeitslosigkeit ( $p < .10$ ) und Nicht-Erwerbstätigkeit ( $p < .10$ ) eher als Hindernisse für deren Inanspruchnahme (Referenzkategorie: Erwerbstätigkeit). Eine regelmäßige Inanspruchnahme von Nachsorgeeinrichtungen wurde ebenfalls von Arbeitslosigkeit erschwert ( $p < .05$ ); ebenso scheint ein Zusammenleben mit Eltern ( $p < .10$ ) einer regelmäßigen Inanspruchnahme eher hinderlich zu sein (Referenzkategorie: alleine lebend). Eine anfängliche Inanspruchnahme von Nachsorgeeinrichtungen wird durch ein höheres Alter ( $p < .05$ ), das Zusammenleben mit den Eltern ( $p < .10$ ) sowie Arbeitslosigkeit ( $p < .10$ ) eher gefördert, während das Zusammenleben mit einem Partner ( $p < .10$ ) eher nicht eine anfängliche Inanspruchnahme einer Nachsorgeeinrichtung unterstützt. Nach diesen Ergebnissen deutet sich an, dass diejenigen soziodemographischen Merkmale, welche einer anfänglichen Nutzung von Nachsorgeeinrichtungen förderlich sind, im Verlauf der Zeit sich eher zu Hindernissen einer regelmäßigen Inanspruchnahme entwickeln.

Suchtmerkmale scheinen nur in einem sehr begrenzten Ausmaß einen Einfluss auf das Nachsorgeverhalten auszuüben: Patienten, deren Alkoholprobleme zumindest 25 Jahre oder länger andauern ( $p < .10$ ), tendieren eher dazu, anfänglich Nachsorgeeinrichtungen aufzusuchen.

Hinsichtlich psychischer Symptombelastungen zeigte sich, dass der globale SCL-90-R PST-Wert vorhersagt, ob Nachsorgeangebote überhaupt in Anspruch genommen wurden. Je weniger Symptome eine Person angab, desto höher war die Häufigkeit der Teilnahme an Nachsorgeangeboten überhaupt ( $p < .05$ ). Gleiches gilt für das Verhältnis von SCL-90-R PST-Wert und regelmäßiger Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten: je weniger Symptome angegeben wurden, desto eher war eine regelmäßige Teilnahme an Nachsorgeangeboten zu verzeichnen ( $p < .10$ ).

Die anfängliche Nutzung von Nachsorgeangeboten wurde durch zwei Werte der Existenzskala vorhergesagt: niedrigere Selbstdistanzierungs- ( $p < .05$ ) und Personalitätswerte ( $p < .10$ ) sagten eine höhere anfängliche Inanspruchnahme von

Nachsorgeangeboten vorher.

Im Gegensatz dazu sagten höhere Selbstdistanzierungs- ( $p < .05$ ) und Personalitätswerte ( $p < .10$ ) auf der Existenzskala eine stärkere regelmäßige Nutzung von Nachsorgeangeboten vorher.

Insgesamt deuten die bisherigen Ergebnisse darauf hin, dass zwei der von der Existenzskala gemessenen Dimensionen als bedeutsame Prädiktoren für die kurz- als auch längerfristige Vorhersage der Nutzung von Nachsorgeeinrichtungen und Betreuungsangeboten nach der Beendigung der Alkoholentwöhnungstherapie genutzt werden können. Insbesondere ergeben sich auf Basis dieser Untersuchung Hinweise, dass möglicherweise Personen mit relativ niedrigeren Selbstdistanzierungs- und Personalitätswerten zu einer „unrealistischen“ oder überzogenen Erwartungshaltung hinsichtlich der Wirksamkeit von Nachsorgeeinrichtungen tendieren könnten, da relativ geringer ausgeprägte Werte auf diesen beiden Dimensionen zwar eine anfängliche Nutzung der Nachsorgeeinrichtungen vorhersagten, es jedoch offensichtlich im weiteren Verlauf der Nachbehandlung zu einem Abbruch der Inanspruchnahme der Nachsorge kam.

Überhaupt einen Alkoholrückfall nach der Entwöhnungsbehandlung zu erfahren, sagten zwei soziodemographische Variablen voraus: der Status der Arbeitslosigkeit ( $p < .01$ ) und der Nicht-Erwerbstätigkeit ( $p < 0.5$ ) erhöhten die Wahrscheinlichkeit, einen Rückfall innerhalb des Untersuchungszeitraums zu erleben. Allerdings waren keine soziodemographischen Variablen signifikant mit den abhängigen Variablen Rückfall innerhalb eines Monats oder Rückfall mehr als ein Monat nach Beendigung der Entwöhnungsbehandlung verknüpft.

Suchtspezifische Merkmale waren nur relativ schwach mit den Rückfallgeschehen assoziiert: der Zusatzkonsum illegaler Drogen ( $p < .05$ ) erhöhte die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Monats nach der Beendigung der Entwöhnungsbehandlung wieder einen Alkoholrückfall zu erleben.

Der engste Zusammenhang zwischen Beendigung der Entwöhnungsbehandlung und Rückfallgeschehen erklärt sich – nicht überraschend – durch die Inanspruchnahme von Nachsorgeeinrichtungen. Je öfter überhaupt Nachsorge genutzt wurde ( $p < .01$ ), und je öfter Nachsorge regelmäßig genutzt wurde ( $p < .001$ ), desto seltener ereignete sich überhaupt ein Alkoholrückfall. Ebenso führte die Inanspruchnahme einer regelmäßigen Nachsorge ( $p < .05$ ) zu einem selteneren Rückfallgeschehen

innerhalb eines Monats nach Beendigung der Entwöhnungstherapie. Dagegen hatte die nur anfängliche Teilnahme an Nachsorgemaßnahmen den gegenteiligen Effekt; sie unterstützte sogar die Häufigkeit des Rückfallgeschehens innerhalb eines Monats nach Beendigung der Entwöhnungsbehandlung ( $p < .01$ ). Wie schon im Hinblick auf die Ergebnisse zu der Existenzskala angedeutet, scheint eine nur anfängliche Teilnahme an Nachsorgeangeboten eine insgesamt ungünstigere und risikoreichere Konstellation zu indizieren, sich negativ auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz auszuwirken. Konsistent mit diesen Befunden zeigte sich dann auch, dass sowohl die Inanspruchnahme von Nachsorge überhaupt ( $p < .001$ ) als auch die regelmäßige Inanspruchnahme von Nachsorge ( $p < .05$ ) mit einem jeweils selteneren Rückfallgeschehen nach über einem Monat nach Beendigung der Entwöhnungsbehandlung verbunden waren.

Psychisch belastende Symptome, gemessen mit der SCL-90-R, waren auf unterschiedliche Weise mit dem Rückfallgeschehen verbunden. Zum Einen zeigte sich, dass die Ausprägung des globalen Schweregradindex der SCL-90-R (GSI) das Risiko, innerhalb eines Monats rückfällig zu werden, erhöhte ( $p < .05$ ). Zum Anderen ließ sich wiederum festhalten, dass eine geringere Intensität der selbst berichteten Symptome, wie sie der globale Kennwert PSDI zum Ausdruck bringt, eine höhere Wahrscheinlichkeit, nach mehr als einem Monat rückfällig zu werden, vorhersagte ( $p < .05$ ). Möglich ist, dass sich darin Bagatellisierungstendenzen in der Symptombewertung zum Zeitpunkt der Befragung während der Entwöhnungsbehandlung manifestieren, welche mit einem „unrealistischen“ Optimismus verbunden sind, nach der Entwöhnungsbehandlung den Abstinenzstatus aufrecht erhalten zu können.

Die Ergebnisse im Hinblick auf den Zusammenhang von Existenzskala und Rückfallgeschehen zeigen zwar dass keiner der unterschiedlichen Summenwerte, die mit Hilfe der Items der Existenzskala gebildet werden können, sich als überzufällig vorhersagekräftig in Bezug auf das Rückfallgeschehen erwies, aber „indirekt“ im Rahmen der Inanspruchnahme der Nachsorge, wo sich der Selbstdistanzierungswert als besonders aussagekräftig erwies, möglicherweise doch Aussagen über eine mögliche Rückfallgefährdung gestellt werden können.

Auf Basis der geschilderten explorativen Regressionsmodelle ließen sich folgende zu überprüfende Gesamtmodelle formulieren, welche in Tabelle 10 zusammengefasst sind.

Tabelle 10: Zusammenfassung überprüfter regressionsanalytischer Gesamtmodelle		
Abhängige Variable		Unabhängige Variablen
Nutzung Nachsorge überhaupt	=	Arbeitslos + Nicht-Erwerbstätigkeit + SCL-90-R PST
Nutzung Nachsorge regelmäßig	=	Arbeitslos + Zusammenleben Eltern + SCL-90-R PST + Selbstdistanzierung + (Personalität)*
Nutzung Nachsorge anfänglich	=	Alter + Zusammenleben Eltern + Arbeitslos + Zusammenleben mit Partner + Alkoholprobleme seit mind. 25 J. + Selbstdistanzierung + (Personalität)
Alkoholrückfall überhaupt	=	Arbeitslos + Nicht-Erwerbstätigkeit + Nachsorge überhaupt + (Nachsorge regelmäßig)
Alkoholrückfall innerhalb 1 Monat	=	Gebrauch illegaler Drogen + Nachsorge regelmäßig + (Nachsorge anfänglich) + SCL-90-R GSI
Alkoholrückfall mehr als 1 Monat	=	Nachsorge überhaupt + (Nachsorge regelmäßig) + SCL-90-R PSDI

\* Unabhängige Variablen in Klammern wurden separat in Regressionsmodelle eingegeben, welche die jeweils davor aufgelistete Variable nicht enthielten, da in diesen Fällen Abhängigkeiten zwischen den Variablen gegeben waren.

Die Ergebnisse sind in den Tabellen 12-13 zusammengefasst (siehe ANHANG).

Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Nachsorgeeinrichtungen überhaupt ergaben sich keine neuen Einsichten; je weniger Symptome eine Person während der Entwöhnungsbehandlung angab (SCL-90-R PST-Index), desto eher nutzte sie später eine Nachsorgeeinrichtung, allerdings ist dieser Zusammenhang nicht besonders stark ausgeprägt. *Das Gesamtmodell stellt zwar eine signifikante Verbesserung gegenüber dem entsprechenden Nullmodell dar, die erklärte Varianz verbessert sich gegenüber dem Nullmodell jedoch kaum.*

Dagegen ließ sich die regelmäßige Inanspruchnahme von Nachsorgeeinrichtungen recht gut durch drei signifikante Prädiktoren erklären:

Das Zusammenleben mit den Eltern sowie Arbeitslosigkeit wirken sich hemmend auf eine regelmäßige Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten aus, während ein relativ höheres Ausmaß an Selbstdistanzierung die regelmäßige Nutzung der Nachsorgeeinrichtungen förderte. *Das Gesamtmodell stellte eine signifikante Verbesserung gegenüber dem Nullmodell dar und erklärte, je nach  $R^2$ -Koeffizient, zwischen 26% und 41% der Varianz der abhängigen Variablen. Die alternative Verwendung der Persönlichkeitsscores der Existenzskala in demselben Modell verschlechterte die Anpassung; Persönlichkeit erwies sich in diesem Kontext, im Gegensatz zur **Selbstdistanzierung**, nicht als signifikanter Prädiktor ( $p = .58$ ) der regelmäßigen Nutzung.*

Im Falle der anfänglichen Inanspruchnahme von Nachsorgeeinrichtungen konnten ebenfalls keine neuen Erkenntnisse durch das Gesamtmodell gewonnen werden. Wie schon im Falle der explorativen Regression erwies sich nur die Dimension **Selbstdistanzierung** als signifikanter Prädiktor. Je geringer der relative Selbstdistanzierungswert in der Entwöhnungsbehandlung war, desto stärker war die anfängliche Nutzung der Nachsorgeangebote. *Allerdings erwies sich dieses Gesamtmodell als schlecht angepasst; das Nullmodell erklärte einen höheren Anteil der Varianz als das Gesamtmodell.* Dagegen erwies sich die ESK Dimension Persönlichkeit nicht als signifikanter Prädiktor in diesem Modell.

Nachdem sich also der Faktor Selbstdistanzierung als entscheidender Prädiktor herausgestellt hat, soll im Folgenden noch dargestellt werden im Rahmen welcher Mittelwerte sich die Unterschiede darstellen bzw was in dieser Untersuchung bspw unter einem niedrigen Selbstdistanzierungswert verstanden wird. (siehe Tabelle 11 - 1, 11 - 2, 11 - 3)

Tabelle 11 -1: **ESK\_SD Selbst-Distanzierung \* Nachsorge überhaupt in Anspruch genommen**  
**Mittelwerte im Vergleich**

Nachsorge überhaupt in Anspruch genommen		ESK SD Selbst-Distanzierung Mittelwerte der untersuchten Stichprobe	ESK_SD Selbst-Distanzierung Mittelwerte einer altersgemäßen Normstichprobe
nein	Mittelwert	<b>45.938</b>	48.438
	Standardabweichung	9.8486	9.2229
	N	16	16
ja	Mittelwert	<b>46.171</b>	49.314
	Standardabweichung	11.9422	11.3391
	N	35	35
Insgesamt	Mittelwert	46.098	49.039
	Standardabweichung	11.2290	10.6357
	N	51	51

Es zeigte sich also in Tabelle 11 -1, dass diejenige Gruppe die keine Nachsorge in Anspruch nahm, bestehend aus 16 Personen, einen niedrigeren Mittelwert (45,9) auf der Selbstdistanzierungsskala aufwies, als jene Gruppe, die sich überhaupt für eine Nachsorge entschied (Mittelwert 46,1). Im Vergleich zur Normstichprobe zeigten sich, wie bereits erwähnt, in dieser Untersuchungsstichprobe insgesamt niedrigere Mittelwerte.

In untenstehender Tabelle (11 -2) wird deutlich, dass diejenige Patientengruppe, die regelmäßig Nachsorge besuchte,- bestehend aus 22 Personen -, deutlich höhere Mittelwerte bei der Selbstdistanzierung aufwies (50,4), als diejenigen, die nicht regelmäßige Nachbetreuung in Anspruch nahmen (Mittelwert = 42,8). Auch hier fielen die Werte im Vergleich zur Normstichprobe niedriger aus.

Tabelle 11- 2: **ESK\_SD Selbst-Distanzierung \* Inanspruchnahme Nachsorge regelmäßig**  
**Mittelwerte im Vergleich**

Inanspruchnahme Nachsorge regelmäßig		ESK SD Selbst-Distanzierung Mittelwerte der untersuchten Stichprobe	ESK_SD Selbst-Distanzierung Mittelwerte einer altersgemäßen Normstichprobe
nein	Mittelwert	<b>42.862</b>	45.931
	Standardabweichung	10.1585	9.3653
	N	29	29
ja	Mittelwert	<b>50.364</b>	53.136
	Standardabweichung	11.3622	11.0207
	N	22	22
Insgesamt	Mittelwert	46.098	49.039
	Standardabweichung	11.2290	10.6357
	N	51	51

Tabelle 11 – 3: **ESK\_SD Selbst-Distanzierung \* Inanspruchnahme Nachsorge anfänglich**  
**Mittelwerte im Vergleich**

Inanspruchnahme Nachsorge anfänglich		ESK SD Selbst-Distanzierung Mittelwerte der untersuchten Stichprobe	ESK_SD Selbst-Distanzierung Mittelwerte einer altersgemäßen Normstichprobe
nein	Mittelwert	<b>47.900</b>	50.600
	Standardabweichung	11.0542	10.6164
	N	40	40
ja	Mittelwert	<b>39.545</b>	43.364
	Standardabweichung	9.6785	8.9919
	N	11	11
Insgesamt	Mittelwert	46.098	49.039
	Standardabweichung	11.2290	10.6357
	N	51	51

In Tabelle 11 – 3 wird deutlich, dass diejenige Gruppe, die die Nachsorge bald abbrach , – bestehend aus 11 Personen -, deutlich niedrigere Selbstdistanzierungswerte aufwies (Mittelwert 39,5), als die restliche Untersuchungsgruppe (Mittelwert = 39,5).

Auch hier zeigt der Vergleich mit der Normstichprobe wieder deutlich niedrigere Mittelwerte in dieser Stichprobe.

Die Vorhersage, ob Rückfälle überhaupt stattfanden, leisteten im ersten Gesamtmodell **zwei Variablen**:

**Arbeitslosigkeit** und **die Inanspruchnahme von Nachsorge überhaupt**. Arbeitslosigkeit förderte das Rückfallgeschehen, während der Besuch von Nachsorgeangeboten überhaupt sich als hemmend für einen Rückfall erwies. *Das erste Gesamtmodell zeigte eine signifikante Anpassungsverbesserung gegenüber dem Nullmodell; die erklärte Varianz bewegte sich, je nach  $R^2$ -Koeffizient, zwischen 34% und knapp 51%.*

Eine Verbesserung dieses Modells ließ sich erzielen, wenn anstatt der Variablen Nachsorge überhaupt die Variable regelmäßiger Besuch der Nachsorgeangebote sowie die Variable Nicht-Erwerbstätigkeit in die Regressionsgleichung aufgenommen wurden. Beide Variablen erweisen sich zusätzlich zur Arbeitslosigkeit als signifikante Prädiktoren für das Rückfallgeschehen überhaupt. Auch die Nicht-Erwerbstätigkeit erhöhte das Risiko, einen Rückfall nach der Beendigung der Entwöhnung zu erleben, während die regelmäßige Inanspruchnahme der Nachsorgeangebote das Risiko des Rückfalls verminderte. *Insgesamt erklärte diese Modell zwischen knapp 50% und 66% der Varianz der abhängigen Variablen Rückfallgeschehen überhaupt.*

Das Rückfallgeschehen innerhalb eines Monats nach der Entlassung aus der stationären Entwöhnung wurde durch insgesamt drei Variablen vorhergesagt: anfängliche Nutzung der Nachsorge, früherer Gebrauch illegaler Substanzen und des Global-Severity-Indexes (GSI) der SCL-90-R. *Alle drei Variablen sind mit einem positiven Vorzeichen des Beta-Koeffizienten in der Regressionsgleichung vertreten, was bedeutet, dass eine nur anfängliche Inanspruchnahme der Nachsorge, der frühere Gebrauch sowie eine höhere Symptombelastung das Risiko erhöhten, einen Rückfall innerhalb eines Monats zu erleiden. Das Gesamtmodell unterscheidet sich in seiner Anpassung signifikant vom entsprechenden Nullmodell; die erklärte Varianz für dieses Modell bewegt sich zwischen 36% und knapp 54%.*

Dagegen ließ sich das Rückfallgeschehen nach mehr als einem Monat nach Beendigung der Entwöhnungstherapie nur relativ schlecht vorhersagen; als einzige Variable fungierte die Inanspruchnahme überhaupt der Nachsorgeeinrichtungen als signifikanter Prädiktor für den späteren Rückfall. Inanspruchnahme überhaupt verminderte das Risiko, einen Rückfall nach mehr als einem Monat zu erleben. *Dieses Gesamtmodell stellte gegenüber dem Nullmodell eine signifikante Anpassungsverbesserung dar; die erklärte Varianz bewegte sich jedoch im eher moderaten Bereich zwischen 27% und 40%. Die alternative Aufnahme der Variable regelmäßige*

Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten konnte dagegen die Modellanpassung nicht verbessern, obwohl auch regelmäßige Inanspruchnahme als signifikanter Prädiktor des Rückfallgeschehens nach mehr als einem Monat ausgewiesen werden konnte.

**Kurzzusammenfassung: Die Teilnahme an Nachsorgeangeboten war eher bei Patienten mit niedrigem Belastungsindex in der SCL-90 R gewährleistet, auch förderten höhere Selbstdistanzierungs- und Personalitätswerte die regelmäßige Nachsorge. Niedrigere Selbstdistanzierungswerte förderten eher die anfängliche Inanspruchnahme, führten also dazu, dass die Patienten die Nachsorge bald abbrachen.**

**Ein Hindernis dafür überhaupt Nachsorge in Anspruch zu nehmen, stellte Arbeitslosigkeit und das Zusammenleben mit den Eltern dar.**

**Als förderlich für einen Rückfall stellte sich Arbeitslosigkeit und Nicht-Erwerbstätigkeit (Pensionierung), sowie der Zusatzkonsum von illegalen Substanzen heraus.**

**Regelmäßige Inanspruchnahme von Nachsorge erwies sich als entscheidendes Kriterium dafür keinen Rückfall zu erleiden.**

## **7. ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION:**

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den Einfluss der Existenzskala und der psychischen Belastung (erhoben durch die SCL-90R), sowie soziodemographischer und suchtanamnestischer Variablen auf die Abstinenz und die Inanspruchnahme einer Nachsorge zu untersuchen.

Es sollte festgestellt werden, wie viele Patienten ein halbes Jahr nach stationärer Entwöhnung noch abstinent sind und ob an einer Nachsorge teilgenommen wurde.

Hinter dem Versuch möglicherweise vorhandene charakteristische Merkmale von rückfälligen Patienten herauszuarbeiten, stand die Idee, dass es beim tatsächlichen Vorliegen solcher Profile möglich sein müsste, Angehörige dieser Risikogruppe frühzeitig durch den Einsatz der Existenzskala zu identifizieren und durch spezielle existenzanalytische Therapie zusätzlich zu stützen, wodurch sich eine geringere Gefährdung in Bezug auf Rückfälligkeit ergeben könnte.

Im genannten Untersuchungszeitraum wurden insgesamt 51 alkoholranke Personen aufgenommen, die Gruppe bestand zum größeren Teil aus Männern (70,6%), was auch in der Literatur nach wie vor so beschrieben ist (vgl Feuerlein, 1998). Auch in der Stichprobe von Rainer (1997), die vergleichend herangezogen wurde, fanden sich zu 71,7 % Männer.

Das Durchschnittsalter der Patienten in der hier vorliegenden Studie betrug 43,5 Jahre, was auch mit der Studie von Rainer vergleichbar ist.

Insgesamt waren in der Haller Studie lediglich knapp 26% der Patienten erwerbstätig, die restlichen Klienten waren großteils arbeitslos oder in Pension. Damit entsprechen die untersuchten in ihrem soziodemographischen Profil demjenigen, das auch in anderen epidemiologischen Untersuchungen als charakteristisch für alkoholranke Patienten beschrieben wird. (Mäulen 1998, Henkel, 1996).

In etwa ein Drittel der Patienten war verheiratet, nahezu die Hälfte war alleinlebend und doch immerhin knapp ein Fünftel lebte noch (oder wieder) bei den Eltern.

In Bezug auf die Suchtanamnese gaben knapp 70 % der Befragten an, dass ihr problematischer Alkoholkonsum seit in etwa 15 Jahren andauere. Ziemlich genau ein Drittel konsumierte zusätzlich Benzodiazepine und ungefähr jeder Fünfte nahm bis kurz vor der Entwöhnung zusätzlich illegale Substanzen ein. Dies geht mit anderen Studien konform, nach denen bei 20 – 40 % der Alkoholkranken ein zusätzlicher

Substanzmittelkonsum festgestellt wurde (vgl Körkel, 2001). Insgesamt zeigte sich, dass bei 31 Patienten ( 62 Prozent) eine zusätzliche psychiatrische Diagnose gestellt wurde, 25 Prozent erhielten die Diagnose Depression, 8 Prozent wurden mit der Zusatzdiagnose Angststörung klassifiziert und der größte Teil , nämlich knapp 28 Prozent mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung.

Studien in den USA zeigten , dass bei 36 % der alkoholkranken Männer und bei 61% der alkoholkranken Frauen eine Komorbidität mit Angststörungen festgestellt werden konnte (Zernig G., Saria A., Kurz M., O'Malley S., 2000) ( Merikangas KR, Leckmann JF, Prusoff BA, 1999 und Cox BJ, Norton GR, Swinson RP, 1990)

Schwere depressive Störungen können ebenfalls während einer Alkoholerkrankung bei mindestens 30 – 40 % der Betroffenen auftreten. Auch Persönlichkeitsstörungen gelten als Risikofaktor für eine Alkoholabhängigkeit. Eine zunehmende Anzahl von Studien zeigte, dass von Auftretenshäufigkeiten von Persönlichkeitsstörungen bei 57 bis 78 % der Alkoholkranken gesprochen werden kann. Die größten Häufigkeiten erhielten die paranoide, die antisoziale und die Borderline Persönlichkeitsstörung. (vgl Körkel, 2001)

Die Nachuntersuchung der beschriebenen Patientengruppe zeigte, dass die Teilnahme an Nachsorgeangeboten hoch ist. Das Ergebnis dieser Studie ist diesbezüglich erfreulich, da immerhin über zwei Drittel (nämlich 68,6%) der Patienten eine Nachsorge in Anspruch nahmen. Unterschieden wurde zwischen anfänglicher Inanspruchnahme, die in der Regel bald (meist innerhalb von 1-2 Monaten) abgebrochen wurde und regelmäßiger Inanspruchnahme bis zum zweiten Untersuchungszeitpunkt sechs Monate nach der stationären Entwöhnung. Es konnte festgestellt werden, dass insgesamt 45, 1 % der Patienten bis zum zweiten Untersuchungszeitpunkt an einer Nachsorge teilnahm, wobei die meisten , nämlich knapp ein Drittel (31,4%) der Patienten sich für eine Nachsorge durch den Verein BIN (genauere Beschreibung, siehe Kapitel 5 Methodik, 5.3.2 Vernetzung im Suchthilfesystem im Bereich Nachsorge in Tirol) entschieden. Diese vergleichbar hohe Teilnahme an Nachsorgeinstitutionen hängt mit Sicherheit mit der gut funktionierenden Vernetzungsarbeit der Einrichtungen, insbesondere mit dem Verein BIN zusammen, mit dem bereits während des stationären Aufenthaltes verbindliche Termine vereinbart werden.

Man kann auf der Basis der verfügbaren Untersuchungen davon ausgehen, dass sich professionelle Nachsorge prognostisch günstig und unabhängig von anderen

Prognosemerkmalen (Dauer und Schwere der Erkrankung) auswirkt, insbesondere dann wenn sie kurz nach Behandlungsende, regelmäßig (einmal wöchentlich) und über längere Zeiträume (zumindest ein Jahr) in Anspruch genommen werden (Körkel, 1992).

Trotz der offenbar sehr gut funktionierenden Anbindung der Nachsorge ergab diese Untersuchung eine Rückfallquote von 51 % nach sechs Monaten, wobei aus Gründen der Vereinfachung eine enge Rückfalldefinition, nämlich jeglicher erneuter Alkoholkonsum, gewählt wurde. Diese Zahlen sind mit anderen Studien vergleichbar. Missel et. al (1997) berichten, dass ein Jahr nach Behandlungsende 52,5% der Patienten erneut Alkohol konsumiert hatten, wobei 6,8% davon nach dem Rückfall wieder abstinent waren. Kufner (1988) beschrieb, dass nach einem halben Jahr 33%, nach vier Jahren 54% phasenweise oder dauerhaft Alkohol konsumierten.

Bekannt ist, dass drei bis sechs Monate nach Entlassungszeitpunkt die meisten Erstrückfälle stattfinden (vgl. Körkel & Lauer, 1992, 1995). Auch in der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, dass der Großteil der 51% Rückfälligen, innerhalb der ersten drei Monate nach Entlassung rückfällig wurde.

Die testpsychologischen Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass die Mittelwerte auf allen Dimensionen der Existenzskala der Haller Stichprobe deutlich höher ausfallen, als Rainer (1997) dies in seiner Untersuchung berichtet.

Dagegen finden sich eine größere Übereinstimmungen der Haller Stichprobe mit der nicht publizierten Studie nach Jarosik und Müntz (1997). Es scheint nach bisher vorliegenden Ergebnissen eine relativ große Variation in Stichproben mit Alkoholabhängigen im Hinblick auf die durchschnittliche Ausprägung der von der Existenzskala gemessenen Dimensionen zu geben (Orgler, 2000).

In der vorliegenden Arbeit wurde durch die SCL-90 R auch die psychische Belastung der untersuchten Patienten gemessen, wobei sich anhand der Gesamtwerte zeigte, dass sich bei knapp einem Viertel der untersuchten Patienten laut Selbstbeurteilung eine höhere psychische Belastung zeigte. Dieser relativ niedrige Wert könnte durch Bagatellisierungstendenzen mitbedingt sein.

Die zentralen Fragestellungen dieser Arbeit, nämlich die Frage, ob die Existenzskala ein Prädiktor für Rückfälligkeit und Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten sein kann und welche weiteren Faktoren Einfluss nehmen wurden mittels

Regressionsanalyse untersucht.

Wie erwähnt, wurde unterschieden, ob sich die Patienten regelmäßig bis zum zweiten Untersuchungszeitpunkt nach sechs Monaten einer Nachsorge unterzogen, oder ob diese nur anfänglich in Anspruch genommen also bald abgebrochen wurde. Insgesamt als Hindernis für die Inanspruchnahme einer regelmäßigen Nachsorge erwies sich eine mögliche Arbeitslosigkeit der Patienten, sowie interessanterweise das Zusammenleben mit den Eltern, was möglicherweise ein Hinweis für eine gewisse Unselbständigkeit sein könnte, die hier zum Tragen kommt.

Positiv für ein „Dranbleiben“ an der Nachsorge erwies sich eine niedrige psychische Belastung, gemessen durch die SCL-90 R, was insgesamt doch erstaunt, da man annehmen könnte, dass insbesondere schwer belastete Menschen bereit sein sollten, eine Nachsorge in Anspruch zu nehmen, dies scheint nicht so zu sein. Es gälte zu überlegen, wie man diese Patientengruppe, mit angegebener hoher psychischer Belastung (hoher GSI) speziell motivieren könnte, sich ihrer psychischen Belastungssituation zu stellen beispielsweise durch spezielle psychotherapeutische Angebote mit unterstützender medikamentöser Therapie um Rückfälle dieser Risikogruppe längerfristig zu verhindern.

Die anfängliche Nutzung von Nachsorgeangeboten wurde durch zwei Werte der Existenzskala vorhergesagt: niedrigere Selbstdistanzierungs- und Personalitätswerte sagten eine höhere anfängliche Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten vorher, deuteten also auf einen baldigen Abbruch der Nachsorge hin. Im Gegensatz dazu sagten höhere Selbstdistanzierungs- und Personalitätswerte auf der Existenzskala eine stärkere regelmäßige Nutzung von Nachsorgeangeboten vorher.

Die Skala Selbstdistanzierung (SD) misst die Fähigkeit zur Schaffung eines inneren Freiraumes, gemeint ist die Fähigkeit, zu sich selbst Abstand gewinnen zu können, aus dem heraus man sich zu sich selbst frei verhalten kann. Ein niedriger SD-Wert bedeutet eine vorwiegende Beschäftigung mit sich selbst, aber auch eine situative Überlastung die zu Voreingenommenheit und eingeschränkter Wahrnehmung führt. Mit steigendem SD-Wert verbessert sich die Wahrnehmungsfähigkeit und die Klarheit über die Situation.

Die Skala Personalität ist ein Maß für die Entfaltung des Person – Seins im Hinblick auf Weltoffenheit und Selbstwahrnehmung und wird aus der Summe von SD – Wert und ST (Selbsttranszendenz) – Wert gebildet.

Beschrieben wird die emotionale und kognitive Zugänglichkeit der Person für sich

und die Welt. Ein niedriger P – Wert weist auf Verslossenheit hin, die Person ist entweder mit sich selbst beschäftigt (anhaltende seelische Belastungen) oder der Zugang zu sich ist noch nicht entwickelt (Unreife) oder es hat bereits ein Abbau der Persönlichkeit stattgefunden, der mit kognitiver und affektiver Beeinträchtigung einhergeht (z.B: Chronifizierte Sucht). Mit steigendem Wert nimmt die Offenheit für die Welt und den Umgang mit sich selbst zu.

Insgesamt zeigt sich also, dass zwei der von der Existenzskala gemessenen Dimensionen als bedeutsame Prädiktoren für die kurz- als auch längerfristige Vorhersage der Nutzung von Nachsorgeeinrichtungen und Betreuungsangeboten nach der Beendigung der Alkoholentwöhnungstherapie genutzt werden können. Insbesondere ergeben sich auf Basis dieser Untersuchung Hinweise, dass möglicherweise Personen mit relativ niedrigeren Selbstdistanzierungs- und Personalitätswerten zu einer „unrealistischen“ oder überzogenen Erwartungshaltung hinsichtlich der Wirksamkeit von Nachsorgeeinrichtungen tendieren könnten, da relativ geringer ausgeprägte Werte auf diesen beiden Dimensionen zwar eine anfängliche Nutzung der Nachsorgeeinrichtungen vorhersagten, es jedoch offensichtlich im weiteren Verlauf der Nachbehandlung zu einem Abbruch der Inanspruchnahme der Nachsorge kam.

Höhere Werte bei der Selbstdistanzierungsfähigkeit und der Personalität scheinen offenbar entscheidende Faktoren für die Regelmäßigkeit der Inanspruchnahme einer Nachsorge zu sein, was bedeuten könnte, dass genau diese Fähigkeiten während eines stationären Aufenthaltes gefördert werden sollten.

Hier bietet die Existenzanalyse eine Reihe von Möglichkeiten die Selbstdistanzierungsfähigkeit zu schulen, beispielsweise durch Perspektivenshifting, Selbstgespräche oder Interposition. Es zeigt sich also, dass es nützt, Patienten mit niederem SD – Wert in der Existenzskala mit psychotherapeutischen Methoden speziell zu fördern, da diese Fähigkeit eine entscheidende für die regelmäßige Inanspruchnahme einer Nachsorge zu sein scheint.

Die Bedingungen die einen Alkoholrückfall begünstigen, waren in dieser Studie in erster Linie die Arbeitslosigkeit, was mit anderen Untersuchungen konform geht, laut derer „nicht arbeitslos sein“, „über eine Wohnung verfügen“ und „mit einem Partner zusammenleben“, als günstige Faktoren zur Beibehaltung der Abstinenz genannt wurden (vgl. Kufner, Feuerlein & Huber, 1988).

Auch zusätzlicher Konsum von illegalen Substanzen war ,wie zu erwarten, nicht förderlich für die Aufrechterhaltung der Abstinenz.

Der engste Zusammenhang zwischen Beendigung der Entwöhnungsbehandlung und Rückfallgeschehen erklärt sich – nicht überraschend – durch die Inanspruchnahme von Nachsorgeeinrichtungen. Je öfter überhaupt Nachsorge genutzt wurde und je öfter Nachsorge regelmäßig genutzt wurde desto seltener ereignete sich überhaupt ein Alkohorrückfall.

Die Ergebnisse im Hinblick auf den Zusammenhang von Existenzskala und Rückfallgeschehen zeigen zwar, dass keiner der unterschiedlichen Summenwerte, die mit Hilfe der Items der Existenzskala gebildet werden können, sich als überzufällig vorhersagekräftig in Bezug auf das Rückfallgeschehen erwies, aber „indirekt“ im Rahmen der Inanspruchnahme der Nachsorge, wo sich der Selbstdistanzierungswert als besonders aussagekräftig erwies, möglicherweise doch Aussagen über eine mögliche Rückfallgefährdung gestellt werden können.

Bisherige Untersuchungen zeigen, dass Nachsorge bei der Mehrzahl der Alkoholabhängigen eine notwendige Voraussetzung ist, dass Rückfälle verhindert, oder in ihrer Dauer und Schwere gemildert werden. (vgl Körkel, 2001)

Aber alle präventiven Maßnahmen werden Rückfälle nicht gänzlich verhindern, wichtig erscheint jedoch den Patienten zu motivieren, baldmöglichst Unterstützung zu suchen um massiven Selbstverachtungen, Schuldgefühlen und schweren Rückfällen vorzubeugen.

## **8. LITERATUR:**

Arend H. (1994): Alkoholismus – Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe. Weinheim

Derogatis L.R. SCL 90 R, Symptom Check List, deutsche Version (G. H. Franke), Beltz Test, Göttingen 2002

Emge S. (1995) Alkoholabusus und Belastungsverarbeitung vor dem Hintergrund existenzanalytischer Betrachtungen, Unveröffentlichte Diplomarbeit, Univ. Wien

Endler H. (1998) Existentielle und personale Fähigkeiten als Prädiktoren der Berufszufriedenheit (Unveröffentl Diplomarbeit, Univ. Wien)

Feuerlein W., & Kufner H. & Soyka (1998): Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit (5.Aufl.) Stuttgart

Frankl V. : „Der Wille zum Sinn.“ Piper Verlag, München, Zürich, 1991.

Frankl V. „Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie“, Hans Huber Verlag, Bern 1975

Frankl V (1994) Logotherapie und Existenzanalyse, Texte aus sechs Jahrzehnten, neue erweiterte Auflage, Berlin: Quintessenz

Greenfield S.F., Weiss R.D., Muenz L.R., Vagge L.M., Kelly J. F., Bello L.R. & Michael J. (1998) The effect of depression on return to drinking. Archives of General Psychiatry, 55, S. 259 – 265

Grischke-Silber J., Kling U., & Rave – Schwank M. (1995) Zur Behandlung

suchtkranker in einer psychiatrischen Abteilung. Psychiatrische Praxis, 22, S. 193 – 196

Halasz A-M (1993) Psychosomatik und Existenzanalyse. Über die Bedeutung der Sinnorientierung bei psychosomatischen Erkrankungen, Unveröffentl. Diplomarbeit, Univ. Wien

Hansen- Steiner K., Abschlussarbeit Existenzanalyse: „Ursachen und Therapie von Alkoholabhängigkeit bei Frauen im Vergleich zu Männern aus existenzanalytischer Sicht“ (2000)

Havassy B. E. , Hall S. M. & Wassermann D. A. (1991): Social support and relapse, Commonalities among alcoholics, opiate users and cigarette smokers; Addictive Behaviors, 16, S. 235 - 246

Heather N., & Terbutt J. (1989): Definitions of non-abstinent and abstinent categories in alcoholism treatment outcome classifications: a review and Proposal. Drug and Alcohol Dependence, 24, S. 83 – 93

Hefti, R. Klinik SGM für Psychosomatik, Messung von Sinn und Religion: Zusammenhang zwischen existenzanalytischen Skalen und Religionsmassen des MMRI, Forschungstreffen 9. März 2002,

Henkel D. (1998) : „Die Trunkenheit ist die Mutter der Armut“ zum immer wieder fehlgedeuteten Zusammenhang von Alkohol und Armut in Deutschland vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zur Gegenwart; in: Henkel & L. Vogt (Hg.) Sucht und Armut; S. 13 – 79, Opladen

Hinterhuber H. & Fleischhacker W. „Lehrbuch der Psychiatrie“, Thieme Verlag, Stuttgart, 1997

Jung M. (1996): Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität. In K. Mann & G. Bruckenkremer (Hg.): Sucht, S. 157 – 167. Stuttgart

Klein M., Funke J., Funke W. & Scheller R. (1995): Hochrisikosituationen für den Alkoholrückfall: Theorie, Diagnostik und Klassifikation. In: Körkel J., Lauer G. & Scheller R. : Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung S. 38 – 50 Stuttgart

Köhler J (1993) Logotherapeutische und existenzanalytische Ansatzpunkte in der akzeptierenden Drogenarbeit. Unveröffentl. Projektarbeit zum universitären Lehrgang zur Suchtberatung, Schloß Hofen Vorarlberg

Körkel J. (1991): Der Rückfall von Alkoholabhängigen. Auf dem Wege zu einem neuen Verständnis des Rückfalls. Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 23, S 321 – 337

Körkel J. (1996 a): Neuere Ergebnisse der Katamneseforschung, Folgerungen für die Rückfall prävention. Abhängigkeiten, 2, S. 39 – 60

Körkel J., Dittmann. E., Pahlke B. & Wohlfahrter R. (1992): Grundzüge stationärer Rückfallarbeit. In J. Körkel (Hg.) der Rückfall des Suchtkranken – Flucht in die Sucht (2.Aufl.) S. 239 – 267. Berlin

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

Krausz M., & Müller – Thomsen (Hg.) 1994: Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht. Freiburg.

Küfner H., Feuerlein W., Huber M. (1988) Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4 Jahreskatamnese, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. Suchtgefahren, 34, S. 157 – 272

Kundi M., Wurst E., Längle A. : European Psychotherapy Vol 04, No 1 (2003)

Längle Alfred (Hg.) Wege zum Sinn, Piper Verlag, München 1985

Längle Alfred : „Was bewegt den Menschen?“ In: GLE Bulletin, 3 /99, GLE, Wien 1999

Längle Alfred: Modell einer existenzanalytischen Gruppentherapie für die Suchtbehandlung. In: Alfred Längle, Christian Probst (Hg): Süchtig sein. Fakultas Verlag. Wien, 1997 (p. 149 – 169)

Längle A., Eckhard P (2000) Test zur existentiellen Motivation (TEM), Wien, unveröffentlichte Dissertation

Längle A., Görtz A., Rauch H., Jarosik H., Haller R. (2000)Vergleichende Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse und anderen Psychotherapiemethoden im stationären Setting, Existenzanalyse 17 / 3, 17-29

Längle A. , Orgler Ch. (1996): Die Existenzskala, inhaltliche Interpretation der Testwerte, Wien, Existenzanalyse, 2, 44-50

Längle A. , Orgler Ch., Kundi M (2000): Die Existenzskala (Beltz Test)

Lieb, H. (1994): Abstinenz: Freiheit oder Bürde? In: Fachverband Sucht (Hg.): Therapieziele im Wandel, S. 103 – 119. Geesthacht

Lindenmeyer J. (1998): Lieber schlau als blau. Information zur Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit (5.Aufl.). Weinheim.

Marlatt G. A. (1995): Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In: G. A. Marlatt & J.R. Gordon (Hg): Relapse prevention. Maintenance

strategies in the treatment of addictive behaviors, S. 3 – 70. New York

Mäulen B. (1993): Die gesundheitliche Situation von Ärzten, Kongressberichte, Deutsches Ärzteblatt, 27, S. 1450 – 1452

Merikangas KR, Leckmann JF, Prusoff BA, Pauls DL: familial transmission of depression and alcoholism ; Arch. Gen. Psychiatry 42: 367 – 72, 1985/1985

Nindl A. (1997) Zwischen existentieller Sinnerfüllung und Burnout. Eine empirische Studie mit Lehrerinnen aus existenzanalytischer Perspektive, Unveröffentl. Diplomarbeit, Paris Lodron Universität

Petry J. (1996) Alkoholismustherapie: Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien (3.Aufl.) Weinheim

Rainer M.: Die existentielle Seite der Alkoholkrankheit. In: Alfried Längle, Christian Probst (Hg.): Süchtig sein. Fakultas Verlag. Wien 1997 (p 39-50).

Rauch J. und Görtz A.: Erfahrungen aus dem klinischen Alltag mit Suchtkranken; in: Alfried Längle, Christian Probst (Hg.): „Süchtig sein“ Fakultas Verlag, Wien (1997)

Schirl C-F, Kimeswenger I-P (1997) Klientenzufriedenheit in Existenzanalyse und Logotherapie, eine katamnesische Feldstudie, unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Paris-Lodron Universität Salzburg

Schneider R. (1998): Die Suchtfibel. Information zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten (11.Aufl.). Baltmannsweiler

Soyka M. (1997): Alkoholismus: Eine Krankheit und ihre Therapie. Stuttgart.

Steiner K. (2001) Wie wirksam ist existenzanalytische Psychotherapie? Eine Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse

Stetter F. & Mann (1997): Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer

stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. Nervenarzt, 68, S 574 – 581

Veltrup C. (1995): Abstinenzgefährdung und Abstinenzbeendigung nach einer umfassenden stationären Entzugsbehandlung. Münster

Veltrup C. (1999) Beratung – Behandlung – Nachsorge. Koordiniertes therapeutisches Handeln bei Alkoholabhängigen. In: Fachklinik Holstein (Hg.): Lübecker Werkstattgespräch : Interessenkonflikte in der Suchtbehandlung – oder die Entdeckung des Gemeinsamen. Lübeck

Wohlfarth R. (1995): Sucht und Rückfall als Ausdruck narzißtischer Störungen. In: J. Körkel: Der Rückfall des Suchtkranken – Flucht in die Sucht ? S. 149 – 172 (2. Aufl.) Berlin

## **9. ANHANG**

1. Anamnesebogen der „ESK–Studie“ für soziodemographische und suchtspezifische Variablen und Erhebung von Rückfall und der Inanspruchnahme von Nachsorge
2. Existenzskala
3. Symptom-Check-List
4. Tabellen Regressionanalyse

## **1**

### **Anamnesebogen ESK- STUDIE**

## Soziodemographische Variablen – Alkohol - Rückfall -Nachsorge

Einverständniserklärung: Ich .....erkläre mich bereit, an der Studie und der Nachuntersuchung an der B4 teilzunehmen, ich wurde über Inhalte aufgeklärt und habe keine weitere Fragen.

PatientIn:.....

Alter: ..... Geschlecht: weibl:..... Männl:.....

**Familienstand:** ledig..... verheiratet..... geschieden..... verwitwet.....

Allein lebend: ..... In Partnerschaft zusammenlebend:.....

Bei den Eltern lebend:.....

**Derzeit berufstätig:**..... derzeit arbeitslos:.....

Nicht erwerbstätig: ..... pensioniert:.....

**Alkoholprobleme seit:** ≤ 5 Jahren:..... ≤ 15 Jahren:..... ca. 25 Jahren .....

### **Andere Substanzen:**

Benzodiazepine: bis kurz vor der Entwöhnung: ..... Bis vor 6 Mo:.....

Illegale Substanzen: bis kurz vor der Entwöhnung: ..... Bis vor 6 Mo:.....

**Nachsorge:** ja..... nein:.....

BIN .....	anfängl (2-3x):.....	Regelmäßig:.....
Psychotherapie.....	anfängl (2-3x):.....	Regelmäßig:.....
PSP.....	anfängl (2-3x):.....	Regelmäßig:.....
Projekt caravan.....	bis zu1 Monat:.....	bis zu 6 Monaten:.....
emmaus:.....	bis zu1 Monat:.....	bis zu 6 Monaten:.....

**Rückfällig:** Ja.....                      Nein.....

Innerhalb einer Woche nach Entlassung:.....

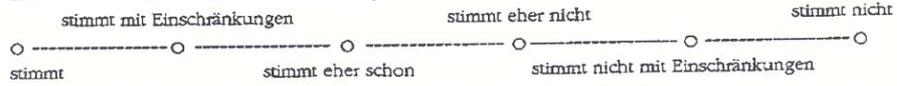
Innerhalb eines Monats nach Entlassung:.....

Innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung:.....

Nach 3 Monaten Abstinenz:.....



Bitte bewerten Sie auf der Skala,



wieweit die jeweilige Aussage, abgesehen von kurzfristigen, momentanen Schwankungen, auf Sie zutrifft.

	<u>Wieweit trifft diese Aussage auf mich zu?</u>	
	stimmt	stimmt nicht
1) Ich breche wichtige Tätigkeiten oft ab, weil mir die Anstrengung zu unangenehm ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Ich fühle mich von meinen Aufgaben persönlich angesprochen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Für mich hat etwas nur dann Bedeutung, wenn es einem eigenen Wunsch entspricht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) In meinem Leben gibt es nichts Besonderes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Ich beschäftige mich am liebsten mit mir selbst - mit meinen Sorgen, Wünschen, Träumen und Ängsten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Ich bin meistens zerstreut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Auch wenn ich viel getan habe, bin ich unbefriedigt, weil es Wichtigeres gegeben hätte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Ich richte mich immer nach den Erwartungen anderer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Unangenehme Entscheidungen versuche ich ohne lange Überlegungen aufzuschieben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Ich lasse mich leicht ablenken, selbst bei Arbeiten, die ich gerne tue.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Es gibt eigentlich nichts in meinem Leben, wofür ich mich richtig einsetzen möchte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Bei vielem verstehe ich nicht, warum ausgerechnet ich es tun soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Ich glaube, daß mein Leben, so wie ich es führe, für nichts gut ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Es fällt mir schwer, die Dinge in ihrer Bedeutung zu erfassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





Wieweit trifft diese Aussage auf mich zu?

stimmt

stimmt nicht

- 15) Ich kann gut mit mir umgehen.  -  -  -  -  -  -
- 16) Ich nehme mir zu wenig Zeit für das, was wichtig ist.  -  -  -  -  -  -
- 17) Es ist mir nie spontan klar, was ich in einer Situation tun kann.  -  -  -  -  -  -
- 18) Womit ich den Tag über beschäftigt bin, tue ich nur, weil ich es tun muß, und nicht, weil ich es tun will.  -  -  -  -  -  -
- 19) Wenn Probleme auftauchen, verliere ich leicht den Kopf.  -  -  -  -  -  -
- 20) Ich tue meistens Dinge, die genauso gut später gemacht werden könnten.  -  -  -  -  -  -
- 21) Ich bin immer wieder interessiert, was der Tag bringt.  -  -  -  -  -  -
- 22) Meistens merke ich erst beim Handeln, welche Konsequenz die Entscheidung hat.  -  -  -  -  -  -
- 23) Wenn ich mich entscheiden muß, ist auf mein Gefühl kein Verlaß.  -  -  -  -  -  -
- 24) Selbst wenn mir ein Unternehmen am Herzen liegt, hält mich die Unsicherheit seines Ausganges von der Durchführung ab.  -  -  -  -  -  -
- 25) Ich weiß nie genau, wofür ich zuständig bin.  -  -  -  -  -  -
- 26) Ich fühle mich innerlich frei.  -  -  -  -  -  -
- 27) Ich fühle mich vom Leben benachteiligt, weil es mir die Erfüllung meiner Wünsche vorenthalten hat.  -  -  -  -  -  -
- 28) Zu sehen, daß ich keine Wahl habe, ist eine Erleichterung für mich.  -  -  -  -  -  -
- 29) Es gibt Situationen, in denen ich mich völlig hilflos fühle.  -  -  -  -  -  -
- 30) Bei vielen Dingen, die ich tue, habe ich das Gefühl, mich zu wenig auszukennen.  -  -  -  -  -  -
- 31) Ich weiß gewöhnlich nicht, was in einer Situation wichtig ist.  -  -  -  -  -  -

Bitte Rückseite beachten !





Wieweit trifft diese Aussage auf mich zu?

	stimmt	stimmt nicht
32) Die Erfüllung der eigenen Wünsche hat Vorrang.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33) Mich in andere Menschen einzufühlen, fällt mir schwer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34) Es wäre besser, wenn es mich nicht geben würde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35) Im Grunde sind mir viele Dinge, mit denen ich zu tun habe, fremd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36) Ich bilde mir gerne eine eigene Meinung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37) Ich fühle mich zerrissen, weil ich so viele Dinge gleichzeitig mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38) Auch bei Wichtigem fehlt mir die Kraft zum Durchhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39) Ich tue vieles, was ich eigentlich gar nicht tun will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40) Eine Situation ist nur dann für mich interessant, wenn sie meinen Wünschen entgegenkommt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41) Wenn ich krank bin, weiß ich mit dieser Zeit nichts anzufangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42) Es wird mir selten bewußt, daß jede Situation mehrere Handlungsmöglichkeiten offen läßt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43) Ich finde meine Umwelt eintönig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44) Die Frage, ob ich etwas tun <i>will</i> stellt sich selten, weil ich meistens etwas tun <i>muß</i> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45) In meinem Leben ist nichts wirklich schön, denn alles hat sein Für und Wider.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46) Meine innere Unfreiheit und Abhängigkeit machen mir zu schaffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



SCL-90-R

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	011234
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	011234
43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	011234
44. Einschlafschwierigkeiten	011234
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	011234
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	011234
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	011234
48. Schwierigkeiten beim Atmen	011234
49. Hitzewallungen und Kälteschauern	011234
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	011234
51. Leere im Kopf	011234
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	011234
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	011234
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	011234
55. Konzentrationsschwierigkeiten	011234
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	011234
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	011234
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	011234
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	011234
60. dem Drang, sich zu überessen	011234
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	011234
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	011234
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	011234
64. frühem Erwachen am Morgen	011234
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	011234

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	011234
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	011234
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	011234
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	011234
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	011234
71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	011234
72. Schreck- und Panikanfällen	011234
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	011234
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	011234
75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	011234
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	011234
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	011234
78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	011234
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	011234
80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	011234
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	011234
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	011234
83. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzten, wenn Sie es zulassen würden	011234
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	011234
85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	011234
86. schreckenenerregenden Gedanken und Vorstellungen	011234
87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	011234
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	011234
89. Schuldgefühlen	011234
90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	011234

© by Beltz Test GmbH, Göttingen - Urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und Vervielfältigungen jeglicher Art, auch einzelner Teile oder Items, Neugestaltung und Satz: Rolf Bantke-Franke (dbs) sowie die Speicherung auf Datenträgern oder die Wiedergabe durch optische oder akustische Medien verboten - Best.-Nr. 0421603

**Codenummer / Name:** .....

**Geschlecht:**       männlich    weiblich

**Bildungsstand:**    Haupt-/Realschule    Abitur    abgeschl. Studium    unbekannt

**Alter:** .....

**Datum:** .....

SCL-  
90-R

**Anleitung**  
 Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten sieben Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.  
**Bitte beantworten Sie jede Frage!**

**Beispiel:**  
 Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen?  
 Stärke Ihrer Zustimmung:  
 überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark  
 0 1 2 3 4  
 4 = „sehr stark“ an.  
 Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
1. Kopfschmerzen	0 1 2 3 4
2. Nervosität oder innerem Zittern	0 1 2 3 4
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	0 1 2 3 4
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	0 1 2 3 4
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	0 1 2 3 4
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	0 1 2 3 4
7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	0 1 2 3 4
8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	0 1 2 3 4
9. Gedächtnisschwierigkeiten	0 1 2 3 4
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	0 1 2 3 4
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	0 1 2 3 4
12. Herz- und Brustschmerzen	0 1 2 3 4
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0 1 2 3 4
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	0 1 2 3 4
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0 1 2 3 4
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	0 1 2 3 4
17. Zittern	0 1 2 3 4
18. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann	0 1 2 3 4
19. schlechtem Appetit	0 1 2 3 4
20. Neigung zum Weinen	0 1 2 3 4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	0 1 2 3 4
22. der Befürchtung, ertappt oder erwisch zu werden	0 1 2 3 4
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0 1 2 3 4
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	0 1 2 3 4
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	0 1 2 3 4
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	0 1 2 3 4
27. Kreuzschmerzen	0 1 2 3 4
28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	0 1 2 3 4
29. Einsamkeitsgefühlen	0 1 2 3 4
30. Schwermut	0 1 2 3 4
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0 1 2 3 4
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0 1 2 3 4
33. Furchtsamkeit	0 1 2 3 4
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0 1 2 3 4
35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	0 1 2 3 4
36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	0 1 2 3 4
37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0 1 2 3 4
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig ist	0 1 2 3 4
39. Herzklopfen oder Herzjagen	0 1 2 3 4
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	0 1 2 3 4

**TABELLEN 12- 13 ZUR REGRESSIONSANALYSE**

*Für jede der sechs abhängigen Variablen (vgl. Tabelle 10) wird zuerst das so genannte Null- oder Referenzmodell dargestellt, da dieses das einfachste berechenbare Regressionsmodell darstellt (nur eine Konstante in der Gleichung), gegen welches die Verbesserung der Anpassung eines komplexeren Modells (mit zusätzlichen Vorhersagevariablen) als Differenz der -2 Log-Likelihood Werte beider Modelle getestet werden kann. Die erklärte Varianz eines Modells wird mittels einer Bandbreite verschiedenen Pseudo- $R^2$  Werte angegeben, da es für logistische Regressionsmodelle keinen eindeutigen  $R^2$ -Wert wie in der Regression mittels der Methode der kleinsten Quadrate gibt.*

Tabelle 12: Logistische Regressionsmodelle zur Inanspruchnahme von Nachsorgeeinrichtungen										
Vorhersagevariablen	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	-2 Log-Likelihood	$\chi^2$ Fg. = 1	Signifikanz	KI95 (B)		Pseudo-R <sup>2</sup>		
						UG	OG	McFadden	Cragg & Uhler	Likelihood Ratio
<b>0. Nullmodell (Referenzmodell) – Inanspruchnahme Nachsorgeeinrichtungen überhaupt</b>										
Modellanpassung			63.449	7.252	.007			.103	.177	.133
Variablen										
Konstante	.783	.302		.6722	.009	.191	1.375			
<b>1. Gesamtmodell – Inanspruchnahme Nachsorgeeinrichtungen überhaupt</b>										
Modellanpassung			40.514	5.592	.018			.121	.175	.104
Variablen										
Konstante	8.298	3.449		5.624	.018	1.538	15.058			
SCL-90-R PST	-.120	.057		4.432	.035	-.232	-.008			
<b>Differenz Nullmodell – 1. Gesamtmodell: <math>\chi^2</math> (Fg.= 1) 63.449-40.514 = 22.935; p &lt; .0001</b>										

Fortsetzung Tabelle 12: Logistische Regressionsmodelle zur Inanspruchnahme von Nachsorgeeinrichtungen										
Vorhersage variablen	Regressions- koeffizient B	Standard- fehler	-2 Log- Likelihood	$\chi^2$ Fg. = 1	Signifi- kanz	KI95 (B)		Pseudo-R <sup>2</sup>		
						UG	OG	Mc Fadden	Cragg & Uhler	Likeli- hood Ratio
<b>0. Nullmodell (Referenzmodell) – Inanspruchnahme Nachsorgeeinrichtungen regelmäßig</b>										
Modell- anpassung			69.737	0.964	.326			.014	.025	.019
Unabhän- gige Variablen										
Konstante	-.276	.283		0.955	.329	-.831	.279			
<b>1. Gesamtmodell: Inanspruchnahme Nachsorgeeinrichtungen regelmäßig</b>										
Modell- anpassung			51.145	18.592	.000			.266	.410	.305
Unab- hängige Variablen										
Konstante	-2.796	1.709		2.677	.102	-6.146	.554			
Zusammen- leben Eltern	-2.468	1.186		4.331	.037	-4.793	-.143			
Arbeits- losigkeit	-1.562	.692		5.101	.024	-2.918	-.206			
ESK Selbstdistan- zierung	.080	.037		4.748	.029	.007	.153			
<b>Differenz Nullmodell – 1. Gesamtmodell: <math>\chi^2</math> (Fg.= 3) 69.737-51.145 = 18.592; p &lt; .001</b>										

Fortsetzung Tabelle 12: Logistische Regressionsmodelle zur Inanspruchnahme von Nachsorgeeinrichtungen										
Vorhersagevariablen	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	-2 Log-Likelihood	$\chi^2$ Fg. = 1	Signifikanz	KI95 (B)		Pseudo-R <sup>2</sup>		
						UG	OG	McFadden	Cragg & Uhler	Likelihood Ratio
<b>2. Gesamtmodell: Inanspruchnahme Nachsorgeeinrichtungen regelmäßig</b>										
Modellanpassung			52.986	16.986	.000			.243	.380	.283
Unabhängige Variablen										
Konstante	-1.919	1.526		1.582	.209	-4.910	.1072			
Zusammenleben Eltern	-2.274	1.136		4.005	.045	-4.501	-.047			
Arbeitslosigkeit	-1.672	.681		6.032	.014	-3.007	-.337			
ESK Persönlichkeit	.062	.033		3.580	.058	-.003	.127			
<b>Differenz Nullmodell – 2. Gesamtmodell: <math>\chi^2</math> (Fg.= 3) 69.737-52.986 = 16.751; p &lt; .001</b>										

Fortsetzung Tabelle 12: Logistische Regressionsmodelle zur Inanspruchnahme von Nachsorgeeinrichtungen										
Vorhersagevariablen	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	-2 Log-Likelihood	$\chi^2$ Fg. = 1	Signifikanz	KI95 (B)		Pseudo-R <sup>2</sup>		
						UG	OG	McFadden	Cragg & Uhler	Likelihood Ratio
<b>0. Nullmodell (Referenzmodell) – Inanspruchnahme Nachsorgeeinrichtungen anfänglich</b>										
Modellanpassung			53.182	17.519	.000			.248	.388	.291
Variablen										
Konstante	-1.291	.340		14.379	.000	-1.957	-.625			
<b>1. Gesamtmodell – Inanspruchnahme Nachsorgeeinrichtungen anfänglich</b>										
Modellanpassung			47.886	5.296	.021			.100	.152	.099
Variablen										
Konstante	2.510	1.604		1.796	.180	-.634	.5654			
ESK Selbstdistanzierung	-.079	.038		4.363	.037	-.153	-.005			
<b>Differenz Nullmodell – 1. Gesamtmodell: <math>\chi^2</math> (Fg.= 1) = 53.182-47.886 = 5.296; p &lt; .05</b>										

Fortsetzung Tabelle 12: Logistische Regressionsmodelle zur Inanspruchnahme von Nachsorgeeinrichtungen										
Vorhersagevariablen	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	-2 Log-Likelihood	$\chi^2$ Fg. = 1	Signifikanz	KI95 (B)		Pseudo-R <sup>2</sup>		
						UG	OG	McFadden	Cragg & Uhler	Likelihood Ratio
<b>2. Gesamtmodell – Inanspruchnahme Nachsorgeeinrichtungen anfänglich</b>										
Modellanpassung			50.017	3.165	.075			.060	.093	.060
Variablen										
Konstante	1.281	1.514		.716	.397	-1.686	.4248			
ESK Personalität	-.059	.035		2.796	.095	-.128	.010			
<b>Differenz Nullmodell – 2. Gesamtmodell: <math>\chi^2</math> (Fg. = 1) = 53.182-50.017 = 3.165; p = 0.07</b>										

Tabelle 13: Logistische Regressionsmodelle zum Rückfallgeschehen										
Vorhersagevariablen	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	-2 Log-Likelihood	$\chi^2$ Fg.= 1	Signifikanz	KI95 (B)		Pseudo-R <sup>2</sup>		
						UG	OG	Mc Fadden	Cragg & Uhler	Likelihood Ratio
<b>0. Nullmodell (Referenzmodell) – Rückfallgeschehen überhaupt nach Beendigung der stationären Therapie</b>										
Modellanpassung			70.681	.020	.888			.000	.001	.000
Variablen										
Konstante	.039	.280		.019	.889	-.510	.588			
<b>1. Gesamtmodell – Rückfallgeschehen überhaupt nach Beendigung der stationären Therapie</b>										
Modellanpassung			46.589	24.589	.000			.345	.508	.383
Variablen										
Konstante	.830	.844		.967	.325	-.824	2.484			
Arbeitslosigkeit	2.253	.763		8.715	.003	.758	3.748			
Nachsorge überhaupt	-2.709	.943		8.247	.004	-4.557	-.861			
<b>Differenz Nullmodell – 1. Gesamtmodell: <math>\chi^2</math> (Fg.= 2) = 70.681-46.589 = 24.092 p &lt; 0.0001</b>										

Tabelle 13: Logistische Regressionsmodelle zum Rückfallgeschehen										
Vorhersagevariablen	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	-2 Log-Likelihood	$\chi^2$ Fg.= 1	Signifikanz	KI95 (B)		Pseudo-R <sup>2</sup>		
						UG	OG	Mc Fadden	Cragg & Uhler	Likelihood Ratio
<b>2. Gesamtmodell – Rückfallgeschehen überhaupt nach Beendigung der stationären Therapie</b>										
Modellanpassung			35.591	35.090	.000			.496	.663	.497
Variablen										
Konstante	-.420	0.736		0.325	.568	-1.863	1.023			
Arbeitslosigkeit	2.809	1.000		7.892	.005	.849	.4769			
Nicht-erwerbstätig	3.408	1.551		4.833	.028	.368	.6448			
Nachsorge regelmäßig	-3.542	1.014		12.204	.000	-5.529	-1.555			
<b>Differenz Nullmodell – 2. Gesamtmodell: <math>\chi^2</math> (Fg.= 3) = 70.681-35.591 = 35.09; p &lt; 0.0001</b>										

Fortsetzung Tabelle 13: Logistische Regressionsmodelle zum Rückfallgeschehen										
Vorhersagevariablen	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	-2 Log-Likelihood	$\chi^2$ Fg.= 1	Signifikanz	KI95 (B)		Pseudo-R <sup>2</sup>		
						UG	OG	Mc Fadden	Cragg & Uhler	Likelihood Ratio
<b>0. Nullmodell (Referenzmodell) – Rückfallgeschehen innerhalb eines Monats nach Beendigung der stationären Therapie</b>										
Modellanpassung			57.901	12.800	.000			.181	.296	.222
Variablen										
Konstante	-1.073	.321		11.145	.001	-1.702	-.444			
<b>1. Gesamtmodell – Rückfallgeschehen innerhalb eines Monats nach Beendigung der stationären Therapie</b>										
Modellanpassung			45.140	12.761	.000			.220	.326	.221
Variablen										
Konstante	-6.498	2.529		6.600	.010	-	-1.541			
Gebrauch Drogen	2.780	1.051		6.993	.008	.720	4.840			
SCL-90-R GSI	.087	0.042		4.248	.039	.005	.169			
<b>Differenz Nullmodell – 1. Gesamtmodell: <math>\chi^2</math> (Fg.= 2) = 57.901-45.140 = 12.761; p &lt; .01</b>										

Fortsetzung Tabelle 13: Logistische Regressionsmodelle zum Rückfallgeschehen										
Vorhersagevariablen	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	-2 Log-Likelihood	$\chi^2$ Fg.= 1	Signifikanz	KI95 (B)		Pseudo-R <sup>2</sup>		
						UG	OG	Mc Fadden	Cragg & Uhler	Likelihood Ratio
<b>2. Gesamtmodell – Rückfallgeschehen innerhalb eines Monats nach Beendigung der stationären Therapie</b>										
Modellanpassung			34.824	23.077	.000			.399	.536	.364
Variablen										
Konstante	-8.249	3.137		6.916	.009	-14.397	-2.101			
Nachsorge anfänglich	2.813	0.959		8.608	.003	.933	.4693			
Gebrauch Drogen	3.226	1.240		6.772	.009	.796	5.656			
SCL-90-R GSI	.100	0.050		3.997	.046	.002	.198			
<b>Differenz Nullmodell – 2. Gesamtmodell: <math>\chi^2</math> (Fg.= 3) = 57.901-34.824 = 23.077; p &lt; .0001</b>										

Fortsetzung Tabelle 13: Logistische Regressionsmodelle zum Rückfallgeschehen										
Vorhersage-variablen	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	-2 Log-Likelihood	$\chi^2$ Fg.= 1	Signifikanz	KI95 (B)		Pseudo-R <sup>2</sup>		
						UG	OG	Mc Fadden	Cragg & Uhler	Likelihood Ratio
<b>0. Nullmodell (Referenzmodell) – Rückfallgeschehen mehr als ein Monat nach Beendigung der stationären Therapie*</b>										
Modellanpassung			57.901	12.800	.000			.181	.296	.222
Variablen										
Konstante	-1.073	.321		11.145	.001	-1.702	-.444			
<b>1. Gesamtmodell – Rückfallgeschehen mehr als ein Monat nach Beendigung der stationären Therapie</b>										
Modellanpassung			41.646	16.255	.000			.281	.402	.273
Variablen										
Konstante	.511	.516		.979	.323	-.500	1.522			
Nachsorge überhaupt	-2.878	.795		13.121	.000	-4.436	-1.320			
<b>Differenz Nullmodell – 1. Gesamtmodell: <math>\chi^2</math> (Fg.= 1) = 57.901-41.646 = 16.255; p &lt; .0001</b>										

\* Die identischen Werte der beiden Nullmodelle für die abhängigen Variablen „Rückfall innerhalb eines Monats“ und „Rückfall nach mehr als einem Monat“ erklären sich aus der jeweils gleichen Anzahl von Personen (in beiden Modellen jeweils N=13), die in beiden Zeitspannen rückfällig geworden sind.

Fortsetzung Tabelle 13: Logistische Regressionsmodelle zum Rückfallgeschehen										
Vorhersagevariablen	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	-2 Log-Likelihood	$\chi^2$ Fg.= 1	Signifikanz	KI95 (B)		Pseudo-R <sup>2</sup>		
						UG	OG	Mc Fadden	Cragg & Uhler	Likelihood Ratio
<b>2. Gesamtmodell – Rückfallgeschehen mehr als ein Monat nach Beendigung der stationären Therapie</b>										
Modellanpassung			47.472	10.429	.001			.180	.273	.185
Variablen										
Konstante	-.348	.377		.853	.356	-1.087	.391			
Nachsorge regelmäßig	-2.696	1.091		6.110	.013	-4.834	-.558			
<b>Differenz Nullmodell – 2. Gesamtmodell: <math>\chi^2</math> (Fg.= 1) = 57.901-47.472 = 10.429; p &lt; .01</b>										

## **10 . LEBENSLAUF:**

Name: Sabine Fröhlich-Walser

Geburtsdatum: 22/10/1968

Mutter: Dr.et Mag. pharm. Eva Fröhlich, Industrieapothekerin i.R.

Staatsbürgerschaft: Österreich

Religionsbekenntnis: röm.kath.

Familienstand: verheiratet mit Dr.med.univ. Ferdinand Walser

**1975-1979:** Volksschule in Absam-Eichat

**1987:** Matura am Gymnasium Sillgasse in Innsbruck

**1987-1989:** einige Semester Medizinstudium an der Universität Innsbruck (nicht abgeschlossen), Absolvierung von zwei 4-wöchigen Praktika im BKH Hall, laufende Beschäftigung im Nachtdienst als "Sitzwache"

**1989-1994:** Psychologiestudium als Hauptfach an der Universität Innsbruck  
Absolvierung eines fünf-monatigen Praktikums (3 Monate bei Univ-Prof. Dr.V. . Günther, 2 Monate auf der Akutstation der Univ. Klinik der Psychiatrie unter Univ.-Prof.Dr.C. Barnas)

**1993:** Tutor am Institut für Psychologie für „Differentielle Psychologie kognitiver Prozesse“

**1994:** Sponsion zum Mag.rer.nat.

**1994 - 1995:** Akademikertraining an der Univ. Klinik für Psychiatrie (10 Monate)

**Juli 1995 - November 1996:** Vertragsassistentin für Klinische Psychologie am Institut für Psychologie der Universität Innsbruck

**März 1996 – Juni 1998:** Abhaltung von Lehrveranstaltungen am Institut für Psychologie der Universität Innsbruck im Fach „Entwicklungspsychologie“

**seit August 1996:** Vertretung von Frau Dr. B. Schmidhuber/Mag. Penz als Klinische-Psychologin im Militärspital in Form eines Konsiliardienstes

**seit Dezember 1996:** Landesstelle im Psychiatrischen Krankenhaus Hall als Klinische Psychologin

**April 1997- April 2001:** Psychoonkologische Beratung von Krebskranken- und deren

Angehörigen im Gesundheitssprengel Hall

**April 2000:** Promotion zum Dr. rer.nat. (Dissertationsthema: Einfluß von Ängstlichkeit und Krankheitsverarbeitung auf die Dauer der Tranquilizer-Einnahme bei Patienten eines Bezirkskrankenhauses)

Zusatzausbildungen:

**1993-1995:** Absolvierung des psychotherapeutischen Propädeutikums am Senatsinstitut für Zwischenmenschliche Kommunikation der Universität Innsbruck

**1994 - April 1996:** Teilnahme am "Curriculum zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen" beim Berufsverband österreichischer Psychologen in Wien

**Mai 1996:** Eintragung als Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin beim Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz

**Oktober 2002:** Beginn des Fachspezifikums Existenzanalyse bei der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse unter der Leitung von Dr. Orgler Christine und Mag. Fischer-Danzinger Doris

**2004:** Eintragung zur Klinischen Neuropsychologin durch die Gesellschaft für Neuropsychologie Österreich

**April 2006:** Beginn des Curriculums „Diagnostik, Beratung und Therapie bei sexuellen Störungen“ in Schloß Hofen in Vorarlberg unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. J.C. Aigner und Univ.-Prof. Dr. B. Strauss