



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Alkoholabhängigkeit im Alter

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

Verfasserin

Nadine Lehner

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im September 2012

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

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

Anmerkung

Die vorliegende Diplomarbeit ist Teil einer Gruppendiplomarbeit zum Thema „Alkoholabhängigkeit im Alter“.

Die zugrundeliegende Studie wurde gemeinsam im Kollegium von Nadine Lehner und Elisabeth Zeiler geplant und durchgeführt und umfasst insgesamt die vier Themenbereiche – *gesundheitsbezogene Lebensqualität*, *personelle Ressourcen*, *Stressbewältigung* und *Selbstwirksamkeit* – die mit Alkoholabhängigkeit im Alter in Beziehung gesetzt werden.

Während sich die Arbeit von Elisabeth Zeiler neben den beiden gemeinsamen Konstrukten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und personellen Ressourcen, vorrangig auf die Selbstwirksamkeit konzentriert, liegt der Schwerpunkt dieser Diplomarbeit auf der *Stressbewältigung*.

Aufgrund der gemeinsamen Erarbeitung der Themenbereiche Alkoholabhängigkeit, gesundheitsbezogene Lebensqualität und personelle Ressourcen finden sich in beiden Arbeiten idente Textpassagen, die mittels eines expliziten Verweises kenntlich gemacht wurden.

Da sowohl im theoretischen als auch im empirischen Teil dieser Diplomarbeit männliche Alkoholabhängige im Interessensfokus stehen, beziehen sich sämtliche personenbezogenen Bezeichnungen, insofern nicht anders angeführt, ausschließlich auf das männliche Geschlecht. In jenen Textstellen, die Bezug auf Männer und Frauen nehmen, wurde dezidiert eine Ausformulierung beider Geschlechter vorgenommen.

- Denn es ist gut, wenn uns die verrinnende Zeit nicht als etwas erscheint, das uns verbraucht und zerstört wie die Handvoll Sand, sondern als etwas, das uns vollendet -

- Antoine de Saint-Exupéry -

Danksagung

Zu Beginn möchte ich mich recht herzlich bei Herrn Univ.-Prof. Dr. Germain Weber und seinen StudienassistentInnen für die äußerst kompetente Diplomarbeitsbetreuung bedanken.

Mein Dank gilt selbstverständlich auch dem Anton Proksch Institut – speziell Herrn OA Dr. Ali Zoglami und Frau Dr. Senta Feselmayer – für die nette Integration in das bestehende Team und die erwiesene Unterstützung in allen Bereichen, die letztlich ermöglichte, die ursprüngliche Idee zum Thema überhaupt in eine wissenschaftliche Studie umsetzen zu können. In diesem Zusammenhang möchte ich mich auch bei Uli Kobra vielmals bedanken, die uns jede offene Frage zu Struktur, Therapiekonzept und Behandlungsangeboten des Anton Proksch Instituts geduldig beantwortete.

Ein großes Dankeschön gebührt darüber hinaus allen Patienten, die sich für eine Studienteilnahme bereit erklärten, uns im Zuge dessen stets freundlich gegenübertraten und uns eine nicht selbstverständliche Offenheit entgegenbrachten.

Von ganzem Herzen möchte ich mich auch bei meiner Familie und meinem Lebensgefährten für all die Unterstützung während meiner gesamten Studienzeit und darüber hinaus bedanken. Ihr seid mir in vielen Lebensbereichen ein Vorbild und spornt mich dadurch immer wieder an, an mich und meine Fähigkeiten zu glauben, um meine Ziele zu erreichen.

Abschließend möchte ich mich bei jenen beiden Personen bedanken, die den wertvollsten Beitrag für die vorliegende Diplomarbeit leisteten. In diesem Sinne möchte ich ein herzliches Dankeschön an Herrn Dr. Wolfgang Beiglböck richten, der sich für unser Thema nicht nur begeistern konnte, sondern uns auch großes Vertrauen entgegengebracht und uns jederzeit mit Rat und Tat zur Seite gestanden hat. Ihnen, Herr Dr. Beiglböck, ist es zu verdanken, dass wir unser Studienende und die damit verbundene Diplomarbeitdurchführung und –erstellung so positiv erlebten und mit Sicherheit auch in Zukunft noch gerne daran zurückdenken werden.

Mein letzter Dank geht an Elisabeth Zeiler, an deren Seite ich nicht nur die gemeinsame Schul-, sondern auch Studienzeit meistern konnte. Ich möchte mich bei dir für die schönen Momente in den letzten 12 Jahren bedanken – noch viel mehr allerdings für all die schwierigen Zeiten, da mir erst dadurch bewusst wurde, wie wertvoll unsere Freundschaft ist. Einsteins „Alles Denkbare ist machbar“ war unser Vorsatz für diese Arbeit – und durch dich hat sich dies auch tatsächlich bewahrheitet.

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG.....	13
-----------------	----

◀ THEORIETEIL ▶

1 ALKOHOLABHÄNGIGKEIT.....	17
1.1 WIRKUNGSWEISE VON ALKOHOL.....	18
1.2 ENTSTEHUNGSGESCHICHTE DER ALKOHOLABHÄNGIGKEIT ALS EIGENSTÄNDIGES KRANKHEITSBILD	19
1.3 DEFINITION UND KLASSIFIKATION VON ALKOHOLABHÄNGIGKEIT.....	20
1.4 EPIDEMIOLOGIE DER ALKOHOLABHÄNGIGKEIT	22
1.5 ÄTIOLOGIE DER ALKOHOLABHÄNGIGKEIT IM ALTER.....	24
1.5.1 Allgemeine Ursachen und Entstehungsbedingungen einer Suchterkrankung	24
1.5.2 Ursachen und Entwicklungsbedingungen einer Alkoholabhängigkeit im Alter	25
1.5.3 Alkoholtypologie nach Droller (1964)	27
1.6 CHARAKTERISTIKA EINER ALKOHOLABHÄNGIGKEIT IM ALTER	29
1.6.1 Geringere Prävalenz älterer Alkoholabhängiger	29
1.6.2 Unauffälligeres Erkrankungsbild alkoholabhängiger Älterer	30
1.7 AUSWIRKUNGEN EINER ALKOHOLABHÄNGIGKEIT IM ALTER.....	32
1.7.1 Alkoholverursachte körperliche Schäden	33
1.7.2 Alkoholbedingte kognitive Einbußen	34
1.7.3 Psychosoziale Folgen einer Alkoholabhängigkeit	34
1.8 REHABILITATION ÄLTERER ALKOHOLABHÄNGIGER	35
1.8.1 Behandlungszugang älterer Alkoholabhängiger	35
1.8.2 Altersspezifische und –unspezifische Behandlungsangebote.....	36
1.8.3 Qualifizierte Entzugsbehandlung unter Berücksichtigung altersspezifischer Einflussfaktoren.....	38
1.9 ZUSAMMENFASSUNG.....	39
 2 GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT.....	 41
2.1 ENTSTEHUNGSGESCHICHTE UND DEFINITION DER ALLGEMEINEN LEBENSQUALITÄT..	41
2.2 „GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT ALS TEIL DER „ALLGEMEINEN LEBENSQUALITÄT“	42
2.2.1 Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	43
2.2.2 Praktischer Nutzen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	43

2.3	GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT IM ALTER	44
2.3.1	<i>Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität unter besonderer Berücksichtigung altersspezifischer Einflussfaktoren</i>	44
2.3.2	<i>Ausprägung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Alter</i>	46
2.4	GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT UND ALKOHOLABHÄNGIGKEIT	46
2.4.1	<i>Auswirkung einer Alkoholabhängigkeit auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität unter Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren</i>	47
2.4.2	<i>Fokussierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in rehabilitativen Interventionsprogrammen</i>	48
2.5	ZUSAMMENFASSUNG	49
3	PERSONELLE RESSOURCEN	51
3.1	DEFINITION UND OPERATIONALISIERUNG DES RESSOURCENBEGRIFFS	51
3.2	RESSOURCEN, GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT	52
3.3	RESSOURCEN IM HÖHEREN ERWACHSENENALTER	54
3.3.1	<i>Das Modell der selektiven Optimierung und Kompensation (Baltes & Baltes, 1989)</i> ...	54
3.3.2	<i>Altersspezifische Ressourcen</i>	55
3.4	RESSOURCENAKTIVIERUNG BEI PSYCHISCHEN STÖRUNGEN AM BEISPIEL „ALKOHOLABHÄNGIGKEIT“	56
3.4.1	<i>Zentrale Aufgaben einer rehabilitativen Ressourcenarbeit</i>	57
3.4.2	<i>Zusammenhang von gelungener Ressourcenaktivierung und Therapieerfolg</i>	58
3.5	ZUSAMMENFASSUNG	59
4	STRESSBEWÄLTIGUNG	61
4.1	ERLEBEN UND BEWÄLTIGEN VON STRESS	61
4.1.1	<i>Stress und Stresserleben</i>	61
4.1.2	<i>Stressbewältigung</i>	63
4.2	STRESSBEWÄLTIGUNG, GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT	64
4.2.1	<i>Stress und Gesundheitsauswirkungen</i>	64
4.2.2	<i>Einfluss von Bewältigungsfähigkeiten im Zusammenspiel von Stress und Gesundheit</i>	65
4.3	STRESSBEWÄLTIGUNG IM HÖHEREN ERWACHSENENALTER	67
4.3.1	<i>Altersbezogene Unterschiede in der Stressbewältigung und damit verbundener Bewältigungsstrategien</i>	67
4.3.2	<i>Erklärungsansätze für altersbezogene Unterschiede im Bewältigungsverhalten</i>	68
4.4	STRESSBEWÄLTIGUNG UND ALKOHOLABHÄNGIGKEIT	69
4.4.1	<i>Zusammenhang von Stresserleben, Stressbewältigung und Alkoholabhängigkeit</i>	70

4.4.2	<i>Fokussierung und Verbesserung von Stressbewältigungsfähigkeiten in rehabilitativen Interventionsprogrammen</i>	71
4.5	ZUSAMMENFASSUNG	73

◀ EMPIRISCHER TEIL ▶

5	DARSTELLUNG DER WISSENSCHAFTLICHEN STUDIE	77
5.1	ZIELSETZUNG	77
5.2	ERHEBUNGSORT ANTON PROKSCH INSTITUT	78
5.2.1	<i>Aufbau und Struktur</i>	78
5.2.2	<i>Behandlungsangebot im Rahmen der qualifizierten Entzugsbehandlung</i>	79
5.3	ZIELGRUPPE DER WISSENSCHAFTLICHEN STUDIE	82
5.4	UNTERSUCHUNGSDESIGN	83
5.5	UNTERSUCHUNGSDURCHFÜHRUNG	84
5.5.1	<i>Erhebungsablauf</i>	85
5.5.2	<i>Ethische Kriterien der Durchführung</i>	86
6	METHODIK	87
6.1	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	87
6.1.1	<i>Gesundheitsbezogene Lebensqualität</i>	87
6.1.2	<i>Personelle Ressourcen</i>	88
6.1.3	<i>Stressbewältigung</i>	90
6.2	BESCHREIBUNG DER ERHEBUNGSINSTRUMENTE	91
6.2.1	<i>Wortschatztest (WST)</i>	92
6.2.2	<i>Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)</i>	93
6.2.3	<i>Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)</i>	95
6.2.4	<i>Coping Behaviours Inventory – Deutsche Version (CBI-G)</i>	97
6.2.5	<i>Beck Depressions-Inventar (BDI)</i>	98
6.2.6	<i>„Fragebogen zur persönlichen Wichtigkeit verschiedener Problembereiche (TH1) und Berücksichtigung dieser im therapeutischen Setting (TH2)“</i>	99
6.2.7	<i>„Fragebogen zur Teilnahme an Therapieangeboten und zur Patientenzufriedenheit (TH3)“</i>	100
6.3	STATISTISCHE VERFAHREN ZUR DATENVERARBEITUNG UND –AUSWERTUNG	100
6.3.1	<i>Deskriptivstatistik</i>	101
6.3.2	<i>Inferenzstatistische Methoden</i>	101
6.3.3	<i>Voraussetzungen für die statistischen Methoden</i>	101

6.3.4	Multivariate Analyse	102
7	ERGEBNISSE.....	103
7.1	BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	103
7.1.1	Aufteilung in Untersuchungsgruppen	103
7.1.2	Alter der Studienteilnehmer	104
7.1.3	Nationalität	105
7.1.4	Schulabschluss und Bildungsgrad	105
7.1.5	Beruf	106
7.1.6	Familienstand	108
7.1.7	Wohnsituation	110
7.1.8	Soziales Umfeld	112
7.1.9	Abstinenzphasen	113
7.1.10	Psychische Erkrankungen	114
7.1.11	Körperliche Erkrankungen	115
7.2	ERGEBNISSE ZU DEN STATISTISCHEN FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	116
7.2.1	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	116
7.2.2	Personelle Ressourcen	123
7.2.3	Stressbewältigung	129
7.3	ANALYSE DER KONTROLLVARIABLEN	135
7.3.1	Depression	135
7.3.2	Persönliche Wichtigkeit verschiedener Problembereiche im Rahmen der Alkoholabhängigkeit	136
7.3.3	Subjektive Einschätzung der Berücksichtigung von Problembereichen in der Therapie	138
7.3.4	Teilnahme an therapeutischen Basis- und Zusatzangeboten und Patientenzufriedenheit.....	140
8	INTERPRETATION UND DISKUSSION	147
8.1	GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT	147
8.2	PERSONELLE RESSOURCEN	151
8.3	STRESSBEWÄLTIGUNG	156
8.4	THERAPIEABBRUCH	161
8.5	ZUSAMMENFASSUNG	163
9	KRITIK UND AUSBLICK	167
10	ZUSAMMENFASSUNGEN.....	171

10.1	DEUTSCHE ZUSAMMENFASSUNG	171
10.2	ENGLISH ABSTRACT	172
11	LITERATURVERZEICHNIS.....	175
12	TABELLENVERZEICHNIS.....	189
13	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	193
14	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	195

◀ ANHANG ▶

FRAGEBOGENBATTERIE.....	201
CURRICULUM VITAE.....	227
ORIGINALITÄTSEKKLÄRUNG.....	229

Einleitung

In den letzten Jahrzehnten gewann die Auseinandersetzung mit alkoholinduzierten Störungen im Alter, nicht zuletzt aufgrund des stetigen Zuwachses der älteren Bevölkerung, zunehmend an Forschungsinteresse (Wetterling, Backhaus & Junghanns, 2002). Im Zuge dessen konnten wertvolle Erkenntnisse über Entstehungsbedingungen, Ausprägung und Auswirkungen einer Alkoholabhängigkeit im Alter erbracht werden, die aufzeigen, dass dieses Störungsbild bei älteren Menschen oftmals einer gesonderten Betrachtung bedarf (vgl. z.B. Wiscott, Kopera-Frye & Begovic, 2002; Voßmann & Geyer, 2006; Beutel & Baumann, 2000). Aus diesem Grund beschäftigt sich die aktuelle Forschung auch mit der Frage, ob in gängigen altersgemischten Therapieangeboten die Bedürfnisse und Problembereiche alkoholabhängiger Älterer ausreichend fokussiert werden – oder ob das Hauptaugenmerk zukünftig verstärkt auf die Schaffung speziell gerontologischer Behandlungsprogramme für ältere Suchtkranke gelegt werden sollte (vgl. z.B. Wolter, 2006; Oslin, Pettinati & Volpicelli, 2002).

Im Rahmen der Diplomarbeit soll darauf bezugnehmend ein Vergleich des Therapieerfolges jüngerer und älterer Alkoholabhängiger in einem altersgemischten Therapiesetting anhand dreier spezifischer Faktoren – gesundheitsbezogene Lebensqualität, personelle Ressourcen und Stressbewältigung – gezogen werden.

Im theoretischen Teil der Arbeit soll zu Beginn auf verschiedenste Aspekte von Alkohol und Alkoholabhängigkeit eingegangen und so ein repräsentativer Überblick über den aktuellen Forschungsstand gegeben werden. Desweiteren sollen auch die drei für das Forschungsthema grundlegenden Konstrukte gesundheitsbezogene Lebensqualität, personelle Ressourcen und Stressbewältigung näher erläutert, zueinander in Beziehung gesetzt und deren zentraler Stellenwert für einen Therapieerfolg aufgezeigt werden (vgl. Moos & Moos, 2007b; Levin, Ilgen & Moos, 2007).

Der empirische Teil beinhaltet die detaillierte Beschreibung der im Anton Proksch Institut durchgeführten Studie, im Zuge dessen auf das spezielle Therapieangebot, die Teilnehmer, die Darstellung der konkreten Vorgehensweise, die Methoden und die Ergebnisse der Studie genauer eingegangen wird. Abschließend werden die Untersuchungsergebnisse diskutiert und mit den maßgebenden theoretischen Erkenntnissen in Beziehung gesetzt.

Als Ziel der vorliegenden Arbeit gilt es somit herauszufinden, ob sich ein altersunspezifisches Rehabilitationsprogramm unterschiedlich auf die drei gewählten Faktoren in den beiden Altersgruppen auswirkt, um letztlich die Frage beantworten zu können, ob altersbezogene Bedürfnisse und Probleme im gemischten therapeutischen Setting ausreichend berücksichtigt werden können und um dadurch einen Hinweis auf die Notwendigkeit speziell gerontologischer Entzugsprogramme zu erhalten.

◀ THEORIE TEIL ▶

1 Alkoholabhängigkeit

Dieses Kapitel wurde im Kollegium verfasst.

Die Substanz Alkohol mit all seinen positiven und negativen Eigenschaften hat eine Jahrtausend alte Geschichte (Feuerlein, 2005). In jeder Kultur besaß und besitzt Alkohol bis heute einen gewissen Stellenwert (Knoll, 1997) – so fand die Flüssigkeit früher oftmals als Heilmittel für verschiedenste Krankheiten, zum Stillen des Hungers (Feuerlein, 2005) oder auch im Rahmen religiöser und zeremonieller Riten (Gerrig & Zimbardo, 2008) Verwendung.

In der heutigen Zeit wird das Trinken von Alkohol eher mit Erholung und Freizeit verbunden (Gerrig & Zimbardo, 2008), die gesellschaftliche Befürwortung des Alkoholkonsums ist aber nach wie vor ungebrochen (Uhl et al., 2009a). Auch wenn sich viele Menschen für ein Trinkverbot bei sportlichen Aktivitäten, während der Berufsausübung oder im Straßenverkehr aussprechen, wird der Konsum von Alkohol bei gesellschaftlichen Anlässen oder beim Essen befürwortet (Uhl et al., 2009a). Vor allem bei älteren Erwachsenen wird der Alkoholkonsum oftmals noch mehr legitimiert als bei Jüngeren und bei Festen und Feiern häufig geradezu eingefordert (Zeman, 2009). Aufgrund der überwiegend positiven, gesellschaftlichen Haltung gegenüber Alkohol, gilt dieser heute neben Wasser und Erdöl als dritt wichtigste Flüssigkeit der Menschheit (Feuerlein, 2005) und wird laut Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation weltweit von einer Milliarde Menschen konsumiert (Comer, 2008).

Alkohol stellt allerdings nicht nur ein akzeptiertes Genussmittel, sondern auch ein gefährliches Suchtmittel dar (Zeman, 2009). So bedingt Alkohol, der weltweit verbreitet, überwiegend uneingeschränkt erhältlich (Ettrich & Fischer-Cyrlies, 2005) und gesetzlich zugelassen ist (Comer, 2008), in vielen Ländern die häufigsten substanzinduzierten Störungen (Feuerlein, 2005; Gerrig & Zimbardo, 2008; Kryspin-Exner, 2008). Jährlich zeigen 6,6 Prozent der gesamten Weltbevölkerung Muster eines Alkoholmissbrauchs oder einer Alkoholabhängigkeit (Comer, 2008). Trotz dieser erschreckend hohen Anzahl von an einer Alkoholproblematik leidenden Menschen, werden alkoholbedingte Störungen im Vergleich zu anderen Süchten häufig bagatellisiert (Zeman, 2009; Voßmann & Geyer, 2006), als weniger schwerwiegend eingeschätzt und gesellschaftlich eher akzeptiert (Ettrich & Fischer-Cyrlies, 2005; Wiscott et al., 2002).

Um diesem Aspekt ein wenig entgegenzuwirken und um die Schwere dieser Krankheit aufzuzeigen, soll folglich in einem detaillierten Überblick auf alle Facetten der Alkoholabhängigkeit, speziell auf jene im höheren Erwachsenenalter, genauer eingegangen werden. Nach einer ersten Erläuterung der Wirkungsweise der Substanz Alkohol wird sowohl die Entstehungsgeschichte des Störungsbildes und

die damit verbundene Definition und Klassifikation, als auch die Ursachen, Verbreitung, Charakteristika und Auswirkungen einer Alkoholabhängigkeit näher behandelt. Abschließend werden auch die Rehabilitation und die therapeutischen Möglichkeiten, insbesondere für ältere Menschen, fokussiert.

1.1 Wirkungsweise von Alkohol

Alkohol gehört der Klasse der sogenannten „Sedativa“ an (Pinel, 2007) und wird neben Beruhigungsmitteln und Opiaten zu den am meisten verwendeten dämpfenden Substanzen gezählt (Comer, 2001). Alkohol gilt als psychoaktive Substanz, die nicht nur mentale Prozesse sondern auch das Verhalten beeinflusst (Gerrig & Zimbardo, 2008) und Bewusstseinsveränderungen herbeiführen kann (Feuerlein, 2005). Alle alkoholischen Getränke enthalten Ethylalkohol (Pschyrembel, 2004), der chemisch sehr einfach aufgebaut (Feuerlein, 2005) und sowohl in Wasser als auch in Fett löslich ist (Pinel, 2007). Diese Beschaffenheit ermöglicht eine einfache Resorption und Verbreitung der Substanz im Organismus – der Alkohol gelangt durch die Magen- und Darmschleimhaut in die Blutbahn, wird durch den Blutstrom rasch im gesamten Organismus verteilt (Comer, 2008; Feuerlein, 2005) und beginnt bereits nach 30 bis 60 Minuten seine Wirkung zu entfalten (Deutsche Stelle für Suchtfragen e.V., 2011).

Am intensivsten wirkt Alkohol auf das zentrale und periphere Nervensystem ein (Feuerlein, 2005). Die durch das Blut ins zentrale Nervensystem transportierten Alkoholmoleküle werden dort an verschiedene Rezeptoren gebunden (Comer, 2008), was zu einer Aktivierung der dopaminergen Neurotransmittersysteme im Belohnungszentrum des Gehirns und zu einer verstärkten Ausschüttung des Glückshormons Dopamin führt (DiChiara et al., 1992, zitiert nach Beutel & Baumann, 2000). Zusätzlich wird durch diese Rezeptoranbindung aber auch die Übertragung von Nervenimpulsen gehemmt und so die geistige und körperliche Leistungsfähigkeit beeinflusst (Gerrig & Zimbardo, 2008). In mittleren bis hohen Dosen kann Alkohol die neuronale Aktivität dämpfen, durch niedrige Dosen kann die neuronale Aktivität jedoch auch stimuliert werden (Pinel, 2007).

Geringe Dosen können durch die Beeinflussung höherer Zentren des Zentralnervensystems Ungezwungenheit (Comer, 2008), Spannungslösung, Enthemmung (Kryspin-Exner, 2008) und auch eine leichte Erhöhung der Reaktionsgeschwindigkeit bewirken (Gerrig & Zimbardo, 2008). Werden jedoch größere Mengen konsumiert, führt dies zu einer Dämpfung weiterer Regionen des Nervensystems, wodurch die gefühlsmäßige Erregbarkeit gesteigert (Knoll, 1997), die Urteilsfähigkeit herabgesetzt (Comer, 2008) und Konzentration und Gedächtnisleistungen der konsumierenden Person beeinträchtigt werden (Kryspin-Exner, 2008). Wird der Alkoholkonsum trotz dieser Einschränkungen

weiterhin fortgesetzt, kommt es schließlich auch zu motorischen Beeinträchtigungen (Kryspin-Exner, 2008) und einer deutlich verminderten Reaktionsfähigkeit (Comer, 2008).

Das Ausmaß der Substanzwirkung wird an der Konzentration des Alkohols im Blut gemessen – der Blutalkoholgehalt wird allerdings von verschiedenen physiologischen Parametern beeinflusst (Comer, 2008). So sollten die Konsummenge und deren Einfluss stets in Relation zu Körpergröße und Verträglichkeit der konsumierenden Person gesetzt werden (Kryspin-Exner, 2008). Ein bestimmter Alkoholspiegel wirkt sich beispielsweise bei einer gewichtsmäßig schwereren Person aufgrund deren größeren Blutvolumens, deutlich geringer aus als bei leichteren Personen. Darüber hinaus ist der Blutalkoholgehalt auch von der Menge des Magenenzym Alkoholdehydrogenase (ADH) abhängig, welches den Alkohol im Magen abbaut, bevor er in die Blutbahn gelangt (Comer, 2008).

Der Großteil des Alkohols wird allerdings nicht durch Magenenzyme, sondern von der Leber abgebaut, in der die Substanz zu Kohlendioxid und Wasser umgewandelt und letztlich ausgeatmet oder ausgeschieden wird (Comer, 2008). Generell kann Alkohol im Körper nur sehr langsam absorbiert werden (Gerrig & Zimbardo, 2008) und die alkoholische Wirkung lässt auch nur in jenem Maß nach, wie die Konzentration der Substanz im Blut sinkt (Comer, 2001).

1.2 Entstehungsgeschichte der Alkoholabhängigkeit als eigenes Krankheitsbild

Der Begriff „Alkoholismus“ wurde von dem schwedischen Arzt Magnus Huss geprägt, der 1849 darunter die physischen Folgeerkrankungen eines ausgeprägten und langanhaltenden Alkoholkonsums zusammenfasste. Der erste Versuch Alkoholabhängigkeit als Krankheit zu definieren, wurde von der World Health Organisation (WHO) im Jahre 1950 unternommen, im Zuge dessen der Terminus „Alkoholismus“ aber nur ungenau abgegrenzt wurde und so nicht nur die Abhängigkeit, sondern auch den Missbrauch von Alkohol umfasste (Uhl et al., 2009a).

Darauf folgten zahlreiche Versuche, die Krankheit „Alkoholismus“ zu definieren und ausgehend von verschiedenen Konsummustern und Zustandsbildern zu kategorisieren. Eine der wesentlichsten Pionierarbeiten im Rahmen der Entwicklung verschiedener Definitionen der Alkoholabhängigkeit geht auf Elvin Morton Jellinek zurück, dessen durch die Arbeit mit Anonymen Alkoholikern inspiriertes Krankheitskonzept des Alkoholismus sich weitgehend durchgesetzt hat (Feuerlein, 2005). Jellinek unterschied 1960 erstmals zwischen den Termini „Alkoholismus“ und „Alkoholkrankheit“ als Teilphänomen des Alkoholismus und unterteilte Personen ausgehend von ihrem problematischen Konsumverhalten in mehrere Typen. In Anlehnung an Jellineks Typologie wurden auch in jüngster Zeit

immer wieder Kategorisierungsversuche unternommen und im Zuge dessen weitere, für eine Alkoholabhängigkeit zentrale Komponenten fokussiert. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die Unterteilung von Schuckit (1979, zitiert nach Uhl et al., 2009a) in primären Alkoholismus und damit verbundenen psychischen und physischen Folgen und in sekundären Alkoholismus, der infolge vermehrter psychischer, körperlicher oder sozialer Probleme resultiert. Lesch und KollegInnen (1990; 1997, zitiert nach Uhl et al., 2009a) konzentrierten sich in der Entwicklung ihrer Alkoholismustypologie auf Ursachen, Verlauf und Prognose des Alkoholkonsums. Sowohl Babor und Kollegen (1992) als auch Cloninger und KollegInnen (1996) befassten sich hingegen im Zuge ihrer Kategorienbildung vorrangig mit dem Einfluss des Lebensalters bei Abhängigkeitsbeginn, Persönlichkeitsmerkmalen und Alkoholfolgebeschwerden (Uhl et al., 2009a).

Im täglichen Sprachgebrauch blieb der Begriff „Alkoholismus“ allerdings auch nach den Arbeiten von Jellinek und Kollegen noch längere Zeit begrifflich unscharf und wurde auch mit „Alkoholkrankheit“ oder „Alkoholsucht“ gleichgestellt (Feuerlein, 2005). Im Jahr 1964 wurde daher schließlich auf Vorschlag der WHO der Begriff „Sucht“ durch „Abhängigkeit“ ersetzt und somit dazu beigetragen, dass sich letztlich die Begriffe „Alkoholabhängigkeit“ und „Alkoholabhängigkeitssyndrom“ einbürgerten (Uhl et al., 2009a).

Auch in den großen Diagnosesystemen der World Health Organisation und der American Psychiatric Association (APA) wurde versucht, die Mehrdeutigkeit der Bezeichnung „Alkoholismus“ zu umgehen. So erfolgte erstmals in der neunten Revision der ICD (International Classification of Diseases) sowie in der dritten Auflage des DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) eine strikte Trennung zwischen den beiden Störungsbildern „Alkoholabhängigkeit“ und „Alkoholmissbrauch“ (Feuerlein, 2005) und der Term „Alkoholismus“ wurde seit diesen Auflagen gänzlich vermieden (Uhl, Bachmayer, Puhm, Kobra & Musalek, 2011a). Im Zuge der Weiterentwicklung der beiden heute aktuellen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV wurde schließlich auch eine weitere Unterteilung des Begriffs „Missbrauch“ vorgenommen (Uhl et al., 2009a).

1.3 Definition und Klassifikation von Alkoholabhängigkeit

Im Folgenden werden vollständigshalber alle substanzinduzierten Störungsbilder, die in den aktuellen Versionen der großen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV unterschieden werden, dargestellt. Im ICD-10 werden damit zusammenhängende Störungen als „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F10) und im DSM-IV unter „Substanzinduzierte Störungen“ zusammengefasst. Ursprünglich wird in beiden Diagnosesystemen durch die Wahl einer allgemeinen Formulierung keine Differenzierung der bewusstseinsbeeinträchtigenden Substanzen (z.B.

Alkohol, Drogen, etc.) vorgenommen. Im Sinne eines besseren Verständnisses des Lesers werden allerdings nachfolgende Störungsbilder direkt auf die Substanz Alkohol bezogen.

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10) nach ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2010):

- F10.0 Akute Alkoholintoxikation
- F10.1 Schädlicher Alkoholgebrauch
- F10.2 Alkoholabhängigkeitssyndrom
- F10.3 Alkoholentzugssyndrom
- F10.4 Alkoholentzugssyndrom mit Delir
- F10.5 Alkoholbedingte Psychotische Störung
- F10.6 Alkoholbedingtes Amnestisches Syndrom
- F10.7 Restzustand und verzögert auftretende Psychotische Störung
- F10.8 Sonstige Alkoholbedingte Psychotische und Verhaltensstörungen

Substanzinduzierte Störungen nach DSM-IV (Dilling & Freyberger, 2010):

- 303.00 Alkoholintoxikation (entspricht den Kriterien der „akuten Alkoholintoxikation“ (F10.0) nach ICD-10)
- 305.00 Alkoholmissbrauch (entspricht den Kriterien des „schädlichen Alkoholgebrauchs“ (F10.1) nach ICD-10)
- 303.90 Alkoholabhängigkeit (entspricht den Kriterien des „Alkoholabhängigkeitssyndroms“ (F10.2) nach ICD-10)
- 291.8 Alkoholentzug
- 291.0 Alkoholentzugsdelir
- 291.5 Störung mit Halluzinationen/ mit Wahn
- 291.1 Persistierende Alkoholinduzierte Amnestische Störung
- 291.2 Persistierende Alkoholinduzierte Demenz
- 291.8 Alkoholinduzierte Affektive Störung/ Angststörung/ sexuelle Funktionsstörung/ Schlafstörung

Da der Fokus der vorliegenden Arbeit ausschließlich auf der Alkoholabhängigkeit liegt, wird speziell auf die Definition und die Diagnoserichtlinien des *Alkoholabhängigkeitssyndroms* genauer eingegangen. Zur Erklärung des Störungsbildes wird das im europäischen Raum etablierte Diagnosesystem ICD-10, dem amerikanischen DSM-IV vorgezogen.

Ein *Alkoholabhängigkeitssyndrom* ist laut ICD-10 der WHO durch eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen charakterisiert, die sich nach wiederholtem Substanzkonsum entwickeln. Bei den Betroffenen bestehen zumeist ein starkes Bedürfnis die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten den Konsum zu kontrollieren, sowie ein anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen (Dilling & Freyberger, 2010).

Als *chronische AlkoholikerInnen* werden Personen bezeichnet, die seit der im Jahr 2001 revidierten zehnten Fassung des ICD die Voraussetzungen für die Diagnose *Alkoholabhängigkeitssyndrom* (F10.2) erfüllen (Uhl et al., 2005, zitiert nach Uhl et al., 2009a). Eine Alkoholabhängigkeit darf somit nur dann diagnostiziert werden, wenn während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren (Dilling et al., 2010):

- Ein starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Alkoholkonsums.
- Vorhandensein eines körperlichen Entzugssyndroms bei Beendigung oder Reduktion des Alkoholkonsums, welches sich durch substanzspezifische Entzugssymptome oder durch den weiteren Konsum äußert, um diese Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- Nachweis einer Toleranz, die sich darin zeigt, dass zunehmend höhere Mengen Alkohol konsumiert werden müssen, um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichte Wirkung hervorzurufen.
- Vernachlässigung von Vergnügen und Interessen aufgrund einer zunehmenden Fokussierung auf den Substanzkonsum. Es wird ein vermehrter zeitlicher Aufwand betrieben, um alkoholische Getränke zu besorgen, zu konsumieren und sich von deren Nachwirkungen zu erholen.
- Der Alkoholkonsum wird trotz Nachweises eindeutiger körperlicher und psychischer Folgeschäden (z.B. Leberschäden, depressive Verstimmungen, kognitive Funktionseinbußen, etc.) aufrechterhalten. Dabei muss allerdings Klarheit darüber bestehen, dass der Betroffene sich auch wirklich der Art und des Ausmaßes der schädlichen Folgen bewusst war oder ist.

1.4 Epidemiologie der Alkoholabhängigkeit

Die Abnahme der Geburtenrate, die Fortschritte in der Medizin und die damit verbundene Steigerung der Lebenserwartung älterer Menschen (Beutel & Baumann, 2000; Wetterling & Kugler, 2006) führen zu einem zukünftig noch stärker ausgeprägten demografischen Wandel der österreichischen Bevölkerung (Mikulasek, 2010). In Österreich nehmen ältere Menschen zwischen 60 und 100 Jahren derzeit knapp ein Viertel der Gesamtbevölkerung ein (Mikulasek, 2010). Schätzungen zum zukünftigen

Bevölkerungswachstum gehen von einer weiteren Zunahme der älteren Population in Österreich aus – während im Jahr 2011 knapp 2 Millionen Menschen zwischen 60 und 100 Jahren zu verzeichnen waren, wird die Anzahl jener Personen in diesem Alter für das Jahr 2025 bereits auf 2,6 Millionen geschätzt (Statistik Austria, 2011).

Für die österreichische Population kann die zunehmend alternde Bevölkerung neben verschiedensten Bereicherungen und Herausforderungen letztlich auch die Konfrontation mit einem Anstieg von Suchtproblemen Älterer bedeuten. In Österreich geben 25% der 60 bis 100jährigen einen geringen, aber regelmäßigen Alkoholkonsum an. Knapp 15% der ÖsterreicherInnen in dieser Altersgruppe konsumieren sogar täglich Alkohol und durchschnittlich 6% geben an, mindestens einmal pro Woche leicht betrunken zu sein (Uhl et al., 2009a).

Ausgehend von Schätzungen mittels alkoholrelevanter Spitalsentlassungsdiagnosen wird angenommen, dass es sich bei etwa 5% der erwachsenen österreichischen Gesamtbevölkerung um chronische AlkoholikerInnen handelt. Jährlich erkranken ca. 10.000 ÖsterreicherInnen an chronischem Alkoholismus (Uhl et al., 2011a). Für die Altersgruppe der 60 bis 100jährigen wird in Bezug auf eine bestehende Alkoholabhängigkeit eine Prävalenz von rund 4% geschätzt (Uhl et al., 2009a) – auch wenn dieser Prozentsatz auf den ersten Blick möglicherweise nicht allzu hoch erscheint, darf dies nicht darüber hinweg täuschen, dass es sich hierbei um fast 80.000 ältere Menschen handelt. Allein im Jahr 2008 wurden in Österreich mehr als 290.000 alkoholabhängigkeitsbezogene Spitalsentlassungsdiagnosen für Ältere zwischen 60 und 100 Jahren gestellt (Uhl et al., 2011a).

Verschiedene Forschungsergebnisse, die mehrheitlich von einer erhöhten Alkoholvulnerabilität des männlichen Geschlechts ausgehen, konnten auch anhand der österreichischen Population belegt werden. So beginnen in Österreich Männer durchschnittlich früher als Frauen mit einem problematischen Alkoholkonsum, konsumieren häufiger oberhalb der Gefährdungsgrenze (Uhl, Strizek, Puhm, Kobra & Springer, 2009b), tendieren dreimal so stark zu Alkoholmissbrauch und sind auch dreimal so häufig alkoholabhängig (Uhl & Kobra, 2003). Diese Ergebnisse scheinen altersunabhängig zu sein, da gezeigt werden konnte, dass auch in der Altersgruppe der 60 bis 100jährigen Männer im Gegensatz zu Frauen dieses Alters deutlich häufiger zu einem problematischen Alkoholkonsum und zu Alkoholmissbrauch neigen. Desweiteren ist auch im Alter der Prozentsatz der an Alkoholabhängigkeit erkrankten Männer in Österreich (rund 5%) im Vergleich zu jenem der Frauen (rund 2%) mehr als doppelt so hoch (Uhl et al., 2011a). Männer erkranken darüber hinaus auch wesentlich häufiger als Frauen an alkoholbedingten Folgeerkrankungen (z.B. Leberzirrhosen) und sterben dreimal so häufig wie Frauen an einer akuten Alkoholüberdosierung (Uhl & Kobra, 2003).

Die Problematik alkoholbedingter Folgeerkrankungen und die tödlichen Folgen des Alkoholkonsums spiegeln sich auch in der österreichischen Todesstatistik wieder. Uhl (2002a) unterscheidet für einen „Substanztod im umfassendsten Sinn“ (STUS) drei Kategorien, die sich auf Substanzgebraucher, -missbraucher und –abhängige beziehen. Ausgehend von dieser Unterteilung sind in Österreich jährlich 8.000 Alkoholtote im Sinne von verstorbenen Alkoholabhängigen (STUS 3), 16.000 Verstorbene im Sinne von Alkoholmissbraucher (STUS 2) und 72.000 verstorbene Alkoholkonsumenten (STUS 1) zu verzeichnen (Uhl, 2002a).

1.5 Ätiologie der Alkoholabhängigkeit im Alter

Im Folgenden sollen neben allgemeinen Entstehungsbedingungen einer Suchterkrankung auch relevante Ursachen für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit im Alter aufgezeigt werden. Darauf aufbauend wird die Alkoholtypologie nach Droller (1964) näher erläutert, da diese für die vorliegende Arbeit einen wesentlichen Stellenwert besitzt.

1.5.1 Allgemeine Ursachen und Entstehungsbedingungen einer Suchterkrankung

Die Entstehung einer Substanzabhängigkeit kann nicht allein auf bestimmte Persönlichkeitsmerkmale einer Person oder auf spezifische Eigenschaften einer psychotropen Substanz zurückgeführt werden, sondern verlangt vielmehr eine biopsychosoziale Betrachtungsweise (Kryspin-Exner, 2008). Darauf basierend bietet das „Modell des Suchtdreiecks“ (siehe Abb. 1.5.1) eine gute Grundlage zur Erklärung der Entstehung alkoholinduzierter Störungen. Dieses Modell umfasst die drei großen Faktorengruppen, *Person*, *soziales Umfeld* und *Substanz*, die sich im Rahmen einer Suchtentstehung in unterschiedlichem Maße gegenseitig beeinflussen (Feuerlein, 2005).

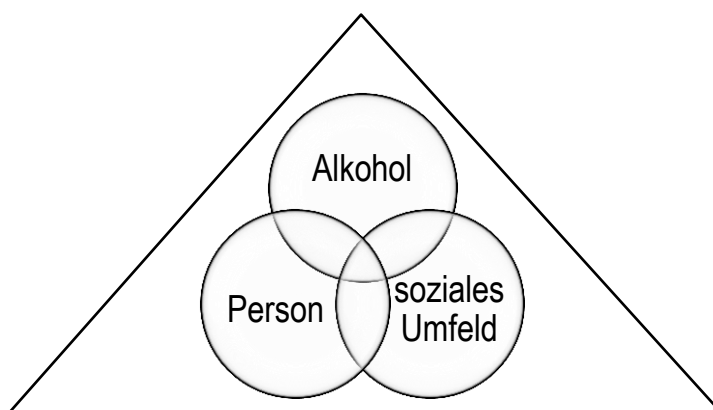


Abbildung 1.5.1: Suchtdreieck.

Nicht alle Suchtmittel weisen dasselbe Abhängigkeitspotential auf (Uhl et al., 2009a) – *Alkohol* beispielsweise zählt zu den meistkonsumierten dämpfenden Substanzen (Pinel, 2007) und besitzt ein relativ hohes Suchtpotential (Comer, 2008). Wird Alkohol nicht nur in einem angemessenen Rahmen getrunken, sondern hinsichtlich seiner Funktion missbraucht (z.B. Stressminderung, Reduzierung von Hemmungen, etc.), ist die Gefahr groß, dass das Bewältigungsverhalten zunehmend mehr mit dem Konsum der Substanz verknüpft wird (Kryspin-Exner, 2008) und daraus eine psychische Abhängigkeit resultiert (Comer, 2008). Nimmt man Alkohol darüber hinaus exzessiv und kontinuierlich zu sich, entwickelt sich relativ rasch eine Toleranz und zusätzlich zur psychischen, auch eine körperliche Abhängigkeit (Comer, 2008).

Im Rahmen *individueller personenbezogener Bedingungsfaktoren* für eine Suchtentstehung muss das konsumierende Individuum mit all seinen körperlichen und psychischen Eigenschaften betrachtet werden (Feuerlein, 2005). So können verschiedenste Faktoren wie beispielsweise das Geschlecht, das Lebensalter, die familiären Prädispositionen (Brennan, Schutte, Moos & Moos, 2010), die persönliche Einstellung zum Alkoholkonsum sowie das Vorhandensein psychischer Probleme (Uhl et al., 2009a) eine wesentliche Rolle in der Abhängigkeitsentwicklung spielen.

Die letzte Faktorengruppe bezieht sich auf das *soziale Umfeld* einer Person mit seinen interpersonellen sozialisierenden, beruflichen und wirtschaftlichen Einflüssen (Feuerlein, 2005). Zu diesem Einflussfaktor zählen sowohl gesellschaftliche Einstellungen gegenüber psychoaktiven Substanzen, die Verfügbarkeit und Griffnähe von Suchtmitteln, das Angebot an Suchthilfeeinrichtungen (Uhl et al., 2009a), als auch das Trinkverhalten im Freundes- und Bekanntenkreis und damit verbundene „Peer-Group-Effekte“ (Brennan et al., 2010).

1.5.2 Ursachen und Entwicklungsbedingungen einer Alkoholabhängigkeit im Alter

Die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im höheren Erwachsenenalter lässt sich ebenso wenig pauschal erklären wie bei jüngeren Menschen (DHS, 2011). Da das Altern als mehrdimensionaler Prozess verstanden werden kann (Voßmann & Geyer, 2006) und durch eine bestimmte Entwicklungsdynamik gekennzeichnet ist (Maercker, 2002), sind im Rahmen der Alkoholabhängigkeitsentstehung sowohl biologische, psychologische und soziale Faktoren (Brennan et al., 2010), als auch lebensgeschichtliche und altersspezifische Einflüsse (DHS, 2011) von Bedeutung.

Zur Erklärung der Entwicklung psychischer Störungen im Alter, insbesondere der Alkoholabhängigkeit, bietet der Ansatz der „Gewinn-Verlust-Bilanzierung“ der Lebensspannenpsychologie (Maercker, 2002) eine gute theoretische Basis, da jener eine umfassende Betrachtung all dieser Einflussfaktoren

beinhaltet. Zentral ist hierbei die Gegenüberstellung aller, mit dem höheren Lebensalter verbundenen, Ressourcen („Gewinne“) und Belastungen („Verluste“) – je nach subjektiver Bilanzierung können so entweder positive Aspekte dominieren und zur Steigerung des Wohlbefindens im Alter beitragen, oder aber Belastungen überwiegen (Maercker, 2002), die bei mangelnden Kompensationsmöglichkeiten wesentlich zur Ausbildung einer psychischen Störung beitragen können (Voßmann & Geyer, 2006).

Als *Gewinne* des höheren Erwachsenenalters werden beispielsweise Reife und Weisheit (Maercker, 2002), aber auch ein komplexeres Lebenswissen angesehen (Knight, Robinson & Satre, 2002). Eine genauere Erläuterung verschiedenster altersbezogener Ressourcen findet sich unter Kapitel 3.3.2.

Das Alter ist allerdings auch mit zahlreichen *Verlusten* verbunden, die sich teilweise auch wechselseitig beeinflussen und auf die infolge genauer eingegangen werden soll, da sie in der aktuellen Literatur zum Thema immer wieder als zentrale Bedingungsfaktoren für eine Alkoholabhängigkeit im Alter genannt werden. Zu wesentlichen Verlusten im Alter zählen Identitätsumstellungen durch Pensionierungen (Scholz, Zingerle & Quantschnig, 1995; Voßmann & Geyer, 2006), der Verlust nahestehender Personen (Welte & Mirand, 1993; Voßmann & Geyer, 2006), körperliche und geistige Einschränkungen (Scholz et al., 1995; Welte & Mirand, 1993), sowie finanzielle Probleme (Maercker, 2002). Viele dieser Belastungsfaktoren lassen sich auch auf jüngere Generationen beziehen, treten aber im höheren Lebensalter doch wesentlich häufiger auf (Knight et al., 2002).

Die *Pensionierung* bedeutet für viele ältere Menschen eine maßgebliche Veränderung ihrer Tagesstruktur und ihrer Rollenfunktion (Maercker, 2002). Mayring (1990, zitiert nach Maercker, 2002) erwähnt in diesem Zusammenhang unterschiedliche Verarbeitungsphasen der Pensionierung im Zeitverlauf. So entsteht kurz nach der Pension häufig ein kurzfristiger Erholungseffekt, nach dem allerdings unter gewissen Bedingungen, wie z.B. finanziellen Problemen oder Beziehungsverlusten, oftmals eine Phase der Enttäuschung folgt. Gelingt es der betroffenen Person, sich auf die neue Realität einzustellen, wechselt diese schließlich in eine sogenannte Neuorientierungsphase. Auch wenn die Mehrzahl der Pensionisten mit dem Berufsausstieg angemessen umgehen kann und sich relativ rasch an die veränderte Lebenssituation gewöhnt, gibt es dennoch zahlreiche ältere Menschen, die die Berufsrollenaufgabe als wesentliches Verlustereignis ansehen (Maercker, 2002). Für jene ist der Eintritt in die Pension auch oftmals mit einer Reduzierung sozialer Kontakte (Beutel & Baumann, 2000) und im schlimmsten Fall mit sozialem Rückzug und Isolation (Voßmann & Geyer, 2006) verbunden.

Im höheren Lebensalter spielt desweiteren auch der *Verlust nahestehender Personen* und der damit verbundene Wegfall jahrelanger, zumeist emotional besetzter Beziehungen, eine zentrale Rolle (Maercker, 2002) – so werden ältere Menschen vermehrt mit dem Tod des Partners oder der Partnerin,

von Verwandten und Freunden oder auch der eigenen Kinder konfrontiert (Scholz et al., 1995). Vor allem verwitwete ältere Männer haben oft große Schwierigkeiten mit Verlusterlebnissen umzugehen und so beispielsweise den Tod der Partnerin zu akzeptieren (Maercker, 2002).

Der Alterungsprozess ist gemeinhin auch mit einer Reihe von *körperlichen und geistigen Einbußen* und einer daraus resultierenden Beeinträchtigung der Alltagskompetenz verbunden (Maercker, 2002). Viele ältere Menschen klagen über Seh- und Hörstörungen (Maercker, 2002), eine verminderte kognitive Leistungsfähigkeit (Knight et al., 2002) und verschiedene physische Erkrankungen (DHS, 2011), die oftmals auch das Bewusstwerden des eigenen Todes verstärken (Maercker, 2002).

Die Pensionierung, der Verlust des Partners, aber auch der Abbau der körperlichen und geistigen Ressourcen und eine möglicherweise damit verbundene Pflegebedürftigkeit bedingen bei vielen älteren Menschen *finanzielle Probleme*. Allein im deutschsprachigen Raum leben 12% der älteren Menschen an der Armutsgrenze – in der Berliner Altersstudie konnte in diesem Zusammenhang auch gezeigt werden, dass finanzielle Schwierigkeiten und Armut im Alter unabhängig vom Bildungsabschluss, aber abhängig vom Familienstand der Betroffenen sind, wobei ältere geschiedene und alleinlebende Menschen am stärksten betroffen sind (Wagner et al., 1996, zitiert nach Maercker, 2002).

Die Mehrheit älterer Menschen kann diese altersbedingten Beeinträchtigungen und Belastungen gut verarbeiten oder durch verschiedene *Gewinne* des Alters kompensieren (Maercker, 2002). Dennoch ist es Fakt, dass es auch ältere Menschen gibt, bei denen verschiedene *Verluste* gegenüber den *Gewinnen* des höheren Lebensalters überwiegen und mit fortschreitendem Alter zunehmend gewichtiger werden (Maercker, 2002). Verfügen nun ältere Menschen nicht über genügend Kompensationsmöglichkeiten und haben Schwierigkeiten damit, diese altersbezogenen sozialen, physischen und psychischen Veränderungen zu akzeptieren (Maercker, 2002), können diese, wenn auch nur für einen kleinen Anteil Älterer, maßgebliche Risikofaktoren für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit darstellen (Wiscott et al., 2002).

1.5.3 Alkoholtypologie nach Droller (1964)

Alkoholabhängigkeit wird als sehr heterogenes psychisches Störungsbild beschrieben, dass nicht nur durch ätiologische Komponenten stark differiert, sondern auch in seiner phänotypischen Ausprägung deutliche interindividuelle Unterschiede erkennen lässt (Dom, D'Haene, Hulstijn & Sabbe, 2006). Um ein besseres Verständnis sowie geeignetere therapeutische Interventionen entwickeln zu können, gibt es schon seit einigen Jahrzehnten Bestrebungen dahingehend, die Charakteristika dieses Störungsbild zu systematisieren und davon ausgehend Alkoholabhängige in Subtypen einzuteilen (Dom et al., 2006).

Da sich das Lebensalter bei der Klassifizierung von Alkoholabhängigkeit als geeignetes Kriterium erwiesen hat (Irwin, Schuckit & Smith, 1990, zitiert nach Dom et al., 2006), ist im Rahmen der Alkoholabhängigkeit im Alter besonders die Typologie nach Droller (1964) zu erwähnen. Es wird zwischen älteren AlkoholikerInnen mit einem frühen Beginn vor dem 60. Lebensjahr („Early-onset“) und einem späteren Beginn nach dem 60. Lebensjahr („Late-onset“) unterschieden (Bode & Haupt, 1998; Mundle, Wormstall & Mann, 1997; Scholz et al., 1995). Zwei Drittel der älteren alkoholkranken Population nehmen Ältere mit „Early-onset“ ein und ein Drittel machen „Late-onset“ AlkoholikerInnen im Alter aus (Lieb, Rosien, Bonnet & Scherbaum, 2008).

1.5.3.1 „Early-onset“ Alkoholabhängige

„Early-onset“ Alkoholabhängige zeigen bereits vor dem 25. Lebensjahr einen problematischen Alkoholkonsum und ausgeprägtere Anzeichen von Alkoholmissbrauch (Dom et al., 2006), wobei genetische Faktoren eine wesentliche Rolle bei der Suchtentstehung spielen (Lieb et al., 2008). Der Alkoholkonsum von „Early-onset“ Trinkern ist mit körperlichen und psychischen Erkrankungen sowie hirnganischen Veränderungen verbunden (Beutel & Baumann, 2000), die sich aufgrund der kumulierenden Folgen des jahrzehntelangen Konsums (DHS, 2011) im Alter noch wesentlich massiver und schwerwiegender äußern als bei „Late-onset“ Abhängigen (Beutel & Baumann, 2000). Zusätzlich ist bei dieser Gruppe ein gesteigerter Krankheitsverlauf mit zahlreichen Vorbehandlungen, ein sozial und familiär vorbelastetes Umfeld (Brennan et al., 2010; Zeman, 2009) sowie eine höhere Mortalitätsrate zu verzeichnen (Zeman, 2009). „Early-onset“ AlkoholikerInnen weisen darüber hinaus auch häufig eine geringere Impulskontrolle und eine gesteigerte Aggressivität auf (Dom et al., 2006; Voßmann & Geyer, 2006) – dies führt mitunter dazu, dass häufig schon in jüngeren Jahren ein sozialer Abstieg stattfindet, der sich durch Isolation, Vereinsamung und Ausgrenzung aus der Gesellschaft bemerkbar macht (Beutel & Baumann, 2000).

1.5.3.2 „Late-onset“ Alkoholabhängige

„Late-onset“ Alkoholabhängige beginnen erst im fortgeschrittenen Alter exzessiv Alkohol zu konsumieren, was schließlich in eine Abhängigkeit mündet (Beutel & Baumann, 2000; Voßmann & Wernado, 1996, zitiert nach Voßmann & Geyer, 2006; Rosen & Glatt, 1971, zitiert nach Welte & Mirand, 1993). Nach der „Stress-Hypothese des späten Beginns“ sind hierfür meist alterstypische kritische Lebensereignisse (Caracci & Miller, 1991, zitiert nach Weyerer, 2003; Beutel & Baumann, 2000) sowie belastende Umweltfaktoren (Lieb et al., 2008; Wolter, 2006; Beutel & Baumann, 2000) verantwortlich,

auf die bereits im Kapitel 1.5.2 näher eingegangen wurde. In der Lebensgeschichte von „Late-onset“ AlkoholikerInnen finden sich weniger familiäre Abhängigkeitserkrankungen, weniger Psychopathologien, allgemein mildere alkoholbedingte Konsequenzen (Atkinson et al., zitiert nach Welte & Mirand, 1993) und auch weniger psychische Begleiterkrankungen als bei „Early-onset“ Trinkern (Zeman, 2009). Aufgrund des späteren Krankheitsbeginns gelten „Late-onset“ AlkoholikerInnen als psychisch stabiler, verfügen über mehr soziale und finanzielle Ressourcen (Beutel & Baumann, 2000; Welte & Mirand, 1993; Bode & Haupt, 1998) und besitzen letztlich auch bessere Chancen für positive Therapieerfolge als „Early-onset“-Trinker (Beutel & Baumann, 2000; Wolter, 2006).

1.5.3.3 „Rezidiv Abhängige“

Aus der aktuellen Literatur zu „Alkoholabhängigkeit im Alter“ geht allerdings hervor, dass die Unterteilung älterer Alkoholabhängiger in diese beiden Typen möglicherweise zu oberflächlich ist (Wolter, 2006). Ratsam wäre daher eine dritte Gruppe, jene der „Rezidiv-Abhängigen“, mit zu erfassen. Diese umfasst Personen, die in jüngeren Jahren eine Alkoholabhängigkeit aufwiesen, im Laufe ihres Lebens schließlich erfolgreich abstinent wurden und erst im höheren Alter aufgrund kritischer Lebensereignisse wieder rückfällig wurden (Beutel & Baumann, 2000; Mundle et al., 1997). In der Ätiologie sowie im Verlauf ähneln die „Rezidiv-Abhängigen“ den „Late-onset“ Trinkern, da auch diese mehr Stabilität in familiären und sozialen Bereichen aufweisen und in ihrer Persönlichkeitsstruktur gefestigter erscheinen als „Early-onset“ Abhängige (Beutel & Baumann, 2000). Da „Rezidiv-Abhängige“ bereits Erfahrungen mit den Anforderungen einer Abstinenzphase gemacht haben, wird auch die Prognose eines erneuten Erfolges als günstig angesehen (Beutel & Baumann, 2000).

1.6 Charakteristika einer Alkoholabhängigkeit im Alter

Eine Alkoholabhängigkeit unter älteren Menschen unterscheidet sich im Vergleich zu jener in jüngeren Jahren in vielen Aspekten maßgeblich, weshalb im Folgenden auf spezifische Charakteristika einer Alkoholabhängigkeit im Alter genauer eingegangen wird.

1.6.1 Geringere Prävalenz älterer Alkoholabhängiger

Verschiedenste epidemiologische Untersuchungen belegen eine geringere Verbreitung der Alkoholabhängigkeit im höheren Lebensalter im Vergleich zu jüngeren Generationen (DHS, 2011). Für den niedrigeren Anteil Älterer an der Gesamtpopulation alkoholabhängiger Menschen werden in

unterschiedlichen Forschungsarbeiten zwei wesentliche Gründe genannt – zum Einen mit dem Alter gehäuft einhergehende Gesundheitsprobleme, die zu einer Abnahme oder gänzlichen Aufgabe des Alkoholkonsums führen und zum Anderen die erhöhte Mortalitätsrate älterer Alkoholkranker (Zeman, 2009; Moos, Brennan, Schutte & Moos, 2010; Lieb et al., 2008).

Nicht nur alkoholinduzierte, sondern auch altersbezogene gesundheitliche Beschwerden und chronische Erkrankungen stellen für viele ältere Alkoholabhängige einen wesentlichen Motivationsfaktor dar, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren (Moos et al., 2010) oder ihre Alkoholabhängigkeit – allein oder durch Unterstützung (DHS, 2011) – zu bezwingen (Brennan et al., 2010; Kerr & Ye, 2010).

Da es sich bei einer Alkoholabhängigkeit aber um eine chronisch rezidivierende Erkrankung handelt, die nach heutiger Erkenntnis nur selten einer Spontanheilung unterliegt (Mann, 2000, zitiert nach Loeber, Kiefer, Wagner, Mann & Croissant, 2009), ist die erhöhte Mortalitätsrate älterer Alkoholabhängiger möglicherweise weitaus ausschlaggebender für die niedrigere Prävalenz unter Älteren (Weyerer, 2003; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2006). Durch Alkoholismus wird die Lebenserwartung um durchschnittlich 17 bis 20 Jahre verkürzt (Bühringer, 2000, zitiert nach Uhl & Kobra, 2003), sodass Alkoholabhängige oftmals bereits vor dem Erreichen eines höheren Lebensalters sterben (DHS, 2011).

Diese vorzeitige Sterblichkeit, die zu einem zahlenmäßig kleineren Anteil Älterer an der Gesamtpopulation Alkoholabhängiger führt, verleitet allerdings auch oftmals zu dem Fehlschluss, dass eine Alkoholproblematik unter älteren Menschen seltener vorkommt bzw. mit dem höheren Alter wieder abnimmt (BMGF, 2006). Dies wird als sogenannter „Übermortalitätsbias“ bezeichnet, der letztlich bedingt, dass das tatsächliche Ausmaß der Alkoholproblematik unter Älteren maßgeblich verkannt wird (Uhl & Kobra, 2003).

1.6.2 Unauffälligeres Erkrankungsbild alkoholabhängiger Älterer

Darüber hinaus trägt auch das, im Vergleich zu jenem Jüngerer, deutlich unauffälliger (Oslin, Slaymaker, Blow, Owen & Collieran, 2005) und teilweise immer noch unbekannte Erkrankungsbild (Wetterling et al., 2002) älterer Abhängiger zu einer erheblichen Unterschätzung der Alkoholabhängigkeit im Alter bei (Weyerer, 2003).

1.6.2.1 Unscheinbarer Trinkstil

Ältere AlkoholikerInnen weisen beispielsweise einen *unscheinbareren Trinkstil* auf (Brower, Modd, Blow, Joung & Hill, 1994), der durch einen kontrollierteren Alkoholkonsum gekennzeichnet ist (DHS, 2011).

Aus diesem Grund kommen Trinkexzesse und damit verbundene soziale Auffälligkeiten, wie z.B. Impulsausbrüche und aggressive Entäußerungen, die infolge ausufernder Rauschzustände oft typisch sind, im höheren Alter kaum noch vor (Voßmann & Geyer, 2006).

1.6.2.2 Toleranzminderung

Ausschlaggebend für dieses weniger exzessive Konsummuster ist eine deutliche Toleranzminderung, durch die bereits geringe Alkoholmengen zu erheblichen Beeinträchtigungen (siehe Kap. 1.7) führen (Scholz et al., 1995; Beutel & Baumann, 2000). Die veränderten Toleranzverhältnisse im Alter entstehen infolge altersbedingter physiologischer Veränderungen (Feuerlein, 2005), die sowohl die Aufnahme und die Verteilung, als auch den Abbau von Alkohol im Organismus beeinflussen (Weyerer, 2003).

So nimmt im höheren Alter die Fähigkeit der Körperzellen, Wasser zu speichern, ab (DHS, 2011), wodurch ein reduzierter Wassergehalt in den Zellen entsteht (DHS, 2011). Dadurch kann sich Alkohol, der als wasserlösliche Substanz gilt, weniger gut verteilen und es kommt zu einem Anstieg des Blutalkoholspiegels – die gleiche Alkoholmenge führt daher bei älteren Menschen auch zu einer höheren Blutalkoholkonzentration als bei Jüngeren (Weyerer, 2003; Spencer & Hutchison, 1999).

Desweiteren werden im höheren Alter auch die Nerven im Gehirn zunehmend sensibler gegenüber Alkohol und alkoholischer Wirkung (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2008), sodass bereits geringe Mengen die Gefahr einer Schädigung des zentralen Nervensystems erhöhen können (Brower et al., 1994; Moos et al., 2010; Spencer & Hutchison, 1999).

Ältere Menschen zeigen häufig auch eine verminderte Aktivität des Enzyms Alkoholdehydrogenase im Magen (Brower et al., 1994) und eine eingeschränkte Leberfunktion, wodurch der Abbau des Alkohols wesentlich verlangsamt wird (DHS, 2008). Außerdem verschlechtert sich im Alter die Fähigkeit des Körpers, Sauerstoff aufzunehmen, was sich dahingehend als problematisch erweist, dass die Nervenzellen etwa 80 Prozent des gesamten Zellsauerstoffes allein zum Abbau des Alkohols benötigen (DHS, 2011).

1.6.2.3 Unauffälligere Symptomausprägung

Der zurückhaltende Trinkstil vieler älterer Alkoholabhängiger mündet oftmals auch in eine *unauffälligere Symptomausprägung* (Bode & Haupt, 1998; Mundle et al., 1997). Klassische Symptome und charakteristische Abhängigkeitsanzeichen zeigen sich somit häufig weniger offensichtlich als bei jungen

Erwachsenen (Scholz et al., 1995), und werden daher von Außenstehenden auch öfter übersehen (Brower et al., 1994).

1.6.2.4 Verdeckung charakteristischer Abhängigkeitsanzeichen

Schließlich kann es bei älteren Alkoholabhängigen auch zu einer Verdeckung oder *Verschleierung typischer Abhängigkeitsanzeichen* durch verschiedene komorbide Alterserkrankungen kommen (Bode & Haupt, 1998; Mundle et al., 1997; Ettrich & Fischer-Cyrulies, 2005). Daraus resultieren letztlich differentialdiagnostische Schwierigkeiten (Miller et al., 1991, zitiert nach Scholz et al., 1995), die dazu führen, dass alkoholbedingte Symptome und Krankheitsanzeichen fälschlicherweise dem Alterungsprozess zugeschrieben (Welte & Mirand, 1993) und so die Möglichkeiten einer Behandlung eingeschränkt werden (Knight et al., 2002).

1.7 Auswirkungen einer Alkoholabhängigkeit im Alter

Die kurz- und langfristigen Folgen von Alkoholkonsum und alkoholinduzierten Störungen werden in verschiedenen Forschungsarbeiten zum Thema oftmals kontrovers diskutiert. In letzter Zeit konnten einige aktuellere Studien eine gesundheitsfördernde Wirkung geringer Alkoholmengen, wie beispielsweise eine Gefäßerweiterung und eine damit verbundene bessere Organdurchblutung nachweisen (siehe u.a. Gronbaek et al., 1999; Manderbacka et al., 1999, zitiert nach Livingston, 2009). Dieses Phänomen zeigt sich in einem „U-förmigen Zusammenhang“ zwischen der konsumierten Alkoholmenge und dem subjektiven Grad der Gesundheit, wonach nicht nur ein exzessiver Alkoholkonsum, sondern auch eine vollständige Abstinenz mit mehr Gesundheitsproblemen verbunden sind als ein mäßiger Konsum (Uhl et al., 2009a).

Solche und ähnliche Forschungsergebnisse dürfen allerdings nicht darüber hinweg täuschen, dass der gesundheitsfördernde Aspekt des Alkoholkonsums generell deutlich überschätzt wird, da sich viele Studien ausschließlich mit der Substanzwirkung näher beschäftigten, ohne aber individuelle Charakteristika der Konsumenten zu berücksichtigen (Uhl et al., 2009a). Vor allem in Bezug auf den Alkoholkonsum im höheren Alter sind solche Befunde eher kritisch zu betrachten. Mäßiger Alkoholkonsum, der für manch jüngeren Erwachsenen möglicherweise einen protektiven Effekt besitzt, kann für Ältere verschiedenste Gesundheitsrisiken bergen – dies ist unter dem Gesichtspunkt zu betrachten, dass ältere Menschen aufgrund ihres Alters durch verschiedenste nachteilige Faktoren

„vorbelastet“ zu sein scheinen, deren Relevanz für die allgemeine Gesundheit bei einer bestehenden Alkoholabhängigkeit noch zunimmt (Wiscott et al., 2002).

Zu nennen sind in diesem Zusammenhang, wie bereits in Kapitel 1.6.2.2 näher erläutert, altersbedingte physiologischen Veränderungen, die zu einer herabgesetzten Verträglichkeit, einem verlangsamten Abbau (DHS, 2011) und einer erhöhten Sensitivität des Gehirns gegenüber Alkohol führen (Moos, et al., 2010).

Darüber hinaus ist das höhere Alter mit einer Reihe von Gesundheitsproblemen verbunden, deren Symptome durch den Konsum von Alkohol und erst recht durch eine Alkoholabhängigkeit noch zusätzlich verstärkt werden (Gehl et al., 1995, zitiert nach Ettrich & Fischer-Cyrulies, 2005; Welte & Mirand, 1993), sodass altersbezogene Erkrankungen oftmals gar nicht mehr eindeutig von alkoholbedingten Folgeschäden abgegrenzt werden können (DHS, 2011; Scholz et al., 1995).

Hinzu kommt, dass diese alterstypischen gesundheitlichen Einbußen häufig die Einnahme verschiedener Medikamente erfordern (Wiscott et al., 2002), wobei bereits geringe Alkoholmengen deren Wirkung gefährlich potenzieren (DHS, 2011) und vermehrt Nebenwirkungen hervorrufen können (Wiscott et al., 2002). Dennoch werden die langfristigen Risiken alkoholbezogener Störungen im Alter oftmals minderbeachtet (Ettrich & Fischer-Cyrulies, 2005) oder in ihren Auswirkungen auf die geistige und körperliche Gesundheit unterschätzt (Voßmann & Geyer, 2006), obwohl abhängigkeitsbedingte körperliche, kognitive und psychosoziale Einbußen bei älteren Abhängigen mindestens so gravierend wie bei jungen Erwachsenen sind.

1.7.1 Alkoholverursachte körperliche Schäden

Physiologische Auswirkungen einer Alkoholabhängigkeit im Alter zeigen sich unter anderem in Schwindelanfällen, erhöhter Sturzgefahr (DHS, 2011) und damit verbundenen Verletzungen (Beutel & Baumann, 2000; Ettrich & Fischer-Cyrulies, 2005), anhaltenden Durchfällen, Appetitverlust und Fehlernährung (Voßmann & Geyer, DHS), sowie Schlafstörungen (Beutel & Baumann, 2000) und durchgehender Müdigkeit (DHS, 2011).

Übermäßiger und chronischer Alkoholkonsum führt desweiteren häufig zu Bluthochdruck (Kerr & Ye, 2010, Beutel & Baumann, 2000), starkem Zittern (Tremor) (DHS, 2011), der Entwicklung von Karzinomen (Ettrich & Fischer-Cyrulies, 2005) und Polyneuropathien (Voßmann & Geyer, 2006) sowie einem erhöhten Typ II Diabetesrisiko (Kerr & Ye, 2010).

Darüber hinaus wird die Funktion lebenswichtiger Organe, wie Herz und Leber schwer beeinträchtigt (Kryspin-Exner, 2008). Die Überlastung der Leber durch Alkohol führt zu einer Fettansammlung und Vernarbung des Organs (Comer, 2008), woraus sich nach anhaltendem Konsum eine irreversible, meist tödliche Leberzirrhose entwickeln kann (Ettrich & Fischer-Cyrulies, 2005). Alkohol kann letztlich auch die Herzfunktion schwächen (Kryspin-Exner, 2008) und dadurch die Anfälligkeit für Krebs und verschiedene Infektionen maßgeblich erhöhen (Comer, 2008).

1.7.2 Alkoholbedingte kognitive Einbußen

Chronischer Alkoholkonsum bewirkt mittel- und langfristig gesehen eine Schädigung bestimmter Gehirnregionen, die neurokognitive Funktions- und Leistungseinbußen, wie z.B. Störungen des Gleichgewichts und der Verarbeitungsgeschwindigkeit (Gilly, 2006, zitiert nach Comer, 2008), oder eine mangelnde Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeitsbeeinträchtigungen nach sich ziehen (Kryspin-Exner, 2008; DHS, 2011).

Hinzu kommen häufig auch massive Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen (Voßmann & Geyer, 2006), wobei sich die damit verbundenen Gedächtnislücken vor allem auf jene Situationen beziehen, in denen exzessiv Alkohol konsumiert wurde (Kryspin-Exner, 2008).

Bei sehr schwerem, viele Jahre andauerndem Alkoholkonsum kann sich auch eine Wernicke-Encephalopathie entwickeln – hierbei handelt es sich um eine degenerative Erkrankung, bei der es aufgrund einer Fehl- oder Unterernährung und daraus resultierendem Mangel an Thiamin (Vitamin B1) zu Gehirnschwellungen und später auch zu Einblutungen an bestimmten Gehirnregionen kommt (Pinel, 2007). Die Wernicke-Encephalopathie geht meist fließend in das sogenannte Korsakow-Syndrom über (Kryspin-Exner, 2008), bei dem es sich um eine schwere Form der Gedächtnisstörung (Amnesie) bei AlkoholikerInnen handelt (Pinel, 2007). Betroffene Alkoholabhängige können sich weder an Vergangenes erinnern, noch Neues erlernen (Comer, 2008).

1.7.3 Psychosoziale Folgen der Alkoholabhängigkeit

Auf psychosozialer Ebene kommt es infolge einer Alkoholabhängigkeit im Alter häufig zu weniger zielgerichteten Aktivitäten (Beutel & Baumann, 2000), Vernachlässigung des Haushalts und der Körperpflege (DHS, 2011) sowie zu Verwahrlosung (Voßmann & Geyer, 2006).

Mit einer Alkoholabhängigkeit gehen weiters auch meist Stimmungsschwankungen, Antriebs- und Interessenslosigkeit (Voßmann & Geyer, 2006), vermehrt pessimistische Lebenseinstellungen (DHS,

2011) und eine Abnahme des Selbstwertgefühls (Conte, Plutchik, Picard, Galanter & Jacoby, 1991) einher. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang auch eine hohe Komorbidität mit affektiven Störungen (Kryspin-Exner, 2008; Beutel & Baumann, 2000). So konnte nachgewiesen werden, dass ein kontinuierlicher, starker Alkoholkonsum über mehrere Jahre, das Erkrankungsrisiko einer Depression nicht nur für die konsumierende Person selbst um das Fünffache erhöht (Beutel & Baumann, 2000), sondern vermehrt auch zu depressiven Symptomen seitens des Partners führt (Maes et al., 1998, zitiert nach Livingston, 2009). Gerade bei älteren AlkoholikerInnen zeigen sich depressive Symptome im Zusammenhang mit einer Alkoholabhängigkeit oft noch wesentlich häufiger und ausgeprägter als bei jüngeren Erwachsenen (Grant, 1995, zitiert nach Moos et al., 2010) – Angststörungen kommen hingegen bei älteren Abhängigen deutlich seltener vor als in jüngeren Altersgruppen (Flint, 1994, zitiert nach Beutel & Baumann, 2000).

Ältere Alkoholabhängige neigen weiters auch vermehrt zu starken Schuld- und Schamgefühlen aufgrund ihrer Abhängigkeit (Beutel & Baumann, 2000), was letztlich oftmals zu einem sozialen Rückzug führt (Voßmann & Geyer, 2006). Dadurch kommt es neben der allgemeinen Vernachlässigung sozialer Beziehungen (Zeman, 2009), auch zu Veränderungen im familiären Verbund (Livingston, 2009) – so werden Alkoholabhängige häufig zum schwächsten Glied der Familie, was meist mit einem Verlust der Rollenerfüllung und im schlimmsten Fall auch mit einer Ausgliederung aus dem Familienverband einhergeht (Kryspin-Exner, 2008).

1.8 Rehabilitation älterer Alkoholabhängiger

Obwohl typische Charakteristika und schwerwiegende Auswirkungen einer Alkoholabhängigkeit im Alter mittlerweile gut erforscht sind (siehe Kap. 1.6 und 1.7), bleibt diese dennoch sehr oft unbehandelt (Oslin et al., 2005; Weyerer, 2003; Moos et al., 2010). Ausschlaggebend hierfür sind verschiedene Ursachen, die überwiegend aufgrund eines Mangels an Wissen, Einsicht und Verantwortungsbewusstsein der Betroffenen, der Angehörigen, des Medizinsystems und letztlich auch der Gesellschaft resultieren.

1.8.1 Behandlungszugang älterer Alkoholabhängiger

Bei älteren Betroffenen und auch bei Angehörigen existieren oft enorme Hemmungen, eine Alkoholabhängigkeit als solche anzuerkennen (Voßmann, 2000, zitiert nach Voßmann & Geyer, 2006) – dadurch ist die Tendenz zur Verleugnung und Verheimlichung der Erkrankung meist hoch (Scholz et al.,

1995) und die Bereitschaft Älterer als auch die familiäre Unterstützung für einen Behandlungsantritt dementsprechend gering (DHS, 2011).

Auch im Rahmen der medizinischen Versorgung wird eine bestehende Abhängigkeit von Ärzten und Pflegekräften oftmals nicht erkannt, bagatellisiert oder fehlinterpretiert (Zeman, 2009), da viele ältere Alkoholabhängige nicht die ICD-10 Diagnosekriterien für dieses Störungsbild erfüllen (Wetterling et al., 2002; Wetterling & Kugler, 2006) und somit augenscheinlich keiner Behandlung bedürfen (DHS, 2008). Wesentlich sind in diesem Zusammenhang auch gesellschaftlich vorherrschende Altersstereotype („Ageism“) und ein damit verbundener „therapeutischer Nihilismus“ (Beutel & Baumann, 2000) – so wurden und werden die Therapiechancen älterer Abhängiger oftmals unterschätzt und therapeutische Interventionen als nicht mehr sinnvoll erachtet (Wolter, 2006), obwohl viele aktuelle Studien eindeutig Sinnhaftigkeit und Erfolg von Entzugsbehandlungen im Alter belegen konnten (DHS, 2008; Zeman, 2009). Als Paradebeispiel zur Verdeutlichung dieser Problematik, kann eine amerikanische Studie am John Hopkins Hospital herangezogen werden, in der eine bestehende Alkoholabhängigkeit bei 60% der jüngeren, aber nur bei 37% der älteren PatientInnen korrekt diagnostiziert und eine entsprechende Intervention sogar nur bei 16% der betroffenen Älteren eingeleitet wurde (Curtis et al., 1989, zitiert nach Wolter, 2006).

1.8.2 Altersspezifische und –unspezifische Behandlungsangebote

Obwohl in den letzten Jahren Abhängigkeitserkrankungen im Alter zunehmend mehr in den wissenschaftlichen Fokus rückten und dies auch zu einer stärkeren Berücksichtigung jener Aspekte führte, die den Behandlungszugang für Ältere erschweren, sind ältere Abhängige in entsprechenden Suchteinrichtungen dennoch eher unterrepräsentiert (Lieb et al., 2008; DHS, 2008). Der Großteil an Einrichtungen konzentriert sich auf die Betreuung, Behandlung und Rehabilitation von jungen und mittleren Erwachsenen, was im Sinne der Prävention auch als sinnvoll erscheint (Weyerer, 2003). Aufgrund der demografisch bedingten Zunahme älterer Alkoholabhängiger werden diese allerdings in naher Zukunft zunehmend mehr zum Berufsalltag gehören (Wetterling et al., 2002; Lieb et al., 2008), sodass es künftig eine Herausforderung darstellen wird, spezifische Handlungskonzepte auszuarbeiten (Zeman, 2009) und altersgeeignete Interventionen zu schaffen (Weyerer, 2003).

Während in Deutschland bereits einige Bestrebungen auf altersspezifische Behandlungsangebote für ältere AlkoholikerInnen hinauslaufen (DHS, 2008), wurden ebensolche in Österreich bisher noch nicht längerfristig umgesetzt. Einige deutsche Fachkliniken bieten in diesem Zusammenhang seit kurzem altershomogene Gruppentherapien an, in denen die speziellen Problembereiche alkoholabhängiger

Älterer thematisiert werden (DHS, 2011). Verschiedene Studien, die die Therapieerfolge älterer Alkoholabhängiger sowohl in altersgemischten, als auch in speziell gerontologischen Entzugsprogrammen untersuchten, erbrachten allerdings in Bezug auf Effektivität und Bevorzugung der einen oder anderen Therapiestruktur eher widersprüchliche Ergebnisse (siehe Kashner et al., 1992, zitiert nach Wolter, 2006; DHS, 2011; Voßmann & Geyer, 2006; Beutel & Baumann, 2000; Lieb et al., 2008).

1.8.3 Qualifizierte Entzugsbehandlung unter Berücksichtigung altersspezifischer Einflussfaktoren

Diese differenzierte Befundlage wirft daher die Frage auf, was nun generell als qualifizierte Entwöhnungstherapie angesehen werden kann und welche Elemente dabei letztlich entscheidend sind. Loeber et al. (2009) beschreiben eine qualifizierte Therapie folgendermaßen:

Im Rahmen einer Qualifizierten Entzugsbehandlung wird die somatische Behandlung von Entzugssymptomen mit psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen kombiniert, um das Wissen der Patienten über Abhängigkeitserkrankungen zu erweitern, um deren Motivation zu einer abstinenten Lebensweise aufzubauen und um ihnen zu helfen, Strategien zur Aufrechterhaltung der Abstinenz im ambulanten Rahmen zu entwickeln (S. 1085).

Die von Loeber und Kollegen (2009) genannten zentralen Bausteine einer effektiven Rehabilitation, nämlich die Behandlung von Entzugssymptomen, therapiespezifische und krankheitsrelevante Wissenserweiterung, Motivationsförderung und Erarbeitung von Bewältigungsstrategien, unterliegen in der Arbeit mit älteren Alkoholabhängigen allerdings einigen Besonderheiten, die einer dezidierten Betrachtung bedürfen.

Im Alter ist die *Entgiftungs- und Entzugsphase* meist verlängert und gestaltet sich auch schwieriger als in jüngeren Jahren (Scholz et al., 1995; Beutel & Baumann, 2000), sodass körperliche Entzugsverläufe von ein bis zwei Wochen nicht selten sind (Brower et al., 1994). Zudem bilden sich die kognitiven und körperlichen Folgeschäden, die durch den Konsum entstanden sind, bei älteren Menschen meist nur sehr langsam zurück (Beutel & Baumann, 2000). Zu den körperlichen Folgeerkrankungen der Abhängigkeit kommen oftmals noch verschiedene altersbedingte Beschwerden hinzu, wodurch den behandelnden Ärzten, Therapeuten und Psychologen zwar Berücksichtigung, aber auch eine klare Priorisierung der Therapieziele älterer Menschen abverlangt wird, da meist nicht alle Erkrankungen in einen gemeinsamen Behandlungsplan aufgenommen werden können (Maercker, 2002). Auch das

oftmals beeinträchtigte kognitive Funktionsniveau sollte bei der Auswahl der therapeutischen Inhalte beachtet werden, um etwaige Überforderungen zu vermeiden (Knight et al., 2002).

Im Zuge der *Informations- und Wissensvermittlung* sollte auch besonders eine mögliche Unerfahrenheit älterer Menschen mit psychotherapeutischer und psychologischer Unterstützung berücksichtigt werden (Maercker, 2002). Ältere PatientInnen sollten daher nicht nur über die verschiedenen Aspekte einer Substanzabhängigkeit (Zeman, 2009), sondern auch über moderne Therapieformen und damit verbundenen Therapiechancen aufgeklärt werden (Knight et al., 2002).

In der therapeutischen Arbeit mit alkoholabhängigen Älteren ist des Öfteren auch eine starke *Motivationsarbeit* zu leisten, da für viele ältere Menschen das Aufsuchen von psychotherapeutischer oder psychologischer Hilfe mit einer größeren Anormalität verbunden ist als für jüngere Generationen (Maercker, 2002). Diese umfasst oftmals eine individuellere Therapieplanung (Mundt et al., 1997), um Skepsis und Widerstände gegen eine psychotherapeutische Behandlung (Wetterling et al., 2002) und negative Therapieerwartungen seitens älterer PatientInnen zu beseitigen (Maercker, 2002).

Letztlich sollte im Rahmen der *Erarbeitung geeigneter Strategien* für einen dauerhaften Abstinenzserfolg eine Auseinandersetzung mit individuellen Belastungsfaktoren stattfinden, wobei nicht nur auf störungs-, sondern auch auf altersgruppenspezifische Aspekte näher eingegangen werden sollte (Maercker, 2002). Für jede Altersgruppe sind in diesem Zusammenhang spezifische Therapieinhalte von Bedeutung (Wetterling et al., 2002), wobei sich die Themen älterer Menschen zwar nicht grundlegend von jenen Jüngerer unterscheiden, aufgrund des Lebensalters aber eine andere Wertigkeit erhalten (DHS, 2008). So wird beispielsweise in der Therapie von Alkoholismus generell viel Wert auf die Einbindung der Familie und des sozialen Umfelds des Abhängigen gelegt (Kiefer & Mann, 2007), was aufgrund vermehrter sozialer Isolation im Alter allerdings oft nicht mehr möglich ist (Wetterling et al., 2002). Desweiteren wird mit jüngeren Altersgruppen meist eine Persönlichkeitsveränderung und der Aufbau enger Beziehungen erarbeitet, während aber im höheren Alter eher die Verlustverarbeitung von sozialen Rollen, Gesundheit, körperlicher Agilität, Sexualität, Eigenständigkeit, Angehörigen und Freunden vordergründig sein sollte (Wetterling et al., 2002; Maercker, 2002; Voßmann & Geyer, 2006). Für alkoholabhängige Ältere erscheinen in diesem Zusammenhang vor allem kognitive und verhaltenstherapeutische Ansätze als sehr gut geeignet (Lieb et al., 2008), da die Therapieschwerpunkte vorrangig auf der Analyse bestimmter Lebenssituationen und Kriseninterventionen, sowie auf dem Training sozialer Kompetenzen liegen (Wetterling et al., 2002).

Betrachtet man nun abschließend die zentralen Elemente einer qualifizierten Entzugsbehandlung unter Berücksichtigung altersspezifischen Besonderheiten, stellt sich die Frage, ob für eine

erfolgsversprechende Behandlung Älterer wirklich neue, separate Therapiestrukturen geschaffen werden müssen, oder ob es nicht eher ausschlaggebend ist, die entscheidenden Therapieelemente, Methoden und Techniken altersspezifisch abzustimmen (Oslin et al., 2002; Heuft et al., 2000, zitiert nach Maercker, 2002). Unabhängig vom Therapiesetting kann eine Behandlung der Alkoholabhängigkeit älterer Menschen letztlich dann als effektiv bezeichnet werden (Beutel & Baumann, 2000), wenn durch die Berücksichtigung sowohl störungs- als auch altersgruppenspezifischer Faktoren (Maercker, 2002) und der Aufrechterhaltung und Förderung personeller Ressourcen (Brady & Sonne, 1999), unter älteren PatientInnen nicht nur generelle Therapieerfolge, sondern vergleichbar hohe Erfolge wie unter ihren jüngeren TeilnehmerInnen verzeichnet werden können.

1.9 Zusammenfassung

Alkoholabhängigkeit zählt heute, nicht zuletzt auch aufgrund der uneingeschränkten Verfügbarkeit und der hohen gesellschaftlichen Akzeptanz von Alkohol, zu den häufigsten substanzinduzierten Störungen weltweit. Lange Zeit wurden Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit als Erkrankungen der „jungen Generation“ angesehen – aufgrund der stetigen Zunahme älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung rückten allerdings in den letzten Jahren auch alkoholinduzierte Störungen im Alter zunehmend mehr in den Mittelpunkt intensiver Forschungsarbeiten. So konnten wertvolle Erkenntnisse über Entstehungsbedingungen, Charakteristika und Auswirkungen einer Alkoholabhängigkeit im Alter erbracht werden, die aufzeigen, dass dieses Störungsbild bei älteren Menschen oftmals einer gesonderten Betrachtung bedarf. Aus diesem Grund wird der Ruf nach geeigneten Therapieangeboten, in denen altersspezifische Faktoren ausreichend berücksichtigt und fokussiert werden, zunehmend lauter. Die Frage, die sich hierbei stellt ist, ob dies nur in einem speziell gerontologischen Behandlungsrahmen möglich ist, oder auch in altersgemischten Therapieangeboten umgesetzt werden kann.

2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Dieses Kapitel wurde im Kollegium verfasst.

Im Folgenden wird auf die Entstehungsgeschichte, die Operationalisierung und die Definition des Begriffes *Lebensqualität* näher eingegangen. Im Zuge dessen werden wesentliche Charakteristika der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* erläutert, die einen wichtigen Kernbereich der allgemeinen Lebensqualität darstellt. Bezugnehmend auf das Thema der vorliegenden Arbeit wird das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität abschließend sowohl mit dem höheren Erwachsenenalter als auch mit Alkoholabhängigkeit in Beziehung gesetzt.

2.1 Entstehungsgeschichte und Definition der allgemeinen Lebensqualität

Die Gesundheit eines Menschen, die aus der individuellen Fähigkeit resultiert, interne körperliche und externe Umweltaforderungen auszubalancieren und zu bewältigen (Hurrelmann, 1990), wurde lange Zeit ausschließlich anhand klassischer biomedizinischer Zielkriterien beurteilt (Bullinger, 2000). In den letzten Jahrzehnten setzte sich allerdings zunehmend mehr die Erkenntnis durch, dass eine rein quantitative, biologische Betrachtungsweise der individuellen Gesundheit zu eindimensional und dadurch zu wenig aussagekräftig ist (Mayer, 1998). Diese Entwicklung führte dazu, dass man sich im Zuge der Beurteilung des individuellen Gesundheitszustandes nicht mehr nur auf konventionelle, medizinische Parameter konzentrierte, sondern auch erstmals die subjektiv empfundene Gesundheit aus Sicht des Untersuchten miterfasste (Spilker, 1996, zitiert nach Bullinger, 2000). Das Forschungsinteresse galt vor allem der subjektiven Bewertung verschiedener Aspekte der persönlichen Lebenssituation (WHOQOL-Group, 1994, zitiert nach Winkler, Buyantugs, Petscheleit, Kilian, Angermeyer & The WHOQOL-OLD Group, 2003), aber auch dem Maß der Übereinstimmung dieser subjektiven Beurteilung mit den Bedingungen des vorhandenen objektiven Lebensstandards (Glatzer & Zapf, 1984, zitiert nach Bullinger, Ravens-Sieberger & Siegrist, 2000).

Diese subjektive Repräsentation der Gesundheit wurde schließlich mit dem Begriff „Lebensqualität“ benannt, der in den siebziger Jahren als eigenständiger Term in die Medizin eingeführt wurde und einen folgenreichen Wandel in Wissenschaft und Forschung auslöste (Bullinger, 2000; Mayer, 1998). So kam es neben der Medizin auch in verschiedenen anderen Disziplinen, wie beispielsweise der Philosophie und Psychologie, aber auch in der Ökonomie und Soziologie zu einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Konstrukt Lebensqualität und damit verbundener Charakteristika (Daig & Lehmann, 2007). Dies führte zu einer konzeptionellen und begrifflichen Vielfalt, die es zusätzlich zur schwierigen Abgrenzung

von inhaltlich verwandten Konstrukten wie Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden oder Glück, bis heute erschwert, den Begriff „Lebensqualität“ zufriedenstellend zu präzisieren (Daig & Lehmann, 2007). Die World Health Organisation (1997, zitiert nach Renneberg & Lippke, 2006) definiert den Begriff unter Berücksichtigung der Einflüsse verschiedener Wissenschaftsrichtungen folgendermaßen:

Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt (S. 29).

In der Definition der WHO wird Lebensqualität somit als ein multidimensionales Konstrukt angesehen, welches nicht nur körperliche, sondern auch psychische, soziale und ökologische Aspekte für das subjektiv erlebte Wohlbefinden und die individuelle Funktionsfähigkeit betont (Renneberg & Lippke, 2006; Bullinger, 2000).

2.2 „Gesundheitsbezogene Lebensqualität als Teil der „allgemeinen Lebensqualität“

Einen substanziellen Schwerpunkt in der Lebensqualitätsforschung nimmt die *gesundheitsbezogene Lebensqualität* ein (Bullinger, 2000). Im Unterschied zu dem allgemeinen Term der Lebensqualität wird jener der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der klinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung dann herangezogen, wenn zentrale Aspekte des Befindens und Handlungsvermögens von Individuen in den Fokus gestellt werden, die unter gesundheitlichen Einschränkungen, psychischen Störungen oder chronischen Erkrankungen leiden (Bullinger et al., 2000b).

Die systematische Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität fand erstmals in der Onkologie und der Gerontologie Verwendung, um das subjektive Befinden längerfristig behandlungsbedürftiger, krebserkrankter PatientInnen (Renneberg & Lippke, 2006) und chronisch kranker älterer Menschen über den Krankheitsverlauf hinweg zu erheben (Phillip & Ferring, 2001; Lehr, 1990). Nicht nur das Vorhandensein einer Erkrankung, sondern auch die subjektive Einschätzung des Krankheitseinflusses auf die persönliche Lebenszufriedenheit (Bullinger et al., 1993, zitiert nach Daig & Lehmann, 2007), das soziale, emotionale und physische Wohlbefinden und die Funktionsfähigkeit (Bullinger, 2002;

Schumacher et al., 2003, zitiert nach Ravens-Sieberer, Wille, Nickel, Ottova & Erhart, 2009) waren und sind bis heute von zentraler Bedeutung.

2.2.1 Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Trotz unterschiedlicher Definitions- und Konzeptualisierungsansätze existiert bis heute keine allseits verwendete Definition der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Von Steinbüchel, Lischetzke, Gurny, Winkler & The WHOQOL-OLD Group, 2005) – verschiedenste Forschungsergebnisse verweisen allerdings darauf, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein mehrdimensionales Konstrukt darstellt, welches im Wesentlichen von vier Dimensionen determiniert wird (Bullinger et al., 2000b; Schumacher et al., 2003, zitiert nach Renneberg & Lippke, 2006):

Die *physische Dimension* bezieht sich auf *krankheitsbedingte körperliche Beschwerden* und damit verbundene Schmerzen und Beeinträchtigungen. Die *psychische Dimension* umfasst den Einfluss der Erkrankung auf die *psychische Verfassung* im Sinne von Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und emotionaler Befindlichkeit. Eine weitere zentrale Dimension umfasst krankheitsbedingte *funktionale Einschränkungen in alltäglichen Lebensbereichen*, die eine verstärkte Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit nach sich ziehen können. Letztlich spielt auch die *soziale Dimension* eine zentrale Rolle, die den Einfluss der Erkrankung auf die Quantität und Qualität *sozialer Beziehungen* sowie zwischenmenschlicher Interaktionen impliziert.

Das Auftreten einer Erkrankung und damit zusammenhängende Krankheitsfolgen und Lebensveränderungen führen allerdings nicht zu einer schematischen Änderung in der Ausprägung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Je nach Charakteristika der Krankheit und Einstellungen des Erkrankten können die vier genannten Dimensionen eine unterschiedliche Wertigkeit für die individuelle gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen. So besitzen möglicherweise in einem Fall Einbußen in der körperlichen Dimension den stärksten Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, während diese in einem anderen Fall vordergründig von der psychischen Dimension oder einer Kombination aus mehreren bestimmt wird (Rose et al., 2000).

2.2.2 Praktischer Nutzen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Seit Beginn der expliziten Auseinandersetzung mit dem Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hat sich die Forschung allerdings nicht nur mit grundsätzlichen Fragen der Definition und Operationalisierung, sondern auch mit den Anwendungsmöglichkeiten dieser neugewonnenen

Erkenntnisse näher befasst (Böhmer & Ravens-Sieberger, 2003, zitiert nach Renneberg & Lippke, 2006). So gilt im klinischen Kontext die gesundheitsbezogene Lebensqualität heute als ein zentrales Bewertungskriterium verschiedener Behandlungsmaßnahmen (Daig & Lehmann, 2007; Renneberg & Lippke, 2006; Bullinger, 2000), da diese als änderungssensitives Phänomen Aufschluss über die Güte therapeutischer und medizinischer Interventionen und daraus resultierender Therapieerfolge erbringt (Bullinger et al., 2000b; Daig & Lehmann, 2007).

Neben dem vorrangig klinischen, zeigt sich der patientenorientierte Nutzen der bisherigen Lebensqualitätsforschung vor allem in einer optimierteren Gesundheitsversorgung für die Allgemeinbevölkerung (Bullinger, 1997, zitiert nach Bullinger, 2000) und auch in einer individualisierteren Therapieentscheidung und -planung (Bullinger et al., 2000b).

2.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität im Alter

Lange Zeit waren wissenschaftliche und forschungsbezogene Bestrebungen zur Verbesserung der Lebensbedingungen älterer Menschen vorwiegend auf die Verringerung körperlicher Beeinträchtigungen, Erprobung neuer Pharmaka und auf medizinische Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens ausgerichtet (Mayer, 1998; Winkler et al., 2003). Mit den Anfängen der Lebensqualitätsforschung ging allerdings auch das Bewusstsein einher, dass die objektive Lebenserwartung oder der Gesundheitszustand nur einen unzureichenden Eindruck darüber vermitteln, wie Ältere ihren Alterungsprozess erleben und welche inneren und äußeren Faktoren dieses subjektive Empfinden beeinflussen (Winkler et al., 2003; von Steinbüchel et al., 2005). Aus diesem Grund nehmen die subjektive Einschätzung der Gesundheit, des Alters und des Alterns sowie die damit verbundene Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität heute einen zentralen Stellenwert in gerontologischen Disziplinen ein (Holzhausen, Bornschlegel & Fischer, 2009).

2.3.1 Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität unter besonderer Berücksichtigung altersspezifischer Einflussfaktoren

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird auch im Alter von den vier, bereits im Kapitel 2.2.1 genannten Dimensionen determiniert, die sich allerdings im Vergleich zu jenen jüngerer Altersgruppen in ihrer Gewichtung und Wertigkeit unterscheiden (von Steinbüchel et al., 2005). Maßgeblich sind in diesem Zusammenhang die spezifischen Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben des höheren Erwachsenenalters (siehe Kap. 1.5.2), die in der Betrachtung der gesundheitsbezogenen

Lebensqualität bei Älteren daher unbedingt Berücksichtigung finden sollten (Lang, Rieckmann & Schwarzer, 2000).

Die erste Dimension, die sich auf *krankheitsbedingte körperliche Beschwerden* bezieht (Bullinger et al., 2000b), besitzt für die Mehrheit älterer Menschen den stärksten Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Hodek, Ruhe & Greiner, 2009; Baumann, Pütz, röhrig, Höffken & Wedding, 2009). Unter älteren Menschen sind physische Beeinträchtigungen aufgrund verschiedenster altersbedingter Erkrankungen meist stärker vertreten als in jüngeren Generationen, sodass sich das höhere Lebensalter, wenn auch nur indirekt, folgenschwerer auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirken kann (Winkler, et al., 2003; Baumann et al., 2009). Der negative Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität nimmt mit der Anzahl medizinischer Diagnosen im Alter (Hodek et al., 2009) und damit verbundener Multimorbidität stetig zu (von Steinbüchel et al., 2005; Gunzelmann et al., 2003, zitiert nach Gunzelmann, Schmidt, Albani & Brähler, 2006a).

Die *psychische Verfassung* und emotionale Befindlichkeit kann im Alter nicht nur durch Faktoren wie Krankheitsdauer, Schweregrad oder Verlaufsformen psychischer Störungen (Rose et al., 2000) oder körperlicher Erkrankungen (Hodek et al., 2009) beeinflusst werden, sondern vermehrt auch durch kritische Lebensereignisse (Esslinger & Heppner, 2006). Vor allem der Partnerverlust, mit dem ältere Menschen sehr oft konfrontiert sind, kann sich nachteilig auf die gesundheitsbezogenen Lebensqualitätswerte auswirken (von dem Knesebeck, David, Bill & Hiki, 2006; Einsle et al., 2007).

Desweiteren können auch krankheitsverursachte *funktionale Einschränkungen der Alltagskompetenz* einen wesentlichen Einfluss auf die Bewertung der individuellen gesundheitsbezogenen Lebensqualität ausüben (Bullinger et al., 2000b). Verschiedene gerontologische Studien zeigen diesbezüglich auf, dass gesundheitliche Einbußen vor allem bei Älteren häufig mit Einschränkungen in der Alltagsbewältigung (Gunzelmann, Albani, Beutel & Brähler, 2006b; Baumann et al., 2009) und der Selbstständigkeit (Lang et al., 2000), sowie mit einem Anstieg der funktionalen Abhängigkeit von Anderen verbunden sind (Perrig-Chello, 1999, zitiert nach Winkler et al., 2003).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird letztlich auch durch krankheitsbedingte Auswirkungen auf die *Ausgestaltung sozialer Beziehungen* bestimmt (Bullinger et al., 2000b). Bei älteren Menschen können nicht nur erkrankungsabhängige Folgen zu einer Reduzierung sozialer Kontakte führen – auch altersbezogene Rollenveränderungen (z.B. durch Pensionierungen) münden oftmals in den Verlust sozialer Funktionen oder in eine Beeinträchtigung der gesellschaftlichen Partizipation (Winkler et al., 2003; Esslinger & Heppner, 2006; de Belvis et al., 2008).

2.3.2 Ausprägung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Alter

Betrachtet man zusammenfassend nun nicht nur krankheits-, sondern auch altersspezifische Einflussfaktoren, so scheint die gesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen durch eine Verlustperspektive geprägt zu sein, die zwangsläufig eine geringere Ausprägung im Alter prädestinieren muss (Lang et al., 2000). Ältere Menschen bilden allerdings eine sehr heterogene Altersgruppe, in der ähnliche Bedingungen auch zu sehr unterschiedlichen subjektiven Einschätzungen der individuellen Lebensqualität führen können (Holzhausen et al., 2009). So zeigen neuere Studien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Alter auf, dass der objektive und subjektive Gesundheitszustand in der Wahrnehmung Älterer nicht immer übereinstimmt (Winkler et al., 2003; Daig & Lehmann, 2007; Fillip & Ferring, 2001; Lehr, 1990).

Mögliche Erklärungsansätze für diese gefundene Inkongruenz stellen eine hohe psychologische Widerstandsfähigkeit (Staudinger & Greve, 2001, zitiert nach Gunzelmann et al., 2006b), die im Kapitel 3.3.2 ausführlicher erklärt wird, oder auch das Konzept des „Zufriedenheitsparadoxons“ (Fillip & Ferring, 2001) dar – demnach gelingt es vielen älteren Menschen trotz verschiedenster Beeinträchtigungen, ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität durch selbstbezogene Regulationsprozesse und eine Anpassung der Umweltbedingungen an die persönlichen Bedürfnisse aufrechtzuerhalten (Winkler et al., 2003; von Steinbüchel et al., 2005; Lehr, 1990).

Gerontologische Interventionen zur Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität können ältere Menschen diesbezüglich unterstützen, indem sie sich vorrangig auf die Erarbeitung eines adäquaten Umgangs mit verschiedenen Beeinträchtigungen konzentrieren (Melzack & Katz, 2006, zitiert nach Holzhausen et al., 2009) und Älteren geeignete Strategien vermitteln, um Selbstständigkeit (Gunzelmann & Oswald, 2002) und Selbstbestimmtheit im Rahmen ihrer Möglichkeiten so lange wie möglich aufrechtzuerhalten (Esslinger & Heppner, 2006).

2.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Alkoholabhängigkeit

Während offensichtliche gesundheitliche Auswirkungen einer Alkoholabhängigkeit in den letzten Jahrzehnten gut erforscht wurden (siehe Kap. 1.7), liegen derzeit noch vergleichsweise wenig Studien vor, die sich auch mit der subjektiven Bewertung dieser Folgen im Sinne von gesundheitsbezogener Lebensqualität befassen (Rosenbloom et al., 2004).

Dass eine Alkoholabhängigkeit und daraus resultierende Beeinträchtigungen der normalen Funktionsfähigkeit zwangsläufig auch eine verminderte gesundheitsbezogene Lebensqualität bedingen, erscheint einleuchtend (Günther, Roick, Angermeyer & König, 2007; Romeis et al., 1999; Welsh, Buchsbaum & Kaplan, 1993) – zur expliziten Erläuterung des Einflusses alkoholinduzierter Störungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist allerdings eine genauere Auseinandersetzung mit maßgeblichen Prädiktoren notwendig.

2.4.1 Auswirkung einer Alkoholabhängigkeit auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität unter Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren

Die wesentlichsten Einflussfaktoren können grob in krankheitsbezogene, soziodemografische, psychosoziale, personenbezogene und komorbiditätsspezifische Faktoren unterteilt werden und beeinflussen sich desweiteren oft gegenseitig.

Im Zuge *krankheitsbezogener* Einflussfaktoren erweisen sich das Alter bei Störungsbeginn und die Anzahl stationärer Vorbehandlungen für die Lebensqualitätswerte als bedeutsam (Rudolf, Bommer & Priebe, 1996). Mehrere Studien konnten außerdem auch einen Einfluss verschiedener Konsummuster auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität alkoholkranker Menschen nachweisen (Morgan et al., 2004; Romeis et al., 1999). Mit zunehmendem Schweregrad der alkoholinduzierten Störung verringert sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Foster, Powell, Marshall & Peters, 1999), sodass die Lebensqualitätswerte der gesunden Allgemeinbevölkerung, über Rauschtrinker (Saarni et al., 2008; Okoro, Brewer, Naimi, Moriarty, Giles & Mokdad, 2004; Morgan et al., 2004), bis hin zu Alkoholmissbrauchern (Volk et al., 1997, zitiert nach Foster et al., 1999) und letztlich Alkoholabhängigen sukzessive abnehmen (Günther et al., 2007).

Verschiedenste *soziodemografische* Merkmale können ebenfalls Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität Alkoholabhängiger darstellen. So berichten vor allem Alkoholranke im höheren Alter (Okoro et al., 2004; Morgan et al., 2004), jene mit geringerer schulischer Qualifikation (Morgan et al., 2004; Popovic et al., 1997, zitiert nach Foster et al., 1999) und Geschiedene oder Verwitwete (Saatcioglu et al., 2008) über eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität. Laut Romeis und KollegInnen (1999) können BeziehungspartnerInnen in diesem Zusammenhang „kompensierend“ wirken, da sie oftmals zu besserem Gesundheitsverhalten motivieren, helfen soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und bei der Ausführung alltäglicher Aktivitäten unterstützen.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität Alkoholabhängiger wird weiters auch durch *psychosoziale* Faktoren beeinflusst. Alkoholabhängige sind in hohem Maß mit schlechten Arbeitsbedingungen,

Arbeitslosigkeit (John, 1987, zitiert nach Rudolf et al., 1996) und dadurch auch mit verminderter gesellschaftlicher Integration konfrontiert (Saatcioglu, Yapici & Cakmak, 2008), was die gesundheitsbezogene Lebensqualität vermindern kann (Saatcioglu et al., 2008; Morgan et al., 2004).

Eine Alkoholabhängigkeit führt auf *individueller personenbezogener* Ebene darüber hinaus häufig zu einer Abnahme des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls (Saatcioglu et al., 2008), zu Problemen in der Selbstversorgung (Günther et al., 2007) und im schlimmsten Fall auch zu einem Autonomieverlust, wodurch die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen maßgeblich beeinträchtigt werden kann (Saatcioglu et al., 2008).

Letztlich können *physische und psychische Begleit- und Folgeerkrankungen* die gesundheitsbezogene Lebensqualität alkoholabhängiger Menschen zusätzlich beeinträchtigen (Morgan et al., 2004; Romeis et al., 1999). Eine verringerte gesundheitsbezogene Lebensqualität konnte bisher sowohl bei Alkoholabhängigen mit komorbiden körperlichen Erkrankungen (Foster et al., 1999; Rosenbloom et al., 2007), als auch bei jenen mit alkoholinduzierten körperlichen Organschäden (Romeis et al., 1999) festgestellt werden. Auch andere psychische Störungen wie Drogenabhängigkeit (Romeis et al., 1999), Angststörungen (Saatcioglu et al., 2008) und Depressionen (Rosenbloom et al., 2007; Günther et al., 2007) verschlechtern die gesundheitsbezogene Lebensqualität Alkoholabhängiger im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung oftmals noch deutlich gravierender (Rudolf et al., 1996).

2.4.2 Fokussierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in rehabilitativen Interventionsprogrammen

Eine Alkoholabhängigkeit führt unter Berücksichtigung der genannten Prädiktoren zu Beeinträchtigungen und subjektiv erlebten Belastungen in allen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (siehe u.a. Romeis et al., 1999; Morgan et al., 2004; Daeppen et al., 1995, zitiert nach Foster et al., 1999). Die meisten durch ihre Erkrankung verursachten Einbußen erleben Alkoholabhängige allerdings in der psychischen Dimension (z.B. emotionale Probleme, niedriges Wohlbefinden), die, verglichen mit anderen Dimensionen, auch am häufigsten eine Verringerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bedingt (Rudolf et al., 1996; Morgan et al., 2004; Okoro et al., 2004). Ein möglicher Erklärungsansatz hierfür könnte sein, dass in der Bewertung der psychischen Gesundheit möglicherweise auch am stärksten die Wahrnehmung der aktuellen, objektiv nachteiligen Lebenssituation zum Ausdruck kommt (Beckman, 1978, zitiert nach Rudolf et al., 1996).

Um im Rahmen einer qualifizierten Entzugstherapie eine Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu erreichen, ist daher neben dem Erreichen und Aufrechterhalten einer völligen Abstinenz (Morgan et al., 2004) vor allem eine Auseinandersetzung mit der psychischen Verfassung der Betroffenen vordergründig. Die therapeutische Arbeit sollte sich in diesem Zusammenhang sowohl auf die Förderung des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens (Foster et al., 2002, zitiert nach Saatcioglu et al., 2008) konzentrieren, als auch eine damit verbundene Verringerung von Depressionswerten anstreben (Bech, 1996, zitiert nach Daig & Lehmann, 2007).

Dies gelingt am ehesten durch die Fokussierung und Mobilisierung verschiedener Ressourcen (siehe Kap. 3.4), wie z.B. der Verbesserung von Stressbewältigungsstrategien (Allison et al., 1997, zitiert nach Daig & Lehmann, 2007) oder der Vermittlung von angemessenen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (Bandura, 1995, zitiert nach Daig & Lehmann, 2007) im therapeutischen Kontext.

Kann nämlich in diesem Sinne trotz einer objektiv eher nachteiligen Lebenssituation ein positiver Umgang mit krankheitsbezogenen Symptomen und Einbußen erlernt, das Belastungserleben reduziert (Grawe & Grawe-Gerber, 1999) und so die emotionale Befindlichkeit und letztlich die Lebensqualität gesteigert werden (Morgan et al., 2004), verringert dies auch das Bedürfnis der Betroffenen, diese Symptome zukünftig durch den Konsum von Alkohol zu kompensieren.

2.5 Zusammenfassung

Die Lebensqualitätsforschung markiert eine relativ neue Richtung in humanwissenschaftlichen Disziplinen – so gilt das Interesse heute nicht mehr nur dem objektiv vorhandenen Lebensstandard eines Menschen, sondern vor allem der subjektiven Bewertung verschiedener Aspekte der persönlichen Lebenssituation. Besonders das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, welches sich auf den Einfluss und die subjektive Bewertung verschiedener Krankheitsaspekte bezieht, erfreut sich zunehmender Wichtigkeit in der Auseinandersetzung mit körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen und deren Behandlung. Sowohl der Alterungsprozess als auch eine Erkrankung wie Alkoholabhängigkeit sind mit vielen negativen Symptomen und daraus resultierenden Belastungen verbunden, deren Einfluss auf das Wohlbefinden, die Funktionsfähigkeit und letztlich auf die Lebensqualität eines Menschen nicht unterschätzt werden darf. Aus diesem Grund stellt die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht nur in gerontologischen, sondern auch in rehabilitativen Interventionen ein zentrales Erfolgskriterium dar. In einer qualifizierten Entzugstherapie älterer Alkoholabhängiger sollte daher durch die Auseinandersetzung mit individuellen Belastungen und

Mobilisierung eigener Ressourcen eine positive Sicht der persönlichen Lebenssituation und eine damit verbundene Verbesserung der Lebensqualität erarbeitet werden. Dadurch kann schließlich auch die Überzeugung gestärkt werden, verschiedensten Herausforderungen und Problemen gewachsen zu sein, sodass diese nicht länger durch den Konsum von Alkohol kompensiert werden müssen.

3 Personelle Ressourcen

Dieses Kapitel wurde im Kollegium verfasst.

Im Kapitel *Personelle Ressourcen* soll zu Beginn der sehr umfangreiche Ressourcenbegriff definiert und näher erläutert, sowie eine in der Literatur zum Thema gängige Strukturierung vorgestellt werden. Anders als in den beiden vorangegangenen Kapiteln, in denen im Rahmen verschiedenster Erläuterungen überwiegend Risikofaktoren thematisiert wurden, soll im Folgenden auch erstmals die Bedeutung personeller Ressourcen für die Aufrechterhaltung von Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität aufgezeigt werden. Darauf aufbauend wird auf verschiedene Ressourcen des höheren Erwachsenenalters und auf den Zusammenhang mit gesundem und erfolgreichem Altern genauer eingegangen. Den Abschluss bildet die Verknüpfung des Ressourcenbegriffs mit dem Schwerpunkt dieser Arbeit, der Alkoholabhängigkeit, im Zuge dessen besonders die Aktivierung und Förderung von individuellen Ressourcen im therapeutischen Kontext fokussiert wird.

3.1 Definition und Operationalisierung des Ressourcenbegriffs

Die Psychologie und Psychotherapie war in ihrer Auseinandersetzung mit Krankheiten und Störungen lange Zeit durch einen defizitorientierten Ansatz geprägt (Winkler et al., 2003), individuellen Stärken und Ressourcen von Betroffenen wurde eher wenig Beachtung geschenkt (Forstmeier, Uhlendorff & Maercker, 2005). Zentrale Erkenntnisse der Gesundheitspsychologie führten allerdings zu einer Erweiterung der Perspektiven in Richtung Ressourcenorientierung (Winkler et al., 2003) – so werden heute nicht mehr nur Risikodeterminanten für die Krankheitsentstehung fokussiert, sondern vor allem nach Faktoren gesucht, die ausschlaggebend sind, dass Menschen trotz verschiedener Belastungen körperlich und psychisch gesund bleiben (Reimann & Hammelstein, 2006).

Grawe und Grawe-Gerber (1999) setzten sich in diesem Zusammenhang intensiv mit dem Ressourcenbegriff auseinander und beschreiben diesen folgendermaßen:

Als Ressource können jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefasst werden, (...) Die Gesamtheit all dessen stellt, aus der Ressourcenperspektive betrachtet, den Möglichkeitsraum des Patienten dar, in dem er sich gegenwärtig bewegen kann, oder, anders ausgedrückt, sein positives Potential, das ihm zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zur Verfügung steht (S. 66f).

Diese Definition lässt gut erkennen, dass es eine enorme Anzahl an möglichen Ressourcen gibt, die sich weder auf wenige zentrale beschränken noch verallgemeinern lassen. Vielmehr hängt es vom jeweiligen Individuum und dessen spezieller Lebenssituation ab, was letztlich als Ressource betrachtet wird (Reimann & Hammelstein, 2006). Um den äußerst breitfächrigen Begriff „Ressource“ zumindest ein wenig zu strukturieren, wird in der gängigen Literatur eine Unterteilung in interne und externe Ressourcen vorgenommen und im Zuge dessen einige charakteristische Beispiele angeführt, die allerdings keinesfalls Anspruch auf Vollständigkeit erheben (siehe Tab. 3.1.1).

Tabelle 3.1.1: Interne und externe Ressourcen.

INTERNE RESSOURCEN	EXTERNE RESSOURCEN
INTERN PSYCHISCHE RESSOURCEN	
<i>Generalisierte Problemlösungsressourcen:</i> - z.B. Bewältigungsstrategien (Bühringer & Kunz-Ebrecht, 2008) - Kompetenzüberzeugungen (Becker, Schulz & Schlotz, 2004)	- Materielle und soziale Unterstützung - Sozialer Status - Soziale Integration - Soziale Handlungs- und Gestaltungsfreiräume - Günstige Umweltbedingungen (siehe u.a. Reimann & Hammelstein, 2006)
<i>Interpersonale Ressourcen:</i> - z.B. Einfühlungsvermögen (Becker et al., 2004) - individuelle Lebenseinstellungen (Reimann & Hammelstein, 2006) - Optimismus (Reimann & Hammelstein, 2006) - emotionale Stabilität (Grom, 2007) - Selbstständigkeit (Weber et al., 2002, zitiert nach Becker et al., 2004)	
<i>Selbststeuerungsressourcen:</i> - z.B. Selbstkontrolle (Becker et al., 2004) - Selbstwirksamkeitserwartungen (Reimann & Hammelstein, 2006)	
INTERN PHYSISCHE RESSOURCEN	
- genetische und körperliche Konstitution (Reimann & Hammelstein, 2006)	

3.2 Ressourcen, Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Das wohl bekannteste ressourcenorientierte Konzept, das sich mit dem Zusammenhang von personellen Ressourcen und Gesundheit auseinandersetzt, ist das Salutogenesemodell von Antonovsky (1979). Im Gegensatz zu Risikofaktorenkonzepten legt das Salutogenesemodell den Interessensfokus auf unterschiedliche Bedingungen und Eigenschaften eines Menschen, die für eine effektive Bewältigung von Anforderungen relevant sind und so die Gesundheit trotz widriger Umstände

aufrechterhalten (nähere Erläuterung siehe Kap. 4.2.2). Gesundheit und Krankheit werden im Zuge dessen als Kontinuum angesehen, auf dem sich eine Person in Abhängigkeit ihrer Widerstandsressourcen und Schutzfaktoren entweder in die eine oder in die andere Richtung bewegt (Reimann & Hammelstein, 2006).

Wie viele andere ressourcenorientierte Modelle befasst sich auch jenes von Antonovsky allerdings nur mit externen Anforderungen an das Individuum und geht auf interne Anforderungen, die für den Gesundheitszustand aber ebenso ausschlaggebend sind, nicht näher ein.

Becker und Kollegen (1994, zitiert nach Becker et al., 2004) versuchen daher in ihrem systematischen Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) zur Erläuterung des Ressourceneinflusses auf Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität, bisherige ressourcenorientierte Modelle unter Berücksichtigung interner Anforderungen zu integrieren. Im SAR-Modell werden Gesundheit und Krankheit als Ergebnis individueller Anpassungs- und Regulationsprozesse zwischen Person und Umwelt gesehen. Das Modell basiert auf der Annahme, dass ein Individuum einerseits versucht, externe Anforderungen aus der Umwelt mithilfe verschiedener interner und externer Ressourcen zu bewältigen, andererseits aber auch bestimmte interne Anforderungen an die Umwelt und an sich selbst stellt, die die Bereitstellung von umweltbezogenen Ressourcen verlangen.

Unter *externen psychischen Anforderungen* wird beispielsweise das Ausmaß von Gestaltungsfreiräumen oder Kontrollmöglichkeiten verstanden, während sich *externe physische Anforderungen* eher auf soziale und ökologische Umweltbedingungen beziehen.

Interne psychische Anforderungen, die auf das Individuum selbst bezogen sind, umfassen z.B. ein gesteigertes Bedürfnis nach Beachtung oder die Fähigkeit zur Distanzierung – jene, die auf die soziale Umwelt ausgerichtet sind, beinhalten eher Erwartungen an Andere, aber auch Über- oder Unterforderung. Im Gegensatz dazu, zählen zu *internen physischen Anforderungen* beispielsweise Missbrauch von Substanzen, falsche Ernährung oder Bewegungsmangel.

Verfügbare interne und externe Ressourcen, die aufgrund der ausführlichen Erläuterung in Kapitel 3.1 hier nicht näher beschrieben werden, werden im SAR-Modell als gesundheitsbezogene Schutzfaktoren, Ressourcendefizite dagegen als Risikofaktoren für die Gesundheit angesehen (Becker et al., 1996, zitiert nach Becker et al., 2004).

Eine positiv bewertete Gesundheit ist letztlich davon abhängig, wie gut es dem Individuum gelingt, interne und externe Anforderungen unter Einsatz persönlich verfügbarer Ressourcen zu bewältigen. Eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit verschiedenen Anforderungen wird zumeist von positiven

Emotionen begleitet und resultiert so in einer höheren Zufriedenheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Erschwerte oder misslungene Bewältigungsversuche führen hingegen zu negativen Emotionen, Stress und psychophysischer Fehlbeanspruchung.

3.3 Ressourcen im höheren Erwachsenenalter

Altern und hohes Alter stellen einen Prozess gradueller Veränderungen dar, der nicht nur durch altersbedingte Verluste, sondern auch durch potenzielle Gewinne gekennzeichnet ist. Selbst wenn altersbedingte Einbußen für viele ältere Menschen Bestandteil des Lebens sind und somit nicht minderbeachtet werden dürfen, ist es dennoch wichtig, auch Ressourcen des höheren Lebensalters zu betonen und zu fördern (Kruse, Lehr & Schmitt, 2004). Diese besitzen nämlich einen wesentlichen Einfluss darauf, dass viele ältere Menschen, trotz augenscheinlich vorhandener altersbedingter Belastungen, weitestgehend störungsfrei und „erfolgreich“ altern (Grom, 2007; Jopp & Leipold, 2004).

3.3.1 Das Modell der selektiven Optimierung und Kompensation (Baltes & Baltes, 1989)

Bei älteren Menschen sind Anforderungsbewältigungen durch individuelle Ressourcen, die bereits im Rahmen des SAR-Modells in Kapitel 3.2 beschrieben wurden, drei spezifischen adaptiven Prozessen unterworfen (Baltes & Lang, 1997). Diese bilden die drei Kernbereiche des *Modells der selektiven Optimierung und Kompensation* (SOK-Modell) von Baltes und Baltes (1989, zitiert nach Grom, 2007).

Selektion kann sich beispielsweise auf die Reduzierung persönlich weniger wichtiger Kontakte und auf eine damit verbundene Intensivierung emotional hoch besetzter Beziehungen beziehen. Unter *Optimierung* wird unter anderem das Trainieren und Verfeinern bestimmter Fertigkeiten subsummiert, die das Erreichen gesetzter Ziele und eine innere Befriedigung ermöglichen. Von *Kompensation* spricht man letztlich, wenn aufgrund altersinduzierter Einbußen bestimmte Fertigkeiten nicht mehr ausgeübt werden können und dadurch das Erlernen kompensatorischer Handlungen sowie das Verwenden verschiedener Hilfsmittel zunehmend notwendiger wird.

Je mehr Ressourcen ein älterer Mensch besitzt, desto besser wird es ihm gelingen, zu selektieren und sich auf Wesentliches zu konzentrieren, verbliebene Fähigkeiten zu optimieren und verlorene zu kompensieren (Baltes & Lang, 1997). In diesem Zusammenhang stellt sich natürlich auch die Frage, *welche* Ressourcen hierfür ausschlaggebend sind, über welche Ressourcen ältere Menschen trotz altersbedingter Einbußen verfügen und welche sich erst mit dem höheren Lebensalter entwickeln. Zahlreiche Forschungsarbeiten im Bereich der Gerontologie und Gerontopsychologie setzten sich in

den vergangenen Jahren mit der Beantwortung dieser Frage auseinander, sodass eine unglaubliche Anzahl an möglichen Ressourcen zusammengetragen wurde, die im Folgenden überblicksartig dargestellt werden sollen.

3.3.2 Altersspezifische Ressourcen

Die größte Beachtung fanden bisher *kognitive Ressourcen* älterer Menschen, zu denen vor allem ein hohes Maß an Reife und Weisheit (Maercker, 2002), Kreativität (Ball et al., 2002, zitiert nach Forstmeier et al., 2005), Lebenserfahrungen (Schwarzer & Koll, 2001), zunehmend komplexeres Lebenswissen und die Fähigkeit, Erfahrungen und Wissen effektiv miteinander zu vernetzen (Knight et al., 2002), zählen. Bezugnehmend auf Kognition und kognitive Leistungsfähigkeit Älterer konnte gezeigt werden, dass kognitive Plastizität und ein gewisses Wachstumspotential bis ins hohe Lebensalter erhalten bleiben, sodass kognitive Fähigkeiten auch bei älteren Menschen, insofern keine dementiellen Erkrankungen vorliegen, ohne weiteres ausbaufähig sind (Willis & Nesselroade, 1990, zitiert nach Schwarzer & Koll, 2001).

Im Zuge *emotionaler Ressourcen* konnte gezeigt werden, dass beispielsweise der positive Affekt auch im Alter relativ stabil bleibt (Carstensen et al., 2000, zitiert nach Forstmeier et al., 2005) und wesentlich zur Verringerung des Risikos von Altersschwachheit beiträgt (Ostir et al., 2004, zitiert nach Forstmeier et al., 2005). Weiters belegten mehrere Studien, dass die für eine Auseinandersetzung mit der individuellen Lebenssituation und Bewertung der Lebensqualität zentralen Faktoren, Lebenszufriedenheit (Lang & Heckhausen, 2001, zitiert nach Forstmeier et al., 2005) und Selbstwerterleben (Robinson et al., 2002, zitiert nach Forstmeier et al., 2005), auch im Alter meist noch sehr gut ausgeprägt sind.

Auch verschiedene *motivationale Ressourcen*, wie z.B. Kontrollüberzeugungen in interpersonellen Bereichen (Lachman, 1991, zitiert nach Forstmeier et al., 2005), Optimismus (Benyamini, 2005, zitiert nach Forstmeier et al., 2005) und Hoffnung (Forstmeier et al., 2005) unterscheiden sich in ihrer Ausprägung meist nicht zwischen Jüngeren und Älteren bzw. werden auch im Alter beibehalten.

Soziale Ressourcen beziehen sich im Alter überwiegend auf das verfügbare soziale Netzwerk. Obwohl die Gesamtgröße des sozialen Netzwerks mit zunehmendem Alter abnimmt (Morgan, 1988, zitiert nach Forstmeier et al., 2005), zeigen sich Ältere auch mit einem verkleinerten sozialen Umfeld zufrieden (Lansford et al., 1998, zitiert nach Forstmeier et al., 2005) und behalten enge und befriedigende Beziehungen oft bis ins hohe Alter bei (Field & Minkler, 1988, zitiert nach Forstmeier et al., 2005).

Bezugnehmend auf *interpersonelle Ressourcen* im Alter sind vor allem ein oftmals erhaltener sicherer Bindungsstil trotz Trennungs- und Verlusterlebnissen (Sable, 1989, zitiert nach Forstmeier et al., 2005), Humor (Ruch et al., 1990, zitiert nach Forstmeier et al., 2005), sowie ein mit dem Alter sogar noch ansteigendes soziales Verantwortungsgefühl und Altruismus (Rushton et al., 1989, Chebat, 1986, zitiert nach Forstmeier et al., 2005; Kruse et al., 2004), zu nennen.

Ältere Menschen verfügen aufgrund ihrer Lebenserfahrung zumeist auch über eine komplexere Aufmerksamkeits- und Emotionsregulation (Knight et al., 2002) und über bessere Anpassungs- und Kompensationsleistungen (Maercker, 2002) als jüngere Generationen, die zusammenfassend als *volitionale Ressourcen* bezeichnet werden können. Eine der bedeutsamsten volitionalen Ressourcen im Alter und für das Altern stellt das Konstrukt der „Resilienz“ im Sinne von psychologischer Widerstandsfähigkeit dar (Grom, 2007). Resilienz lässt sich definieren, als die Möglichkeit eines Individuums trotz vorliegender Risikofaktoren negative Konsequenzen zu vermeiden bzw. eine normale Funktionsfähigkeit nach gewissen Rückschlägen wiederherzustellen (Staudinger & Greve, 2001; Reimann & Hammelstein, 2006). Vor allem ältere Menschen mit entwicklungs- oder krankheitsbedingten Beeinträchtigungen, zeigen oftmals akkomodative Reaktionen, wie eine Veränderung der Bewertung körperlicher Funktionen, die Nutzung kompensatorischer Hilfsmittel oder eine Konzentration auf subjektiv wichtige Lebensbereiche (Staudinger & Greve, 2001).

3.4 Ressourcenaktivierung bei psychischen Störungen am Beispiel „Alkoholabhängigkeit“

Warum trotz gleicher Verfügbarkeit und Konsummöglichkeiten nur ein Teil der Bevölkerung substanzinduzierte Störungen entwickelt, ist nicht auf einige wenige Ursachen zurückzuführen, sondern resultiert aus einem komplexen Zusammenwirken psychischer, körperlicher und sozialer Faktoren (Bühringer & Kunz-Ebrecht, 2005; Uhl, 2002b). Während bereits im Kapitel 1.5.1 auf verschiedene Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit näher eingegangen wurde, sollen in diesem Abschnitt vor allem protektive Faktoren fokussiert werden. Da sich die vorliegende Arbeit primär mit bereits an Alkoholabhängigkeit erkrankten Personen beschäftigt, wird im Folgenden weniger auf Schutzfaktoren eingegangen, die eine Alkoholabhängigkeit hätten vorbeugen können – vielmehr interessieren in diesem Zusammenhang jene Ressourcen, die für das Erlangen und Aufrechterhalten von Abstinenz ausschlaggebend sind.

3.4.1 Zentrale Aufgaben einer rehabilitativen Ressourcenarbeit

Die Ressourcenarbeit im Zuge einer qualifizierten Entzugsbehandlung sollte drei wesentliche Bausteine beinhalten, die Aktivierung bestimmter „Kern-Ressourcen“ (Bühninger & Kunz-Ebrecht, 2005), die Mobilisierung bereits vorhandener und auch die Erarbeitung neuer Ressourcen (Rüster, 2007).

Protektive „Kern-Ressourcen“, die im Interventionsrahmen als essenziell für Therapie- und Abstinenzenerfolge angesehen werden, umfassen internale Kontrollüberzeugungen, angemessene Selbstwirksamkeitserwartungen, eine effektive Stressbewältigung, Risikowahrnehmung, Optimismus, gute Kommunikationsfertigkeiten (Bühninger & Kunz-Ebrecht, 2005) und soziale Unterstützung in Krisensituationen (Brady & Sonne, 1999; Schiepek, Noichl, Tischer, Honermann & Elbing, 2001).

Neben der Aktivierung dieser zentralen Ressourcen nimmt auch die *Mobilisierung bereits vorhandener individueller Ressourcen* einen wesentlichen Aufgabenbereich ein, da gerade bei Patienten mit psychischen Störungen vorhandene Ressourcen oftmals durch eine starke Präsenz verschiedener störungsbedingter Probleme überschattet werden (Grawe & Grawe-Gerber, 1999). Rüster (2007) spricht in diesem Zusammenhang der Rückbesinnung auf frühere Ressourcen eine zentrale Bedeutung zu, im Zuge dessen der Patient dabei unterstützt werden sollte, sich an ehemalige Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erinnern und diese wieder auf- und auszubauen. In diesem Zusammenhang sind auch die für jedermann zugänglichen Ressourcen „Natur“ und „Naturverbundenheit“ zu erwähnen, die sich erst in jüngster Zeit als zentrale Bestandteile der therapeutischen Ressourcenarbeit etablierten. Die gezielte Beschäftigung mit und in der Natur im Rahmen therapeutischer Interventionen ermöglicht, krankheitsbedingt verlorene Aktivitäten und Gewohnheiten wieder aufzunehmen oder neu zu entdecken (Feselmayer, Poltrum & Cervinka, 2008) – so zeigt sich die positive Wirkung der Natur z.B. in der Erholung von Stress, der Anregung körperlicher Aktivität oder der Erleichterung sozialer Kontakte (Health Council of the Netherlands, 2004, zitiert nach Feselmayer et al., 2008) und bildet dadurch einen wesentlichen, stabilisierenden Faktor für ein suchtmittelfreies Leben (Feselmayer et al., 2008).

Schließlich soll während des gesamten Therapieverlaufs zusätzlich die *Erarbeitung neuer Ressourcen* und eine damit verbundene Veränderung dysfunktionaler Verhaltensweisen angeregt werden (Rüster, 2007). Hierbei ist es zentral, Patienten als autonome und entscheidungsfähige Menschen zu akzeptieren und sie so in der Formulierung ihrer eigenen Bedürfnisse (Rüster, 2007) und in der Entwicklung persönlich relevanter Ressourcen zu unterstützen (Schiepek et al., 2001). In diesem Sinne gilt es, aus dem breiten Ressourcenrepertoire jene aufzugreifen, die individuell für einen Patienten im therapeutischen Prozess hilfreich sind, da diese am ehesten einen positiven Veränderungsprozess bewirken können (Feselmayer et al., 2008).

3.4.2 Zusammenhang von gelungener Ressourcenaktivierung und Therapieerfolg

Nach der Erläuterung der drei wesentlichen Bereiche einer Ressourcenarbeit, stellt sich im Allgemeinen die Frage, wie sich eine gelungene Förderung von Ressourcen neben diversen anderen Therapiebausteinen auf den Therapieerfolg auswirkt. Grawe und Grawe-Gerber (1999) sehen in diesem Zusammenhang die Ressourcenaktivierung als positiven Rückkoppelungsprozess zwischen therapeutischen Interventionen, Therapiebeziehung und verschiedenen Prozessen seitens des Patienten, der in Abbildung 3.4.1 schematisch dargestellt wird.

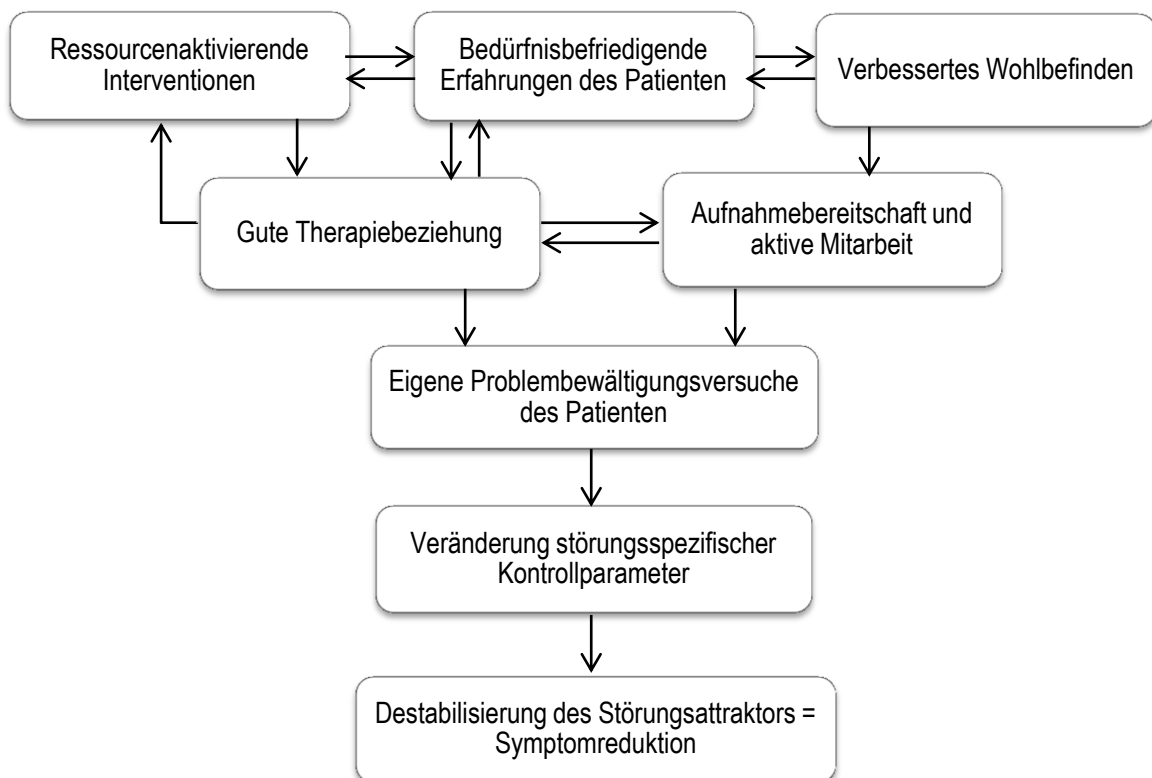


Abbildung 3.4.1: Ressourcenaktivierung als positiver Rückkoppelungsprozess.

Es wird davon ausgegangen, dass ein Patient durch eine gelungene Ressourcenaktivierung neben der Problembearbeitung, auch wieder vermehrt positive Eigenschaften und persönliche Fähigkeiten sowie aktualisierte Bedürfnisse wahrnimmt. Solche Wahrnehmungen lösen positive Gefühle aus, die zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls und einem verbesserten Wohlbefinden führen. Diese selbstwerterhöhenden Erfahrungen verstärken das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und bedingen kleine Erfolgserlebnisse, die vom Patienten als Bestätigung dafür aufgefasst werden können, dass im Therapieverlauf eine persönliche Veränderung möglich ist. Daraus resultieren positivere Zukunftserwartungen, die letztlich Voraussetzung für weitere Erfolgserlebnisse und eine zufriedenstellende Beendigung der Therapie sind (Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Fredrickson & Joiner, 2002).

3.5 Zusammenfassung

In Medizin und Psychologie stehen heute vor allem jene Faktoren im Zentrum des Interesses, die trotz verschiedener Belastungen zur Aufrechterhaltung von körperlicher und psychischer Gesundheit beitragen. Welche Ressourcen hierfür ausschlaggebend sind, lässt sich schwer verallgemeinern, vielmehr ist es vom jeweiligen Individuum oder auch von spezifischen Lebenssituationen abhängig, welche Ressourcen als wichtig und wertvoll erlebt werden. Hingegen vieler Erwartungen weisen auch gesunde ältere Menschen meist ein großes Repertoire an unterschiedlichen Ressourcen auf, durch die trotz normaler altersbedingter Veränderungen ein weitestgehend „störungsfreier“ und erfüllender Alterungsprozess erlebt werden kann. Entwickelt sich allerdings eine psychische Störung wie eine Alkoholabhängigkeit, führt die starke Präsenz dieser Erkrankung in allen Lebensbereichen oftmals zu einer „Verdeckung“ oder zum gänzlichen Verlust vieler Ressourcen. Aus diesem Grund besitzt die Ressourcenarbeit im Rahmen einer qualifizierten Entzugsbehandlung einen zentralen Stellenwert, im Zuge derer nicht nur die Aktivierung bestimmter „Kern-Ressourcen“ wie angemessene Selbstwirksamkeitserwartungen oder effektive Stressbewältigungsstrategien angestrebt wird, sondern auch die Mobilisierung bereits vorhandener, sowie die Erarbeitung neuer Ressourcen. Durch eine gelungene Ressourcenarbeit und damit verbundene Problembearbeitung kann das Selbstwertgefühl und Wohlbefinden gesteigert, das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gestärkt und positive Zukunftserwartungen hervorrufen werden, die letztlich wesentliche Voraussetzungen für einen Therapieerfolg darstellen.

4 Stressbewältigung

Dieses Kapitel wurde von Nadine Lehner verfasst.

Das anschließende Kapitel widmet sich vorab der Erklärung zentraler Komponenten eines Stressprozesses, im Zuge dessen auf das Erleben und Bewältigen von Stress näher eingegangen wird. Darüber hinaus werden auch potentielle gesundheitliche Auswirkungen von Stress aufgezeigt und die bedeutsame Rolle individuellen Bewältigungsverhaltens im Zusammenspiel von Stress und Gesundheit erläutert. Ein weiterer Schwerpunkt wird auf die Auseinandersetzung mit Stressbewältigung im höheren Erwachsenenalter, altersbezogenen Unterschieden im Bewältigungsverhalten und damit verbundenen Erklärungsansätzen gelegt. Den Abschluss des vorliegenden Kapitels bildet eine detaillierte Betrachtung des Zusammenhangs von Stresserleben, Stressbewältigung und Alkoholabhängigkeit. Darauf aufbauend wird schließlich auch die Förderung und Verbesserung individueller Stressbewältigungsfähigkeiten in rehabilitativen Interventionsprogrammen fokussiert und anhand ausgewählter kognitiver und verhaltensbezogener Therapieelemente verdeutlicht.

4.1 Erleben und Bewältigen von Stress

Stress wird als Muster spezifischer und unspezifischer *Reaktionen* eines Individuums auf interne und externe *Reizereignisse* angesehen, die dessen Gleichgewicht und *Bewältigungsfähigkeiten* strapazieren können (Gerrig & Zimbardo, 2008). Ein hinreichendes Verständnis dieses Zusammenhangs erfordert allerdings eine genauere Auseinandersetzung mit den einzelnen Komponenten, weshalb in Folge die Termini *Reizereignisse*, *Stressoren*, *Stressreaktion* und *Stressbewältigung* näher erläutert und deren Bedeutung in einem Stressprozess aufgezeigt werden sollen.

4.1.1 Stress und Stresserleben

Jegliche personen- oder umweltbezogenen *Reizereignisse* können potentielle Stressoren darstellen. In Abhängigkeit ihrer Natur und Beschaffenheit sind in diesem Zusammenhang neben körperlichen (z.B. Erleben von Kälte oder Schmerz) und sozialen Reizerlebnissen (z.B. Beziehungsprobleme oder Trennungen) auch unterschiedliche Leistungsanforderungen (z.B. Zeitdruck oder geringer Handlungsspielraum) zu nennen (Reimann & Pohl, 2006). Reizereignisse können desweiteren auch nach ihrer Dauer und Schwere unterteilt werden – so unterscheidet man zwischen akuten (z.B. Verletzungen), sequentiellen (z.B. Tod einer nahestehenden Person), chronisch intermittierenden (z.B.

familiäre Konflikte) und chronischen (z.B. Folgen einer chronischen Erkrankung) Erlebnissen (Elliott & Eisdorfer, 1982, zitiert nach Krohne, 1990). Die moderne Stresspsychologie setzt sich zumeist mit der Erforschung sogenannter kritischer Lebensereignisse („life events“), aber auch mit jener kleinerer, alltäglicher Frustrationen („daily hassles“) – denen wohlbemerkt der entscheidendere Einfluss in der Stressentstehung zugesprochen wird (Lazarus, 1984) – auseinander, die sämtliche genannten Ausprägungen und Charakteristika aufweisen können (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986; Lazarus, 1984).

Ähnliche Reizereignisse werden allerdings nicht von jedem Individuum als gleichsam stressreich und belastend erlebt (Jerusalem, 1990). Laut Lazarus (1984) erhalten Reizereignisse erst durch ihre individuelle kognitive Bewertung unter ansonsten gleichartigen Umweltbedingungen den Charakter eines *Stressors* – die persönlichen Erwartungen, Möglichkeiten und Fähigkeiten einer Person im Umgang mit diesem Stressor sind indessen für die Entstehung einer *Stressreaktion* ausschlaggebend (Krohne, 1990; Jerusalem, 1991, zitiert nach Schwarzer & Koll, 2001).

Als theoretische Grundlage für diese relationale Konzeption kann das *kognitiv-transaktionale Stressmodell nach Lazarus* (siehe u.a. Lazarus & Launier, 1978; Lazarus & Folkman, 1984) herangezogen werden, nach dem die *kognitive Bewertung* („cognitive appraisal“) eines potentiellen Stressors in drei aufeinanderfolgenden Schritten, einer primären, sekundären und Neubewertung, erfolgt (Lazarus & Folkman, 1984).

Neubewertungen („reappraisal“) stellen lediglich Wiederholungen der nachfolgend näher erläuterten, primären und sekundären Einschätzungsprozesse dar und werden vor allem dann ausgeführt, wenn ein Problemlösungsfortschritt erkannt wird oder Rückmeldungen über das Bewältigungsverhalten durch Außenstehende erfolgten (Jerusalem, 1990).

Im ersten Schritt, der *primären Bewertung* („primary appraisal“), steht vorerst die subjektive Bedeutsamkeit einer Situation im Fokus, im Zuge dessen die situativen Anforderungen als persönlich unbedeutend, angenehm oder stressrelevant beurteilt werden können (Lazarus & Launier, 1978). Wird die aktuelle Situation als stressrelevant eingeschätzt, signalisiert diese eine mögliche Herausforderung, Bedrohung oder Schädigung (Lazarus & Folkman, 1984). Herausforderungen und Bedrohungen sind auf zukünftig zu erwartende Ereignisse gerichtet – während bei einer Herausforderung mögliche Erfolgserlebnisse in schwierigen Situationen (z.B. Bestehen einer Prüfung) kognitiv vordergründig sind, beinhaltet eine Bedrohung die Befürchtung eines wahrscheinlich unabwendbaren Verlustes (z.B. Verlust des Arbeitsplatzes). Im Gegensatz dazu, kann bei einer Schädigung von einer bereits vorliegenden

Beeinträchtigung des Wohlbefindens (z.B. Verlust von Nahestehenden) ausgegangen werden (Jerusalem, 1990).

In einer darauffolgenden *sekundären Bewertung* („secondary appraisal“) werden individuelle körperliche, kognitive, soziale und materielle Ressourcen überprüft, die zur Bewältigung der bestehenden Anforderungen eingesetzt werden können (Lazarus & Folkman, 1984). Während bei Bedrohungen oder Herausforderungen präventive Bewältigungsversuche fokussiert werden, wird bei einer Schädigung vorrangig versucht, negative Folgen zu lindern (Jerusalem, 1990). Verfügt das Individuum über keine geeigneten Ressourcen, löst dies eine *Stressreaktion* aus (Folkman et al., 1986), die umso intensiver ist, je höher die situationalen Anforderungen im Verhältnis zu den subjektiven Bewältigungsmöglichkeiten eingeschätzt werden (Jerusalem, 1990). Stressreaktionen können physischer (z.B. erhöhte Herzfrequenz), kognitiv-emotionaler (z.B. innere Unruhe) oder behavioraler Art (z.B. erhöhter Alkoholkonsum) sein (Gerrig & Zimbardo, 2008; Reimann & Pohl, 2006) und werden vom Individuum zumeist in Abhängigkeit von situationalen und Persönlichkeitsfaktoren mit einer bestimmten Stressbewältigungsstrategie beantwortet (Folkman et al., 1986).

4.1.2 Stressbewältigung

Lazarus und Folkman (1984) beschreiben *Stressbewältigung* („Coping“) als „sich konstant verändernde kognitive und verhaltensbezogene Bemühungen, um spezifische externale oder internale Anforderungen zu bewältigen, die die Ressourcen einer Person strapazieren oder schlicht überfordern“ (S. 141). Diese Bemühungen können nach dem kognitiv-transaktionalen Stressmodell in zwei bestimmte Bewältigungsstrategien – emotionszentriertes und problemfokussiertes Coping – unterteilt werden (Folkman et al., 1986).

Emotionsfokussierte Bewältigungsstrategien umfassen vorrangig die Regulierung stressbezogener Emotionen (Folkman et al., 1986) und eine damit verbundene angestrebte Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit (Lazarus & Launier, 1978). Wendet eine Person hingegen *problemfokussierte Strategien* zur Stressbewältigung an, setzt sie sich direkt mit den Bedingungen einer Schädigung, Bedrohung oder Herausforderung auseinander (Lazarus & Folkman, 1984). Im Zuge dessen wird versucht, durch auf sich selbst oder die Umwelt ausgerichtete Handlungen (Folkman et al., 1986), eine positive Veränderung der Problemlage herbeizuführen (Lazarus & Launier, 1978).

Sowohl problem- als auch emotionsfokussierte Bewältigungsstrategien setzen sich aus vier unterschiedlichen *Bewältigungsarten* – der Informationssuche, dem direkten Handeln, dem Unterlassen von Handlungen und intrapsychischen Bewältigungsprozessen – zusammen (Lazarus & Launier, 1978).

Im Zuge *direkter Handlungen* und *Informationssuche* wird in der Literatur zum Thema vor allem das Suchen nach sozialer Unterstützung (Kaluza, 1996) und die Aufrechterhaltung von befriedigenden Beziehungen und damit verbundenen Rückmeldemöglichkeiten (Cohen & Lazarus, 1979, zitiert nach Krohne, 1990) als hilfreich für die Bewältigung von Stress angesehen. Das *Unterlassen von Handlungen* kann im Rahmen einer Bagatellisierung (Kaluza, 1996) oder Tolerierung negativer Ereignisse (Cohen & Lazarus, 1979, zitiert nach Krohne, 1990) zu einer Verbesserung des psychischen Befindens führen – im Zuge einer Verleugnung oder Vermeidung von Situationen allerdings auch negative Effekte bergen (Kaluza, 1996). *Intrapsychische Bewältigungsprozesse*, die zu einer kognitiven Umstrukturierung in Form von positivem Denken führen (Kaluza, 1996) und dazu beitragen, ein positives Selbstbild aufrechtzuerhalten, werden für die Stressbewältigung als günstig angesehen – negatives Denken im Sinne von Selbstabwertungen und –beschuldigungen (Kaluza, 1996) stellt hingegen meist eine Behinderung für einen gelingenden Stressbewältigungsprozess dar.

4.2 Stressbewältigung, Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Neben der Entstehung und Ausprägung von stressbezogenen Prozessen, stehen vor allem auch verschiedenste Auswirkungen von Stress und Belastungen, sowie der Einfluss individuellen Bewältigungsverhaltens auf die Gesundheit, im Zentrum des Forschungsinteresses (vgl. Reimann & Pohl, 2006; Folkman et al., 1986).

4.2.1 Stress und Gesundheitsauswirkungen

Stress und damit verbundene Belastungen bedingen verschiedenste Auswirkungen auf die physische und mentale Gesundheit (Weinberger, Hiner & Tierney, 1987), die von kurz andauernden Reaktionen bis zu Manifestationen körperlicher Erkrankungen und psychischer Störungen reichen können (Wechdorn & Günther, 1998). Während Stress auf physiologischer Ebene häufig zu einer Schwächung des Immunsystems führt, äußert sich dieser auf emotionaler Ebene unter anderem in Gefühlen mangelnder Beeinflussbarkeit und Kontrolle, und daraus resultierender Scham, Angst und Wut. Auf Verhaltensebene zeigen sich oftmals eine stressbedingte Verringerung der Konfliktbereitschaft und Konzentrationsfähigkeit sowie vermehrtes Risikoverhalten (Wechdorn & Günter, 1998).

Selye (1976, zitiert nach Krohne, 1990), der als einer der Vorreiter in der Erforschung des Zusammenhangs von Stress und Gesundheit gilt, geht in seinem Stressmodell davon aus, dass Stressoren die körperliche Resistenz angreifen und zu physiologischen Veränderungen im Organismus

führen, die auf direktem Weg organische Schäden und Erkrankungen hervorrufen. Die unspezifische Reaktion des Körpers auf stressreiche Anforderungen und Belastungen bezeichnet Selye (1953, 1956) als *Allgemeines Adaptationssyndrom* (AAS), welches in drei Phasen verläuft – einer ersten Alarmreaktion („alarm reaction“), einer Widerstandsphase („stage of resistance“) und einer Erschöpfungsphase („stage of exhaustion“). In der *Alarmreaktionsphase* kommt es durch ein Schockerlebnis zu einer Störung des inneren Gleichgewichtes, das mit einer Aktivierung des Sympathikus und einer vermehrten Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin verbunden ist. Diese verstärkte Hormonfreigabe führt unter anderem zu einer Durchblutungssteigerung, sowie einer Erhöhung der Herzfrequenz und des Blutzuckers, die für den Erhalt lebensnotwendiger Körperfunktionen wesentlich sind. In der darauffolgenden *Widerstandsphase* erreichen diese adaptiven physiologischen Reaktionen ihren optimalen Wert. Dauert die Stressreaktion allerdings länger an, kommt es neben der sympathischen Wirkung auch zu einer Gegenregulation durch den Parasympathikus, wodurch sich bei chronischen Stressoren die Widerstandsfähigkeit und Abwehrkräfte gegenüber Erkrankungen zunehmend verringern. Die *Erschöpfungsphase* ist schließlich durch Schwierigkeiten in der Energiebereitstellung und daraus resultierenden Anpassungsproblemen gekennzeichnet. Nach Selye entstehen Krankheiten in Verbindung mit dem AAS entweder aufgrund einer mangelnden Adaptation (Stressulcus) oder durch überschießende Adaptationsreaktionen (Hypertonie) und äußern sich psychosomatisch (z.B. Asthma, Hypertonie), organisch (z.B. Herz-Nierenerkrankungen, Geschwüren) oder als Entzündungserkrankungen (z.B. Allergien).

Darauf aufbauende, neuere Forschungsarbeiten sprechen Stress eher einen indirekten Effekt auf die Gesundheit zu (Krohne, 1990). Betont werden im Zuge dessen vor allem die individuelle Stressorbewertung als positiv und motivierend („Eustress“) oder als negativ und überfordernd („Disstress“) (Selye, 1976) – sowie die Bedeutsamkeit persönlicher Bewältigungsstrategien in der Beziehung zwischen Stressoren, resultierenden Gesundheitsauswirkungen (Petry, 1993; Folkman et al., 1986) und deren subjektiver Einschätzung (Renneberg & Pohl, 2006; Delgado, 2007).

4.2.2 Einfluss von Bewältigungsfähigkeiten im Zusammenspiel von Stress und Gesundheit

Das bedeutendste Konzept, das den Einfluss individuellen Bewältigungsverhaltens auf die Gesundheit aufgreift, ist das *Salutogenesemodell* von Antonovsky (1979, zitiert nach Wiesmann, Wendlandt & Hannich, 2004), auf das bereits im Kapitel 3.2 kurz eingegangen wurde. Antonovsky bezeichnet Gesundheit und Krankheit als Kontinuum. Die subjektive Einschätzung der Position auf diesem Kontinuum wird dabei von einem Individuum in Abhängigkeit von vier Indikatoren vorgenommen, dem Schmerzerleben, Funktionsbeeinträchtigungen, sowie damit verbundenen Handlungs- (z.B. Aufsuchen

einer Behandlung) und prognostischen Implikationen (z.B. Erkrankungsart) (Reimann & Hammelstein, 2006). Das Ausmaß von und der Umgang mit diesen vier Indikatoren ist wiederum von der *Effektivität des individuellen Bewältigungsverhaltens* abhängig, welche somit die subjektiv eingeschätzte Gesundheit bzw. Krankheit eines Individuums maßgeblich bestimmt (Wiesmann et al., 2004).

Individuelle Eigenschaften und Fähigkeiten, die eine angemessene Bewältigung von Stress und daraus resultierenden Belastungen ermöglichen, werden von Antonovsky als *generelle Widerstandsressourcen* („generalised resistance resources – GRR“) bezeichnet – diese können sowohl personenbezogen (z.B. Entspannungs- oder Introspektionsfähigkeit) als auch umweltbezogen (z.B. Suche nach sozialer Unterstützung oder Einsatz materieller Ressourcen) sein (Reimann & Hammelstein, 2006).

Wie effizient diese generellen Widerstandsressourcen genutzt werden, wird letztlich vom *Kohärenzgefühl* („sense of coherence – SOC“) eines Individuums bestimmt, das aus den persönlichen Lebenserfahrungen resultiert und sich aus den drei Komponenten, Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Bedeutsamkeit zusammensetzt (Wiesmann et al., 2004). Die Komponente *Verstehbarkeit* („comprehensibility“) zeigt auf, dass ein Individuum seine soziale Umwelt als kognitiv verstehbar und strukturiert wahrnimmt und davon ausgeht, auch zukünftig eintretende Ereignisse erklären zu können. *Bewältigbarkeit* („manageability“) bezieht sich auf die Überzeugung eines Individuums, Umwelтанforderungen und Reizerlebnisse durch verfügbare Ressourcen bewältigen zu können. *Bedeutsamkeit* („meaningfulness“) wird schließlich als die motivationale Komponente des Kohärenzgefühls gesehen, die Aufschluss über subjektiv wichtige Lebensbereiche und Handlungsziele gibt (Reimann & Hammelstein, 2006).

Die Ausprägung des Kohärenzgefühls, welche über die Auswahl und Effizienz unterschiedlicher Ressourcen entscheidet und somit indirekt auch das individuelle Bewältigungsverhalten mitbestimmt, besitzt letztlich einen maßgeblichen Einfluss auf Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität. So kann ein starkes Kohärenzgefühl dazu befähigen, verfügbare Ressourcen auszuschöpfen und persönliche Bewältigungsstrategien flexibel an die aktuelle stressbezogene Situation anzupassen (Reimann & Hammelstein, 2006). Bezugnehmend auf die beiden im kognitiv-transaktionalen Stressmodell nach Lazarus postulierten Bewältigungsstrategien konnte in diesem Zusammenhang gezeigt werden, dass emotionsfokussierte Strategien mit einer Abnahme an psychischen Symptomen (z.B. innere Unruhe oder Gereiztheit) in unkontrollierbaren Situationen verbunden sind. Problemfokussierte Bewältigungsstrategien verringern psychische Symptome hingegen eher in Situationen, die als kontrollierbar wahrgenommen werden (Aldwin, 1994). Werden persönliche Bewältigungsfähigkeiten im Umgang mit körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen als

wirkungsvoll erlebt, bewirkt dies zudem eine Steigerung der individuellen Lebensqualität (Becker, Schulz & Schlotz, 2004).

Ist das Kohärenzgefühl hingegen gering und stehen nicht ausreichend Ressourcen zur Verfügung, kann dies auch gesundheitsschädigendes Bewältigungsverhalten hervorrufen. Auf unbewältigte Konflikte und Stressbelastungen wird so oftmals mit ineffektiven Bewältigungsversuchen, beispielsweise durch verstärkten Alkoholkonsum oder durch Veränderungen von Ernährungsgewohnheiten reagiert (Aldwin, 1994; Elliott & Eisdorfer, 1982, zitiert nach Krohne, 1990).

4.3 Stressbewältigung im höheren Erwachsenenalter

Herausforderungen und Belastungen, mit denen Menschen in unterschiedlichen Entwicklungsstadien konfrontiert sind, sowie das Erwachsen aus damit verbundenen Krisen, besitzen einen maßgeblichen Einfluss auf die persönliche Entwicklung (Reimann & Pohl, 2006). In Wissenschaft und Forschung gelten daher das Erleben und Bewältigen von stressbezogenen Belastungen in Abhängigkeit vom Lebensalter als zentrale Interessensschwerpunkte (vgl. Aldwin, 1994; Lazarus, 1999).

4.3.1 Altersbezogene Unterschiede in der Stressbewältigung und damit verbundener Bewältigungsstrategien

In der Stressforschung besitzt die Untersuchung etwaiger, mit zunehmendem Lebensalter einhergehender Veränderungen in der Art der Stressbewältigung einen zentralen Stellenwert (Bodenmann & Widmer, 2000). Fasst man die Erkenntnisse bisheriger Forschungsarbeiten zusammen, die sich diesem Schwerpunkt widmeten, kann eindeutig von altersbezogenen Unterschieden in der Stressbewältigung ausgegangen werden (vgl. Folkman, Lazarus, Pimley & Novacek, 1987).

So wurde mehrheitlich belegt, dass jüngere Erwachsene eher *problemfokussierte Bewältigungsstrategien* anwenden und im Zuge dessen zu konfrontativen, handlungsorientierten Bewältigungsformen und damit verbundenen aktiveren Problemlösungsversuchen neigen (Lazarus, 1999; Folkman et al., 1987). Ältere Erwachsene zeigen hingegen häufiger inaktivere, kognitive Formen der Stressbewältigung, was dafür spricht, dass diese stärker zu *emotionsfokussierten Bewältigungsstrategien* tendieren (Aldwin, 1994; Buchmüller et al., 1996, zitiert nach Bodenmann & Widmer, 2000).

Betrachtet man die vier, bereits unter Kapitel 4.1.2 genannten *Bewältigungsarten*, aus denen sich emotions- und problemfokussierte Bewältigungsstrategien zusammensetzen, zeigen sich auch in den für diese Arten charakteristischen Beispielen deutliche Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Erwachsenen. In diesem Zusammenhang besitzt beispielsweise eine verfügbare *soziale Unterstützung* eine höhere Wertigkeit für Ältere, die im Rahmen der Stressbewältigung auch eher Hilfestellungen und Rückmeldungen über die Effizienz persönlicher Bewältigungsversuche aus dem sozialen Umfeld einholen. Jüngere beziehen hingegen das soziale Umfeld eher zum Zweck der Selbstbestätigung und weniger als mögliche helfende Instanz mit ein (Aldwin, 1994).

Bezugnehmend auf das Unterlassen von Handlungen konnte gezeigt werden, dass ältere Erwachsene oftmals zu einer *Verantwortungsnegation* (Aldwin, 1994) und damit verbundenen *vermeidenden Verhaltensweisen* in Belastungssituationen neigen (Lazarus, 1999; Hirsch, 2001, zitiert nach Grom, 2007). Im Gegensatz dazu, weisen jüngere Erwachsene deutlich weniger Distanzierungsverhalten und eine aktivere Auseinandersetzung mit bestehenden Problemen auf (Folkman et al., 1987).

Auch in den intrapsychischen Bewältigungsprozessen wurden in Abhängigkeit vom Lebensalter bedeutsame Unterschiede festgestellt. Ältere zeigen diesbezüglich stärkere Tendenzen, in Belastungssituationen eine *positive Denkweise* zu bewahren – in diesem Sinne nimmt diese Altersgruppe eher kognitive Umbewertungen der Situation vor (Hirsch, 2001, zitiert nach Grom, 2007; Brandtstätter, 1989, zitiert nach Bodenmann & Widmer, 2000), neigt zu positiveren Neubewertungen und auch zu höherer Akzeptanz von Veränderungen (Lazarus, 1999). Unter Jüngeren sind indessen häufiger *negativere Denkansätze* in Form von Selbstbeschuldigungen zu erkennen, die mitunter auch aus einem Mangel an emotionaler Abgrenzungsfähigkeit resultieren können (Aldwin, 1994).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass jüngere und ältere Erwachsene klare Präferenzen für bestimmte Bewältigungsstrategien hegen und sich somit die Bewältigung von Stress in Abhängigkeit vom Lebensalter unterschiedlich gestalten kann. Dies bedeutet jedoch nicht, dass eine bestimmte Altersgruppe auch das günstigere bzw. dysfunktionalere Bewältigungsverhalten zeigt (Folkman et al., 1987) – denn die Auswahl bestimmter Strategien und die daraus resultierende Art der Bewältigung muss stets unter Berücksichtigung altersspezifischer Beweggründe betrachtet werden (Aldwin, 1994).

4.3.2 Erklärungsansätze für altersbezogene Unterschiede im Bewältigungsverhalten

Neben dem generellen Interesse an altersbezogenen Unterschieden in der Stressbewältigung, beschäftigt sich die Stressforschung daher auch mit den dafür ausschlaggebenden Bedingungen und Ursachen (vgl. Aldwin, 1994; Lazarus, 1999). Eine zentrale Rolle spielen in diesem Zusammenhang

spezifische Herausforderungen und Belastungen, mit denen die jeweilige Altersgruppe konfrontiert ist (McCrae, 1982, zitiert nach Aldwin, 1994), aber auch verfügbare Ressourcen für deren Bewältigung, die sich über die Lebensspanne hinweg verändern (Aldwin, 1994).

So beziehen sich schwerwiegendere, kritische Lebensereignisse, aber auch kleinere Frustrationen in der jüngeren Generation gemeinhin auf Belastungen im Beruf (z.B. Konflikte mit Vorgesetzten oder KollegInnen) oder im Privatleben (familiäre Auseinandersetzungen, Trennungen oder Scheidungen), sowie auf finanzielle Probleme (Lazarus, 1999). Der Großteil dieser Probleme und damit verbundener Belastungen kann durch eine aktive, problemfokussierte Auseinandersetzung gelöst bzw. verändert werden (Halisch & Geppert, 2000).

Ältere Erwachsene müssen sich hingegen vordergründig mit verschiedenen Gesundheitsproblemen (z.B. altersbedingte Einschränkungen) und mit Belastungen aufgrund nachteiliger Veränderungen im sozialen Umfeld (z.B. Verlusterlebnisse, Abnahme sozialer Kontakte) auseinandersetzen (näheres siehe Kap. 1.5.2), die im Gegensatz zu den Problemen Jüngerer, zumeist unumgänglich und nicht abwendbar sind (Lazarus, 1999). Aus diesem Grund erscheint weniger eine handlungsorientierte, als vielmehr eine emotionszentrierte, kognitive Form der Bewältigung, im Sinne einer Umbewertung persönlicher Ziele und Anpassung an Gegebenheiten und Einschränkungen, als die günstigere Bewältigungsstrategie (Halisch & Geppert, 2000; Bodenmann & Widmer, 2000; Folkman & Lazarus, 1980, zitiert nach Aldwin, 1994).

Von zentraler Bedeutung für diese kompensatorische Art der Belastungsbewältigung sind unter anderem, eine mit dem höheren Alter einhergehende umfangreichere Lebenserfahrung (Aldwin, 1994), sowie eine Zunahme an kognitiver und emotionaler Komplexität (Labouvie-Vief et al., 1987, zitiert nach Aldwin, 1994). Beide gelten als zentrale Ressourcen des Alters (näheres siehe Kap. 3.3.2) und stellen einflussreiche Kompetenzen dar, wenn es darum geht, zwischen unbeeinflussbaren Problemen, jenen, die sich möglicherweise von selbst lösen und jenen, für die sich ein aktiver Einsatz lohnt, zu unterscheiden (Aldwin, 1994).

4.4 Stressbewältigung und Alkoholabhängigkeit

Der Großteil der gesunden Bevölkerung kann Stress und Belastungen, obgleich auch in Abhängigkeit vom Lebensalter mit unterschiedlichen Strategien, angemessen handhaben und bewältigen, und dadurch negative Auswirkungen auf Körper und Geist abwenden (vgl. Reimann & Hammelstein, 2006; Becker et al., 2004; Folkman et al., 1987; Folkman et al., 1986). Wird der Fokus allerdings auf

psychisch kranke Personen, wie Alkoholabhängige gelegt, ergibt sich eine weitaus komplexere Beziehung zwischen Stresserleben, Bewältigung und Gesundheit – so kann Stress sowohl Ursache als auch Konsequenz einer Alkoholabhängigkeit sein (Ayer, Harder, Rose & Helzer, 2011) und erfordert dadurch eine explizite Beachtung in rehabilitativen Interventionsprogrammen (Forys, McKellar & Moos, 2007).

4.4.1 Zusammenhang von Stresserleben, Stressbewältigung und Alkoholabhängigkeit

Die bekanntesten Theorien, die sich auf den Zusammenhang von Stresserleben und –bewältigung, Alkoholkonsum und Abhängigkeit beziehen, sind die *Tension Reduction Hypothese* (Conger, 1956, zitiert nach Armeli, Carney, Tennen, Affleck & O'Neil, 2000), die *Self Medication Hypothese* (Khantzian, 1997, zitiert nach Walter, Dammann, Wiesbeck & Klapp, 2005) und der Ansatz des *Drinking to Cope* (vgl. u.a. Timko, Finney & Moos, 2005) – alle drei Ansätze teilen gleichsam die Auffassung, dass der Konsum von Alkohol zur Bewältigung der psychischen Folgen von Belastungssituationen eingesetzt wird (Ayer et al., 2011).

Dies lässt sich durch die pharmakologische und psychologische Wirkung von Alkohol erklären, durch die eine bestehende Stresssymptomatik kurzfristig reduziert werden kann (Walter et al., 2005; Petry, 1993), indem emotionalen (z.B. Angst, Anspannung oder Nervosität) und körperlichen Stressreaktionen (z.B. Schwitzen oder erhöhte Herzfrequenz) entgegengewirkt wird (Brady & Sonne, 1999; Ayer et al., 2011). Ausschlaggebende Einflussfaktoren, Alkohol zur Spannungslösung einzusetzen, sind neben persönlichen *Fähigkeiten im Umgang mit Stress*, auch individuell unterschiedliche *Wirkungserwartungen*, das *Geschlecht*, sowie *aus dem Konsum resultierende Befriedigungen* (Armeli et al., 2000). In diesem Zusammenhang konnte gezeigt werden, dass eingeschränkte Bewältigungsstrategien (Scherer & Scherer, 1994; Armeli et al., 2000), positive Wirkungserwartungen und eine soziale und körperliche Befriedigung durch den Konsum (Hasking & Oei, 2007), die Tendenz stark erhöhen, in stressreichen Situationen zu trinken. Unter Männer scheint ein solches Bewältigungsverhalten häufiger vertreten zu sein (Armeli et al., 2000), möglicherweise auch deshalb, weil sie aufgrund physiologischer Gegebenheiten stärker von der stressdämpfenden Wirkung des Alkohols profitieren als Frauen (Ayer et al., 2011).

Die drei genannten Theorien postulieren allerdings nicht nur eine kurzfristige Stressverminderung durch den Alkoholkonsum, sondern gehen auch von der Annahme aus, dass durch dieses dysfunktionale Bewältigungsverhalten neue Stressoren hervorgerufen werden (Ayer et al., 2011). Dies kann durch die zweiphasige Alkoholwirkung erklärt werden (Petry, 1993), die sich neben beruhigenden, auch aus

anregenden Effekten zusammensetzt und so das Stresserleben neben einer vorerst Dämpfung, schließlich maßgeblich potenziert (Walter et al., 2005; Brady & Sonne, 1999). Dieses verstärkte Stresserleben wird wiederum mit stetig ansteigendem Alkoholkonsum beantwortet (Ayer et al., 2011; Timko et al., 2005), der rasch in einen Missbrauch übergeht (Scherer & Scherer, 1994) und letztlich in eine Abhängigkeit mündet (Brown, Vik, McQuaid, Patterson, Irwin & Grant, 1990). Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit führen indessen zu weiteren psychosozialen Belastungen in beruflichen, familiären oder gesundheitlichen Bereichen (Brown et al., 1990), wodurch es für Betroffene zunehmend schwieriger wird, sich wieder auf ein angemessenes Bewältigungsverhalten zu konzentrieren (Walter et al., 2005).

Zusammenfassend kann letztlich festgehalten werden, dass Stressbewältigung im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit, ungeachtet des Aspekts, ob Stress nun die Konsequenz oder Ursache darstellt, durch einen Vermeidungscharakter geprägt ist. Dies lässt sich auch durch diverse Forschungsarbeiten belegen, die sich dezidiert mit den individuellen Bewältigungsstrategien Alkoholabhängiger in unterschiedlichen Situationen auseinandersetzen – davon ausgehend verwenden alkoholabhängige Personen vermehrt emotionszentrierte Bewältigungsstrategien (vgl. Walter et al., 2005; Welte & Mirand, 1993) und reagieren auf belastende Situationen überwiegend mit Bewältigungsarten wie Vermeidung oder Fokussierung auf negative Emotionen (vgl. Conte, Plutchik, Picard, Galanter & Jacoby, 1991; Forsys et al., 2007; Moos, Brennan, Fondacaro & Moos, 1990), anstatt sich mit dem Stressor selbst auseinanderzusetzen (vgl. Walter et al., 2005; Park et al., 2004, zitiert nach Aldridge-Gerry, Roesch, Villodas, McCabe, Leung & Da Costa, 2011). Emotionsfokussiertes Bewältigungsverhalten im Allgemeinen und vermeidendes im Speziellen scheint darüber hinaus bei Alkoholabhängigen relativ altersunabhängig aufzutreten (vgl. Moos et al., 1990; Aldwin, 1994).

4.4.2 Fokussierung und Verbesserung von Stressbewältigungsfähigkeiten in rehabilitativen Interventionsprogrammen

Nicht nur abhängigkeitsauslösende Stressoren und abhängigkeitsbedingte Belastungen, sondern auch die erwünschte Aufgabe der Suchtgewohnheiten stellen für alkoholabhängige Personen eine Fülle an Anforderungen dar, die adäquate Bewältigungsfähigkeiten erfordern (Petry, 1993). Qualifizierte Entzugsbehandlungen inkludieren daher spezifische Therapieelemente zur Erarbeitung von geeigneten Stressbewältigungsstrategien (Forsys et al., 2007), die nicht nur helfen sollen, mit bestehenden Stressoren angemessen umzugehen, sondern auch zukünftigen Stress vorzubeugen (Meichenbaum, 1991, zitiert nach Walter et al., 2005). Diese zentralen Therapieelemente können in *kognitive* und *verhaltensbezogene* unterteilt werden und sollen in Anbetracht eines erwünschten Therapieerfolges,

sowohl zum Abbau von vermeidendem Bewältigungsverhalten anleiten (Chung et al., 2001, zitiert nach Forsys et al., 2007; Moos et al., 1990), als auch annähernde Bewältigungsfähigkeiten fördern (Moos & Moos, 2007b; Moos & Moos, 2007a; Aldridge-Gerry et al., 2011).

Kognitive Therapieelemente sind zumeist stark durch zentrale Ansatzpunkte des *Rückfallinterventionsmodells* von Marlatt und Gordon (1985) geprägt. So wird im therapeutischen Kontext gemeinsam mit den Betroffenen versucht, individuelle situationale, soziale und personenbezogene Stressoren zu identifizieren, die eine Aufrechterhaltung der Abstinenz potentiell gefährden können (McQuaid, Brown, Aarons, Smith, Patterson & Schuckit, 2000; Rohsenow et al., 2001). Desweiteren werden auch Erwartungshaltungen an die positiven Wirkungseffekte des Alkohols reflektiert und die intraindividuell unterschiedliche, psychologische Bedeutung des Konsums ergründet (Walter et al., 2005). Darauf aufbauend wird eine Veränderung der persönlichen Erwartungen und Attributionen der Patienten angestrebt (Kiefer & Mann, 2007), indem diese zu kognitivem Umdenken angeregt werden (Walter et al., 2005) – im Zuge dessen werden Betroffene dabei unterstützt, bedeutsame Gefühle, Einstellungen und Ereignisse zu analysieren und rational zu interpretieren, um sich so mit bestehenden oder drohenden Belastungen konstruktiv anstatt impulsiv auseinandersetzen zu können (Brady & Sonne, 1999).

Für eine konstruktive Auseinandersetzung mit Belastungssituationen sind desweiteren auch *psychoedukative Interventionsansätze* förderlich, die sich vorwiegend auf die Aufklärung über bedeutsame Charakteristika der Erkrankung konzentrieren. Dadurch wird versucht, den Betroffenen ein besseres Verständnis von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen zu vermitteln, sowie die Möglichkeit der persönlichen Einflussnahme zu verdeutlichen (Kiefer & Mann, 2007; Walter et al., 2005).

Viele Alkoholabhängige sind allerdings auch umweltbezogenen oder personellen Belastungen ausgesetzt, die im Rahmen einer Therapie nicht unmittelbar beeinflusst oder bewältigt werden können, weshalb in einigen kognitiven Therapieelementen zur Ergänzung auch *akzeptanz- oder achtsamkeitsbasierte Ansätze* aufgegriffen werden (Vieten, Astin, Buscemi & Galloway, 2010). Akzeptanzbasierte Methoden sollen dazu verhelfen, unabwendbaren körperlichen, kognitiven und emotionalen Stress tolerieren zu lernen und damit verbundene stressbezogene Kognitionen und Gefühle zuzulassen und anzunehmen (Vieten et al., 2010). Achtsamkeitsbasierte Stressreduktionsprogramme, wie beispielsweise das Training der achtsamen Meditation nach Jon Kabat-Zinn (1979), sind durch ähnliche Inhalte geprägt – im Fokus steht auch hier die Förderung einer offenen und akzeptierenden Haltung, um mit Stress, Krankheit und Schmerzen angemessen umgehen zu können (vgl. Bowen, Chawla & Marlatt, 2011; Reibel, Greeson, Brainard & Rosenzweig, 2001). Desweiteren bilden auch die Erhöhung der Entspannungsfähigkeit, ein verbesserter Zugang zu

körperlichem Erleben und eine damit verbundene Zunahme des Selbstvertrauens und der Selbstwirksamkeit, zentrale achtsamkeitsbasierte Inhalte (Berking & Kähnel, 2007).

Im Rahmen *verhaltensbezogener Therapieelemente* besitzt das *Training sogenannter „Life Skills“* einen zentralen Stellenwert. Darunter werden verschiedene Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie z.B. praxisrelevante Problemlösestrategien (Forys et al., 2007), die Anwendung verschiedener Entspannungsmethoden und –techniken (Faul, Jim, Williams, Loftus & Jacobsen, 2010) oder adäquates Zeitmanagement verstanden, die während eines stationären Aufenthaltes erarbeitet und geübt werden (Kiefer & Mann, 2007), um diese schließlich in das Alltagsleben integrieren zu können (Forys et al., 2007).

Einen weiteren bedeutsamen Schwerpunkt verhaltensbezogener Therapieelemente bildet die *soziale (Re-)Integration*. Diese ist insofern von enormer Wichtigkeit, da eine Alkoholabhängigkeit in den meisten Fällen zu einer Vernachlässigung vieler Aktivitäten (Beutel & Baumann, 2000) und sozialer Beziehungen (Zeman, 2009) führt (näheres dazu siehe Kap. 1.7.3). In diesem Zusammenhang werden die Patienten dabei unterstützt, positive Alternativen für die unterbrochenen Suchtgewohnheiten aufzusuchen (Petry, 1993) und dadurch nicht nur ehemals beliebte Aktivitäten wieder aufzunehmen, sondern auch neue befriedigende Beschäftigungen zu entdecken (Lazarus, 1999). Unter Berücksichtigung der Wichtigkeit sozialer Unterstützung im Umgang mit Belastungen, werden die Patienten auch dazu angeregt, positive Beziehungen zu knüpfen und aufzubauen (Forys et al, 2007; Brady & Sonne, 1999; Moos & Moos, 2007a).

Verhaltensbezogene Therapieelemente umfassen letztlich auch die Auseinandersetzung mit *ambulanter Nachsorge* – so wird das therapeutische Setting auch dazu genutzt, die Patienten über die einflussreiche Rolle ambulanter Nachsorgemöglichkeiten für die Aufrechterhaltung von Abstinenz aufzuklären (Timko et al., 2005) und sie in der Auswahl von Nachsorgeeinrichtungen oder Selbsthilfegruppen zu unterstützen (Forys et al., 2007).

4.5 Zusammenfassung

Stressreiche Situationen werden nicht von jedem Individuum als gleichsam belastend erlebt. Eine entscheidende Rolle spielen in diesem Zusammenhang individuelle Einstellungen, Fähigkeiten und Möglichkeiten einer Person im Umgang mit Stress und daraus resultierenden potentiellen Belastungen, die letztlich auch Einfluss darauf nehmen, wie sich Stress auf die körperliche und mentale Gesundheit auswirkt. Das Erleben und Bewältigen von Stress besitzt allerdings keinen unveränderbaren Charakter,

sondern ist über die Lebensspanne hinweg zahlreichen Veränderungen unterworfen. So verlangen verschiedenste stressbezogene Herausforderungen, die mit spezifischen Lebensabschnitten verbunden sind, eine stetige Auseinandersetzung und Anpassung des persönlichen Bewältigungsverhaltens. Den meisten Menschen gelingt die Verarbeitung und Überwindung ebensolcher Anforderungen, obgleich auch in Abhängigkeit vom Lebensalter mit unterschiedlichen Bewältigungsstrategien, sehr gut. In einigen Fällen führen die Überforderung mit stressbezogenen Belastungen und ein Mangel an Bewältigungsmöglichkeiten allerdings auch zur Ausbildung psychischer Erkrankungen, wie einer Alkoholabhängigkeit. Im Zuge einer gründlichen Befassung mit diesem Störungsbild wird deutlich, dass es sich bei dem Zusammenhang von Stress und Alkoholabhängigkeit um ein komplexes Bedingungsgefüge handelt – so stellen Stress und damit verbundene Belastungen oftmals nicht nur eine Ursache, sondern auch eine Konsequenz des Suchtverhaltens dar. Dies zeigt auf, dass dem Stresserleben und der Stressbewältigung von Betroffenen ein zentraler Stellenwert in rehabilitativen Interventionen beigemessen werden muss. Im Rahmen qualifizierter Entzugsbehandlungen wird daher mittels verschiedenster kognitiver und verhaltensbezogener Therapieelemente die Erarbeitung von geeigneten Stressbewältigungsstrategien gefördert, um nicht nur mit bestehenden Stressoren angemessen umgehen, sondern auch zukünftigen Stress vorbeugen zu können.

◀ EMPIRISCHER TEIL ▶

5 Darstellung der wissenschaftlichen Studie

Dieses Kapitel wurde im Kollegium verfasst, mit Ausnahme des Kapitels 5.4. und spezifischer Textpassagen in Kapitel 5.1, die von Nadine Lehner verfasst wurden.

Dieses Kapitel umfasst eine detaillierte Darstellung der durchgeführten wissenschaftlichen Studie. In diesem Zusammenhang wird zu Beginn nochmals dezidiert das Ziel der Untersuchung erläutert. Desweiteren wird auf Charakteristika und zentrale Auswahlkriterien der Zielgruppe näher eingegangen sowie das Untersuchungsdesign skizziert. Einen wesentlichen Schwerpunkt stellt darüber hinaus die ausführliche Beschreibung des Erhebungsortes der Studie, des Anton Proksch Instituts (API) dar, im Zuge dessen sowohl Aufbau und Struktur der Einrichtung erklärt, als auch das vielfältige Behandlungsangebot geschildert werden. Den Abschluss dieses Kapitels bildet eine überblicksartige Zusammenfassung der Untersuchungsdurchführung und des damit verbundenen Prozederes.

5.1 Zielsetzung

Im Rahmen einer erfolgsversprechenden Entzugsbehandlung älterer Menschen ist es von enormer Wichtigkeit, altersbezogene Themen, Bedürfnisse und Probleme, die mögliche Indikatoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit darstellen, aufzugreifen. Dies wirft die Frage auf, ob sich dafür nur speziell gerontologische Therapieangebote eignen, die bis dato allerdings noch selten sind, oder ob dies auch in einem altersgemischten Behandlungsrahmen durch die Abstimmung bestimmter Therapieelemente und –methoden bewerkstelligt werden kann.

Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt daher auf einem Vergleich des Therapieerfolgs jüngerer und älterer Alkoholabhängiger, die eine altersunspezifische, qualifizierte Entzugsbehandlung im Anton Proksch Institut (näheres dazu siehe Kap. 5.2) durchliefen. Der Term „Therapieerfolg“ wurde ausgehend von der aktuellen Literatur zum Thema (vgl. Morgan et al., 2004; Grawe & Grawe-Gerber, 1999) durch die drei Faktoren *gesundheitsbezogene Lebensqualität*, *personelle Ressourcen* und *Stressbewältigung* operationalisiert, deren Steigerung bzw. Verbesserung im Therapieverlauf für eine erfolgreiche Behandlung spricht.

Als Ziel gilt es somit herauszufinden, ob sich die im Anton Proksch Institut angebotene Therapie unterschiedlich auf die Veränderung der drei genannten Variablen in den beiden Altersgruppen auswirkt, um so einen Rückschluss darauf zu erhalten, ob in einem altersgemischten Therapiesetting altersspezifische Faktoren ausreichend berücksichtigt werden können. Dieser interessierende Aspekt

wurde desweiteren auch durch eine Erhebung möglicher komorbider Depressionswerte, sowie persönlich wichtiger Themenbereiche in Verbindung mit der bestehenden Abhängigkeit und deren Berücksichtigung im Therapieverlauf in beiden Altersgruppen aufgegriffen. Zusätzlich dazu wurden letztlich auch die aktive Teilnahme an verschiedenen therapeutischen Basis- und Zusatzangeboten des Anton Proksch Instituts sowie die Patientenzufriedenheit aller Teilnehmer eingeholt, die mögliche weitere Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg darstellen, und so von zentralem Interesse sind.

5.2 Erhebungsort Anton Proksch Institut

Das Anton Proksch Institut ist eine im Jahre 1961 gegründete Sonderkrankenanstalt zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (Mader et al., 1991). Die Schwerpunktbereiche des Anton Proksch Instituts umfassen sowohl die Erforschung und Behandlung von stoffgebundenen Suchtformen, wie Alkohol-, Medikamenten-, Drogen- und Nikotinabhängigkeit, als auch jene nicht stoffgebundener Formen, wie Glücksspiel- und Internetsucht (Anton Proksch Institut, 2012).

Unter der Leitung von Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek bietet das Anton Proksch Institut neben der klinischen Beratung und Behandlung Suchtkranker, auch ein umfassendes Fort- und Weiterbildungsprogramm zur Suchthematik, Suchtprävention und Gesundheitsförderung an und führt darüber hinaus verschiedenste interdisziplinäre Forschungstätigkeiten durch (Anton Proksch Institut, 2012).

5.2.1 Aufbau und Struktur

Das Anton Proksch Institut setzt sich aus einem stationären Standort sowie mehreren teilstationären und ambulanten Nebenstellen zusammen (Anton Proksch Institut, 2012).

Das Therapiezentrum „Stiftung Genesungsheim Kalksburg“ im 23. Wiener Gemeindebezirk beinhaltet den *stationären Behandlungsbereich* des Anton Proksch Instituts mit insgesamt fünf Abteilungen für alkohol- und medikamentenabhängige Männer und Frauen (Uhl, Bachmayer, Puhm, Kobrna & Musalek, 2011b) und einer Kapazität von 240 Betten (Uhl, 2009a). Die stationäre Aufnahme und Behandlung erfolgt ausschließlich auf freiwilliger Basis. Die Kosten hierfür werden von den Sozialversicherungsträgern oder ersatzweise von den jeweiligen Sozialhilfeträgern übernommen. Eine stationäre Behandlung wird als intensiver Behandlungsbeginn im Rahmen eines Behandlungskonzeptes

mit einer langzeitambulanten Weiterbehandlung gesehen und umfasst in der Regel eine Dauer von sechs bis acht Wochen (Uhl et al., 2009a).

Um nach einer stationären Therapie eine bestmögliche Stabilisierung der PatientInnen sicherzustellen, wird eine langfristige *ambulante Nachbetreuung* in einer der ambulanten Einrichtungen des Anton Proksch Instituts empfohlen. Im Rahmen der ambulanten Nachbetreuung werden die positiven Veränderungsprozesse weiter begleitet (Anton Proksch Institut, 2012), die PatientInnen bei der Aufrechterhaltung ihrer Abstinenzmotivation unterstützt, sowie Abstinenzkrisen und Rückfälle behandelt (Schmidt, 1994). Der ambulante Behandlungsbereich besteht aus der Ambulanz Gräfin-Zichy-Straße für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen, der Hauptambulanz für alkohol- und medikamentenabhängige Männer im Ambulatorium Wiedner Hauptstraße und der Alkoholambulanz im Ambulatorium Radetzkystraße (Uhl et al., 2009a). Hinzu kommen Suchtberatungsstellen in Baden, Neunkirchen, Wr. Neustadt und Mödling, die medizinische und psychosoziale Beratung und Betreuung für Betroffene und Angehörige, sowie auch psychologische und psychotherapeutische Gespräche und Therapien anbieten (Anton Proksch Institut, 2012).

Zum *teilstationären Angebot* zählt die Abendklinik Radetzkystraße, die eine intensive ambulante Behandlung für jene alkohol- oder medikamentenabhängigen Personen anbietet, die beruflich bedingt oder aus anderen Gründen eine stationäre Behandlung nicht antreten können (Anton Proksch Institut, 2012).

5.2.2 Behandlungsangebot im Rahmen der qualifizierten Entzugsbehandlung

Da eine Suchterkrankung sich nicht nur im organischen Bereich, sondern auch auf psychiatrischer und sozialer Ebene manifestiert (Lentner, 1994), basiert die qualifizierte Entzugsbehandlung im Anton Proksch Institut auf vier Phasen (Uhl et al., 2009a), die eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen voraussetzen (Loydolt, 1994).

In der ersten Phase erfolgt ein körperlicher Entzug (Uhl et al., 2009a) sowie die Behandlung von körperlichen und psychischen Abstinenzerscheinungen (Lentner, 1994). Die zweite Phase beinhaltet vor allem psychiatrische, psychotherapeutische, psychologische und sozialtherapeutische Behandlungsmaßnahmen. Der dritte Abschnitt ist auf die Rehabilitation und Aktivierung der PatientInnen ausgerichtet und der vierte umfasst die, für einen dauerhaften Behandlungserfolg wesentliche, ambulante Nachbetreuung (Uhl et al., 2009a).

5.2.2.1 Medizinische Versorgung

Zu Beginn eines stationären Aufenthalts erfolgt eine genaue Anamnese früherer Erkrankungen und aktueller Beschwerden (Schmidt, 1994) sowie eine Diagnosestellung und Behandlung möglicher, durch den chronischen Alkoholkonsum bedingten, Begleit- und Folgeschäden (Anton Proksch Institut, 2012). Im Vordergrund steht weiters auch die Behandlung eventuell auftretender körperlicher und psychischer Entzugsserscheinungen (Lentner, 1994). Es wird versucht, die Entzugssymptome durch Medikation zu lindern (Preinsberger, Beiglböck & Lentner, 1994), mit dem Ziel eines schrittweisen, aber möglichst raschen Ausschleichens, sobald die akute Abstinenzsymptomatik abgeklungen ist (Schmidt, 1994).

5.2.2.2 Klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung

Der Schwerpunkt der klinisch-psychologischen Diagnostik im Anton Proksch Institut liegt auf der Erhebung von Art und Ausmaß hirngestörten Folgeerscheinungen des Suchtmittelmissbrauchs (Feselmayer et al., 1994) und der behandlungsbegleitenden Diagnostik kognitiver Beeinträchtigungen, sowie der Abklärung von Depression, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen und Suizidgefährdung (Anton Proksch Institut, 2012). Die psychologische Behandlung im Bereich der Suchtkrankheiten beschäftigt sich mit dem Training beeinträchtigter kognitiver Funktionen und der Behandlung der psychologischen Bedingungen einer Abhängigkeitserkrankung mittels Skills-Training, Entwicklung geeigneter Copingstrategien, Förderung von Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnis, Logik und Entspannung (Feselmayer et al., 1994). So werden im Anton Proksch Institut im Rahmen der psychologischen Behandlung beispielsweise Biofeedback, neuropsychologisches Funktionstraining („Brainjogging“) und Progressive Muskelentspannung nach Jacobson angeboten (Anton Proksch Institut, 2012).

5.2.2.3 Therapeutische Angebote (vgl. Anton Proksch Institut, 2012)

Das Therapiekonzept des Anton Proksch Instituts umfasst einerseits ein Basisprogramm mit Einzel- und Gruppentherapien und andererseits das sogenannte „Orpheusprogramm“. Ziel ist es, den PatientInnen Eigenverantwortlichkeit, Selbstbestimmtheit und neue Lebenseinstellungen zu vermitteln.

Einzeltherapie

Einzelgespräche zwischen ÄrztInnen, PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen und PatientInnen finden als fixer Bestandteil der Therapie einmal wöchentlich statt, können allerdings bei Bedarf auch öfters abgehalten werden.

Gruppentherapie

Die Gruppentherapie am Anton Proksch Institut ist sowohl auf suchtspezifische als auch auf komorbiditätsspezifische Interventionen ausgerichtet. Zu den suchtspezifischen Interventionsangeboten zählen Groß-, Klein- und Rückfallspräventionsgruppen, die primär, direkt mit der Abhängigkeit zusammenhängende, Aspekte aufgreifen. Komorbiditätsspezifische Interventionen beziehen sich auf Begleit- oder Folgeerkrankungen einer Abhängigkeit und umfassen eine Angst-, Essstörungs-, Entspannungs- und Gedächtnistrainingsgruppe sowie Stabilisierung und das Training sozialer Kompetenzen.

Orpheusprogramm

Seit 2009 bildet das *Orpheusprogramm* eine wertvolle Basis für die therapeutische Arbeit am Anton Proksch Institut. Dieses ressourcenorientierte Therapiekonzept beinhaltet acht optionale Module, die zur „Neu- und Wiederentdeckung der eigenen Lebenskräfte“ beitragen sollen, um durch effektivere Strategien dem Verlangen nach Suchtmitteln entgegenzuwirken.

Durch das Modul „*Erwerb von Allround Fertigkeiten*“ sollen praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Bereichen Gastronomie, Hauswirtschaft, Garten und Außenanlagen, Hausinstandhaltung und Lernzentrum trainiert werden. Die verschiedenen Aufgaben besitzen nicht nur unterstützenden Charakter bei der (Neu-)Strukturierung von Tagesabläufen, sondern auch bei der beruflichen (Re)-Integration.

Das Modul „*Bewegung*“ soll einen positiven Zugang zum eigenen Körper schaffen und dabei helfen, eigene Ressourcen, Wahrnehmungs- und Bewegungsfähigkeiten zu mobilisieren. Das bewegungstherapeutische und sportliche Programm beinhaltet somit neben sportlichen Aktivitäten wie Laufen, Nordic Walken und Wirbelsäulengymnastik auch Körperwahrnehmungsschulungen, Morgenaktivierung oder QiGong.

Im Zuge der sogenannten „*Kinotherapie*“ werden verschiedene Filme vorgeführt, die im Anschluss an die Vorstellung auf ihre therapeutische Botschaft hin analysiert werden.

Ein weiteres Modul befasst sich mit „*Kreativität und Lebensgestaltung*“ und beinhaltet kreative Freizeitgestaltung mit verschiedensten Materialien und in unterschiedlichen Umgebungen. So können beispielsweise eine Kreativwerkstatt zur Fertigung von Werkstücken genutzt werden oder in der Mal- und Gestaltungstherapie Gefühle mittels Farbe und Papier visualisiert werden. Eine andere Möglichkeit bietet die Gartentherapie, in der körperliche Aktivität im Freien mit Genussfähigkeit und gesunder Ernährung verbunden wird.

Das „Lernzentrum“ des Anton Proksch Instituts, welches ebenfalls als Orpheusmodul gilt, beinhaltet verschiedene Kurse zum Erwerb von Kompetenzen, die für den beruflichen Wiedereinstieg oder den Erhalt von Erwerbstätigkeit hilfreich sein können, wie z.B. den Computerführerschein, kreatives Arbeiten am Computer oder das Erlernen von Fremdsprachen.

Das Modul „Musik“ umfasst verschiedene Musikprojekte für stationäre Patienten, wie beispielsweise Workshops zu Rhythmus und Takt oder Chorprojekte.

Im Modul „Philosophikum“ sind Patienten dazu eingeladen, über ihre Lebensphilosophie und Weltanschauung zu diskutieren.

Das letzte Modul „Wandern und Kultur“ bietet verschiedenste kulturelle Angebote, die von geführten Wanderungen bis hin zu Museums- und Ausstellungsbesuchen reichen.

5.2.2.4 Beratungsangebot für Angehörige

Da eine Alkoholabhängigkeit oft nicht nur die Betroffenen selbst sondern auch deren Familien belastet, ist es sinnvoll, das Umfeld der PatientInnen in die Behandlung miteinzubeziehen (Schmidt, 1994). Aus diesem Grund bietet das Anton Proksch Institut verschiedenste Hilfestellungen, wie Informationsabende, Workshops oder psychotherapeutische Gruppen für Angehörige an. Diese Angebote sollen Angehörigen nicht nur bei der grundsätzlichen Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild und im Umgang mit dem Betroffenen nach der Therapie und möglichen Rückfällen unterstützen, sondern gezielt auch zur Entlastung des Angehörigen selbst und zur Verbesserung der eigenen Lebensqualität beitragen (Anton Proksch Institut, 2012).

5.3 Zielgruppe der wissenschaftlichen Studie

Sämtliche Teilnehmer der Studie wurden im Anton Proksch Institut rekrutiert und auch vor Ort befragt. Die Gesamtstichprobe sollte aus alkoholabhängigen Personen im mittleren und hohen Erwachsenenalter bestehen. Die offizielle Altersdefinition für das höhere Erwachsenenalter liegt bei 60 bis 85 Jahren. In der aktuellen Literatur zum Thema (vgl. Feuerlein, 2005; Voßmann & Geyer, 2000) konnte allerdings gezeigt werden, dass die angegebene Altersgrenze von 60 Jahren, die den Beginn des hohen Erwachsenenalters markiert, bei einer vorliegenden Alkoholabhängigkeit im Alter nach unten revidiert werden sollte - ausschlaggebend hierfür ist, dass meist schon über 50jährige mit zahlreichen für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im Alter charakteristischen Herausforderungen konfrontiert

sind (Beutel & Baumann, 2000). Aus diesem Grund werden zur Gruppe der *älteren Alkoholabhängigen* Personen im Alter von 50 bis 85 Jahren gezählt. Personen im Alter von 20 bis 49 Jahren werden als *jüngere Alkoholabhängige* bezeichnet.

Desweiteren konzentrierte sich die Studie, aufgrund der generell stärkeren Unterrepräsentiertheit alkoholabhängiger Älterer in stationären Einrichtungen (Lieb et al., 2008) und des deutlich häufigeren Auftretens eines Alkoholabhängigkeitssyndroms im Alter unter Männern (Atkinson, 1990, zitiert nach Beutel & Baumann, 2000), ausschließlich auf das männliche Geschlecht.

Maßgebliche Inklusionskriterien für die Auswahl der Teilnehmer stellten die Diagnose *Alkoholabhängigkeitssyndrom* (F10.2) nach ICD-10, die Teilnahme an einer stationären Kurzzeittherapie mit einer Dauer von mindestens sechs Wochen, sowie gute Deutschkenntnisse und ein ausreichendes Sprachverständnis, dar. Als Exklusionskriterien galten das Vorhandensein komorbider psychiatrischer Störungen, wie z.B. Schizophrenie oder Borderline, die zu einer Verdeckung der abhängigkeitsbezogenen Symptome hätten führen können, sowie das Vorliegen weiterer Suchterkrankungen, wie Medikamenten- oder Spielsucht, die primär Behandlungseingang fanden.

5.4 Untersuchungsdesign

Für die empirische Studie wurde ein *Prä- und Posttestdesign* gewählt, wodurch sich zwei Messzeitpunkte ergaben – die erste Datenerhebung wurde vor Beginn der Therapie (T1) vorgenommen, die zweite wurde gegen Therapieende (T2) durchgeführt.

Im Rahmen der Untersuchung bildeten Alkoholabhängige im mittleren Erwachsenenalter die *Kontrollgruppe* (KG). Die *Versuchsgruppe* (VG) setzte sich aus älteren Alkoholabhängigen zusammen, die in Anlehnung an die Alkoholtypologie nach Droller (1964) (siehe Kap. 1.5.3) in drei Subgruppen unterteilt wurde:

- *Early-onset* Alkoholabhängige mit einem Beginn der Abhängigkeit vor dem 50. Lebensjahr (EO)
- *Late-onset* Alkoholabhängige mit einem Beginn der Abhängigkeit nach dem 50. Lebensjahr (LO)
- *Rezidiv-Abhängige*, die nach einer Alkoholabhängigkeit in jüngeren Jahren abstinent wurden und das frühere Suchtverhalten erst im Alter wieder aufnahmen (RA)

Zusätzlich wurden die Teilnehmer noch in sogenannte *Therapieabbrecher* (TA) und *Therapieabsolventen* (TB) unterteilt. Zu den Therapieabbrechern zählen jene Personen, die entweder die Therapie abbrachen, vorzeitig entlassen wurden oder aus motivationalen Gründen nur an der ersten

Befragung teilnahmen – unter Therapieabsolventen wurden jene zusammengefasst, die die Therapie beendeten und somit das Inklusionskriterium einer mindestens sechswöchigen Therapiezeit erfüllten.

Ziel war es, VG und KG sowie die drei Subgruppen der VG (EO, LO und RA) hinsichtlich ihrer Veränderung in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, den personellen Ressourcen und den Stressbewältigungsstrategien als Prädiktoren für einen Therapieerfolg miteinander zu vergleichen. Außerdem sollten etwaige Unterschiede zwischen TA und TB in den drei genannten Faktoren vor Therapiebeginn untersucht werden, die möglicherweise Aufschluss über die vorzeitige Therapiebeendigung in der Gruppe der TA geben könnten. Durch diese Vorgehensweise ergaben sich mehrere abhängige und unabhängige Variablen:

Als *Abhängige Variablen* (AV) wurden jene drei bestimmt, deren Veränderungen im Therapieverlauf zur Vorhersage eines Therapieerfolgs herangezogen werden können:

- Gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Personelle Ressourcen
- Stressbewältigungsstrategien

Als *Unabhängige Variablen* (UV) wurden folgende verwendet:

- Alter der Alkoholabhängigen (mittleres und höheres Erwachsenenalter)
- Beginn und Verlauf der Abhängigkeit (Early-onset, Late-onset, Rezidiv-Abhängige)
- Absolvierung der Entzugsbehandlung (Therapieabbrecher und Therapieabsolventen)

Als *Kontrollvariablen* galten folgende:

- Soziodemografische Daten
- Depressivität
- Persönlich wichtige Problembereiche für die Abhängigkeitsentstehung und deren Berücksichtigung im Therapieverlauf
- Teilnahme an Therapieangeboten des Anton Proksch Instituts und Patientenzufriedenheit

5.5 Untersuchungsdurchführung

In Folge soll der Erhebungsablauf und damit verbundene zeitliche und organisatorische Aspekte detaillierter beschrieben, sowie auf die Berücksichtigung verschiedener ethischer Kriterien im Zuge der Untersuchungsdurchführung eingegangen werden.

5.5.1 Erhebungsablauf

Die Datenerhebungsphase erstreckte sich über einen mehrmonatigen Erhebungszeitraum von Anfang Jänner bis Mitte Juni 2012. Die erste Kontaktaufnahme fand wöchentlich montags im Rahmen der Großvisite der Abteilungen I und III des Anton Proksch Instituts statt, im Zuge dessen, die in der vorangegangenen Woche neu aufgenommenen Patienten über den Inhalt und das Procedere der Studie informiert und um eine etwaige Teilnahme gebeten wurden. Bei geäußerter Teilnahmebereitschaft, wurden den Patienten zwecks Fixierung des Termins und Erinnerung an diesen, Terminzettel mit Orts- und Zeitangaben der Untersuchung ausgehändigt.

Eine erste Vorgabe der Fragebogenbatterie (näheres dazu siehe Kap. 6.2) fand Anfang der zweiten Woche nach stationärer Aufnahme statt. Diese etwas verzögerte erste Datenerhebung wurde in Absprache mit dem Institutspersonal bewusst so gewählt, da die ersten sieben bis zehn Aufnahmetage durch einen für viele Patienten belastenden, körperlichen Entzug gekennzeichnet sind, aufgrund dessen eine Testung in dieser Phase ethisch nicht vertretbar gewesen wäre. Im Rahmen dieser ersten Fragebogenvorgabe wurden neben verschiedenen standardisierten Erhebungsinstrumenten zusätzlich zwei eigens erstellte Fragebögen zur Erfassung der soziodemografischen Daten und der persönlich wichtigen Problembereiche bei der Abhängigkeitsentstehung und –aufrechterhaltung vorgelegt.

Die zweite Datenerhebung wurde vier Wochen später, d.h. Anfang der sechsten Behandlungswoche angesetzt, wobei die Patienten wieder jeweils eine Woche im Voraus in der Großvisite über diesen Termin informiert wurden. Im Zuge der zweiten Fragebogenvorgabe kamen neben den bereits in der ersten Untersuchung vorgelegten, standardisierten Erhebungsverfahren, zusätzlich zwei selbst formulierte Fragebögen zur Berücksichtigung verschiedener Problembereiche in der Therapie und zur Teilnahme an diversen Therapieangeboten des Anton Proksch Instituts zur Anwendung.

Die Datenerhebung wurde in Form einer Gruppenvorgabe gestaltet, im Zuge dessen zu Beginn nochmals allen Teilnehmern Inhalt und Zweck der Studie sowohl mündlich als auch mittels einer schriftlichen Erläuterung und damit verbundener Einverständniserklärung dargelegt wurde. Im Anschluss wurde das weitere Vorgehen erklärt, sowie auf die Berücksichtigung verschiedener ethischer Aspekte hingewiesen. Die Fragebögen wurden im Paper-Pencil-Format gestaltet, die Beantwortung erfolgte in Abhängigkeit der Items durch Ankreuzen einer oder mehrerer Antwortmöglichkeiten. Abschließend wurden die Teilnehmer gebeten, eigenständig und ehrlich zu antworten, sowie wenn möglich, die Fragebogenbatterie nach Beantwortungsbeendigung nochmals auf Vollständigkeit durchzusehen. Zwecks Rückfragen zur Studie oder den Ergebnissen erhielten alle Teilnehmer ein Informationsblatt mit angeführten E-Mail-Adressen und Telefonnummern der Untersuchungsleiterinnen.

5.5.2 Ethische Kriterien der Durchführung

Laut Bortz und Döring (2006) sollten im Rahmen einer Überprüfung der ethischen Unbedenklichkeit empirischer Untersuchungen verschiedene Aspekte beachtet werden.

Bereits in der Planungsphase der Studie spielte die *Abwägung des wissenschaftlichen Fortschritts gegenüber der Menschenwürde* eine zentrale Rolle. Demnach wurde bei der Erarbeitung und der Durchführung der Studie darauf geachtet, dass es zu keiner Verletzung der Privatsphäre der Patienten sowie zu keiner psychischen Belastung durch unangenehme Inhalte kommt.

Die *persönliche Verantwortung* der Untersuchungsleiterinnen wurde mit dem Institutspersonal abgesprochen und durch das Anbieten einer persönlichen Rücksprache bei sämtlichen Fragen der Patienten unter Beweis gestellt.

Die *Informationspflicht* der Untersuchungsleiterinnen, den Teilnehmern der Studie die zentralen Untersuchungsinhalte und -ergebnisse mitzuteilen, wurde ebenfalls eingehalten. Alle Teilnehmer wurde vor Beginn der Studie über Zweck und Inhalt sowohl in mündlicher als in schriftlicher Form informiert. Außerdem erhielten alle Patienten für den Fall aufkommender Fragen E-Mail-Adressen und Telefonnummern der Untersuchungsleiterinnen – von jenen Patienten, die sich für die Ergebnisse der Studie interessierten, wurden zwecks Zusendung dieser, Mail- oder Postadressen notiert.

Auch die *Freiwilligkeit der Untersuchungsteilnahme* wurde berücksichtigt – so wurden die Patienten bereits im Zuge der ersten Kontaktaufnahme und auch vor Beginn jeder Fragebogenvorgabe darauf hingewiesen, dass ihre Teilnahme, sollten sie sich für diese entscheiden, ausnahmslos freiwillig ist und das Nichterscheinen zum Untersuchungstermin mit keinerlei Konsequenzen verbunden ist.

Auf die *Vermeidung psychischer oder körperlicher Beeinträchtigungen* durch die Fragebogenbearbeitung wurde besonders Acht gegeben. Zum einen wurde darauf geachtet, dass die Datenerhebung in ungestörter Atmosphäre erfolgt und zum anderen wurden die Patienten auf eine unbegrenzte Bearbeitungszeit hingewiesen, die letztlich in eine durchschnittliche Bearbeitungsdauer von einer Dreiviertelstunde mündete. Desweiteren wurde allen Patienten die Möglichkeit einberaumt, bei merklicher Abnahme der Konzentration kurze Pausen einzulegen bzw. bei empfundener Überforderung oder Erschöpfung die Bearbeitung der Fragebogenbatterie gänzlich abubrechen.

Der letzte zentrale Aspekt umfasst die *Wahrung von Anonymität*. Zur Gewährleistung der Anonymität und des Datenschutzes wurden keine vollständigen Namen der Patienten eingeholt, sowie im Anschluss an die Studie keine Rückmeldung zu den Ergebnissen einzelner Teilnehmer ausgegeben.

6 Methodik

Dieses Kapitel wurde im Kollegium verfasst, mit Ausnahme von 6.1.3, 6.2.4 und spezifischen Textpassagen in 6.3.2 und 6.3.3, die von Nadine Lehner verfasst wurden.

Nachfolgend wird auf die zentralen Fragestellungen und Hypothesen der wissenschaftlichen Studie, sowie auf die zur Beantwortung der Hypothesen eingesetzten Erhebungsinstrumente näher eingegangen. Den Abschluss dieses Kapitels bildet eine Zusammenfassung und Beschreibung der angewandten statistischen Verfahren zur Datenverarbeitung und –auswertung.

6.1 Fragestellungen und Hypothesen

Ausgehend von den im Kapitel 5.4 angeführten Variablen ergibt sich eine Vielzahl an möglichen Fragestellungen, die zwecks besserer Übersichtlichkeit auf drei spezifische Hauptfragestellungen mit jeweils zwei Subfragestellungen beschränkt wurden. Die Hauptfragestellungen beziehen sich auf Unterschiede in der therapiebedingten Veränderung der genannten drei abhängigen Variablen zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe. In den Subfragestellungen werden zum einen die Subgruppen der Versuchsgruppe und zum anderen die Gruppe der Therapieabbrecher und –absolventen fokussiert.

6.1.1. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Fragestellung 1: Gibt es signifikante Unterschiede in der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen VG und KG durch die Therapie?

6.1.1.1 Vergleich von VG und KG

Voranalyse: Gibt es signifikante Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen VG und KG vor Beginn der Therapie?

- H0.1.1.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen VG und KG vor der Therapie.
- H1.1.1.1: Es gibt signifikante Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen VG und KG vor der Therapie.

Hauptanalyse: Gibt es signifikante Unterschiede in der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen VG und KG über den Therapieverlauf hinweg?

- H0.1.1.2: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen VG und KG über den Therapieverlauf.
- H1.1.1.2: Es gibt signifikante Unterschiede in der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen VG und KG über den Therapieverlauf.

6.1.1.2 Vergleich der Subgruppen der VG

Voranalyse: Gibt es signifikante Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den Subgruppen der VG vor Beginn der Therapie?

- H0.1.2.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den Subgruppen der VG vor der Therapie.
- H1.1.2.1: Es gibt signifikante Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den Subgruppen der VG vor der Therapie.

Hauptanalyse: Gibt es signifikante Unterschiede in der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den Subgruppen der VG über den Therapieverlauf hinweg?

- H0.1.2.2: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den Subgruppen der VG über den Therapieverlauf.
- H1.1.2.2: Es gibt signifikante Unterschiede in der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den Subgruppen der VG über den Therapieverlauf.

6.1.1.3 Vergleich von Therapieabbrechern und Therapieabsolventen

Gibt es signifikante Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen TA und TB vor Beginn der Therapie?

- H0.1.3.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen TA und TB vor der Therapie.
- H1.1.3.1: Es gibt signifikante Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen TA und TB vor der Therapie.

6.1.2. Personelle Ressourcen

Fragestellung 2: Gibt es signifikante Unterschiede in der Veränderung der personellen Ressourcen zwischen VG und KG durch die Therapie?

6.1.2.1 Vergleich von VG und KG

Voranalyse: Gibt es signifikante Unterschiede in den personellen Ressourcen zwischen VG und KG vor Beginn der Therapie?

- H0.2.1.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in den personellen Ressourcen zwischen VG und KG vor der Therapie.
- H1.2.1.1: Es gibt signifikante Unterschiede in den personellen Ressourcen zwischen VG und KG vor der Therapie.

Hauptanalyse: Gibt es signifikante Unterschiede in der Veränderung der personellen Ressourcen zwischen VG und KG über den Therapieverlauf hinweg?

- H0.2.1.2: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der personellen Ressourcen zwischen VG und KG über den Therapieverlauf.
- H1.2.1.2: Es gibt signifikante Unterschiede in der Veränderung der personellen Ressourcen zwischen VG und KG über den Therapieverlauf.

6.1.2.2 Vergleich der Subgruppen der VG

Voranalyse: Gibt es signifikante Unterschiede in den personellen Ressourcen zwischen den Subgruppen der VG vor Beginn der Therapie?

- H0.2.2.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in den personellen Ressourcen zwischen den Subgruppen der VG vor der Therapie.
- H1.2.2.1: Es gibt signifikante Unterschiede in den personellen Ressourcen zwischen den Subgruppen der VG vor der Therapie.

Hauptanalyse: Gibt es signifikante Unterschiede in der Veränderung der personellen Ressourcen zwischen den Subgruppen der VG über den Therapieverlauf hinweg?

- H0.2.2.2: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der personellen Ressourcen zwischen den Subgruppen der VG über den Therapieverlauf.
- H1.2.2.2: Es gibt signifikante Unterschiede in der Veränderung der personellen Ressourcen zwischen den Subgruppen der VG über den Therapieverlauf.

6.1.2.3 Vergleich von Therapieabbrechern und Therapieabsolventen

Gibt es signifikante Unterschiede in den personellen Ressourcen zwischen TA und TB vor Beginn der Therapie?

- H0.2.3.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in den personellen Ressourcen zwischen TA und TB vor der Therapie.
- H1.2.3.1: Es gibt signifikante Unterschiede in personellen Ressourcen zwischen TA und TB vor der Therapie.

6.1.3. Stressbewältigung

Fragestellung 3: Gibt es signifikante Unterschiede in der Veränderung der Stressbewältigungsstrategien zwischen VG und KG durch die Therapie?

6.1.3.1 Vergleich von VG und KG

Voranalyse: Gibt es signifikante Unterschiede in den Stressbewältigungsstrategien zwischen VG und KG vor Beginn der Therapie?

- H0.3.1.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in den Stressbewältigungsstrategien zwischen VG und KG vor der Therapie.
- H1.3.1.1: Es gibt signifikante Unterschiede in den Stressbewältigungsstrategien zwischen VG und KG vor der Therapie.

Hauptanalyse: Gibt es signifikante Unterschiede in der Veränderung der Stressbewältigungsstrategien zwischen VG und KG über den Therapieverlauf hinweg?

- H0.3.1.2: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der Stressbewältigungsstrategien zwischen VG und KG über den Therapieverlauf.
- H1.3.1.2: Es gibt signifikante Unterschiede in der Veränderung der Stressbewältigungsstrategien zwischen VG und KG über den Therapieverlauf.

6.1.3.2 Vergleich der Subgruppen der VG

Voranalyse: Gibt es signifikante Unterschiede in den Stressbewältigungsstrategien zwischen den Subgruppen der VG vor Beginn der Therapie?

- H0.3.2.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in den Stressbewältigungsstrategien zwischen den Subgruppen der VG vor der Therapie.
- H1.3.2.1: Es gibt signifikante Unterschiede in den Stressbewältigungsstrategien zwischen den Subgruppen der VG vor der Therapie.

Hauptanalyse: Gibt es signifikante Unterschiede in der Veränderung der Stressbewältigungsstrategien zwischen den Subgruppen der VG über den Therapieverlauf hinweg?

- H0.3.2.2: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der Stressbewältigungsstrategien zwischen den Subgruppen der VG über den Therapieverlauf.
- H1.3.2.2: Es gibt signifikante Unterschiede in der Veränderung der Stressbewältigungsstrategien zwischen den Subgruppen der VG über den Therapieverlauf.

6.1.3.3 Vergleich von Therapieabbrechern und Therapieabsolventen

Gibt es signifikante Unterschiede in den Stressbewältigungsstrategien zwischen TA und TB vor Beginn der Therapie?

- H0.3.3.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in den Stressbewältigungsstrategien zwischen TA und TB vor der Therapie.
- H1.3.3.1: Es gibt signifikante Unterschiede in den Stressbewältigungsstrategien zwischen TA und TB vor der Therapie.

6.2 Beschreibung der Erhebungsinstrumente

Im Folgenden werden alle Verfahren, die im Rahmen der Datenerhebung vorgelegt wurden, genauer beschrieben (vollständige Fragebogenbatterie siehe Anhang).

Zur Erhebung der soziodemografischen Daten aller Studienteilnehmer wurde ein eigens erstellter Fragebogen eingesetzt, auf den im Anschluss nicht genauer eingegangen werden soll. Erfragt wurden im Zuge dessen Alter, Staatszugehörigkeit, Schulausbildung, Berufsgruppe, Familienstand, Wohnsituation, soziales Umfeld, Beginn der Alkoholabhängigkeit, Abstinenzphasen und deren Dauer sowie psychische und körperliche Erkrankungen.

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

Zur Erhebung der subjektiven Gesundheitswahrnehmung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der alkoholabhängigen Probanden kam der *Fragebogen zum Gesundheitszustand* in der Kurzform mit 36 Items (*SF-36*) von Bullinger und Kirchberger (1998) zur Anwendung.

Zur Überprüfung der personellen Ressourcen aller Studienteilnehmer wurde der *Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)* von Jack (2007) eingesetzt.

Um die Stressbewältigungsstrategien aller teilnehmenden Alkoholabhängigen zu erfassen, wurde die deutsche Version des *Coping Behaviours Inventory (CBI-G)* von Litman, Stapleton, Oppenheim und Peleg (1983) verwendet.

Da komorbide depressive Symptome bei bestehender Alkoholabhängigkeit zumeist einen wesentlichen Stellenwert besitzen (vgl. Moos et al., 2010; Beutel & Baumann, 2000), wurden diese mit dem *Beck-Depressions-Inventar (BDI)* von Hautzinger, Bailer, Worall und Keller (1994) miterfasst.

Schließlich sollten mittels eigens erstellter Fragebögen, einerseits die persönliche Wichtigkeit verschiedener Themenbereiche, die für die Abhängigkeitsentstehung von Bedeutung sein können, vor Therapiebeginn und andererseits auch deren Berücksichtigung nach Therapieende erhoben werden. Im letzten Teil der Fragebogenbatterie wurden alle Teilnehmer schließlich noch nach ihrer Teilnahme an speziellen Angeboten und Aktivitäten des Anton Proksch Instituts, sowie über ihre Zufriedenheit mit den Therapeuten und dem Therapieaufenthalt befragt.

6.2.1 Wortschatztest (WST)

Der von Schmidt und Metzler (1992) entwickelte WST ermöglicht eine schnelle Einschätzung des verbalen Intelligenzniveaus und eine hinreichend genaue Beurteilung des Sprachverständnisses, um beispielsweise zu prüfen, ob die Voraussetzung zur Bearbeitung von Fragebögen gegeben ist. Desweiteren stellt er auch ein geeignetes Instrument zur Abschätzung des prämorbidem Intelligenzniveaus bei leichter bis mittlerer himorganisch bedingter Beeinträchtigung dar. Der WST kann in Einzel- und Gruppenuntersuchungen durchgeführt und für den Altersbereich von 20 bis 90 Jahren angewendet werden. Die Anforderung des WST besteht in der Wiedererkennung von Wörtern. Die insgesamt 42 Aufgaben sind zeilenweise aufgelistet, wobei jede Zeile ein sinnvolles Wort, das sogenannte *Zielwort*, und fünf sinnleere, wortähnliche Kontruktionen, die *Distraktoren* enthält.

Itembeispiel aus dem WST (Item 18):

Akrophab – Brekamie – Abriskie – ~~Akribie~~ – Akrisal – Semalie

In jeder Zeile muss das Zielwort durchgestrichen werden, bei Nichterkennen soll in der betreffenden Zeile kein Wort markiert werden. Die Zeilen sind nach steigender Schwierigkeit der Zielwörter geordnet.

Der Rohpunktwert wird durch Addition der richtig gelösten Aufgaben gebildet und kann in Standardwerte und IQ-Werte umgerechnet werden.

Der WST weist hinsichtlich Reliabilität und Validität zufriedenstellende Werte auf. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt bei .94. Weiters kann angenommen werden, dass die Testleistungen relativ altersunabhängig sind (.08) und bei höherer Schul- und Berufsbildung steigen (.60).

6.2.2 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

Der von Bullinger und Kirchberger (1998) ins Deutsche übersetzte Fragebogen zum Gesundheitszustand stellt ein krankheitsübergreifendes Erhebungsinstrument zur Erfassung der subjektiven Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität dar. Der SF-36 ist sowohl für gesunde Personen, als auch für Populationen unterschiedlicher Erkrankungsgruppen geeignet und für den Altersbereich von 14 Jahren bis ins höhere Alter einsetzbar. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 36 Items mit dichotomen bis zu sechsstufigen Antwortskalen. Die Aufgabe der befragten Person besteht darin, im Rückblick auf die vergangenen vier Wochen für jedes Item jene Antwortmöglichkeit auszuwählen, die dem persönlichen Erleben am nächsten kommt.

Itembeispiel aus dem SF-36 (Item 2):

Im Vergleich zur vergangenen Woche, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

- 1 Derzeit viel besser
 - 2 Derzeit etwas besser
 - 3 Etwa wie vor einer Woche
 - 4 Derzeit etwas schlechter
 - 5 Derzeit viel schlechter
-

Erfasst werden acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit, die aus 35 der insgesamt 36 Items gebildet werden und sowohl psychische, körperliche, als auch soziale Aspekte des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit beinhalten (siehe Tab. 6.2.1). Das letzte Item, stellt ein sogenanntes „Transitionsitem“ dar, welches einen Vergleich des aktuellen Gesundheitszustandes mit jenem vor einem Jahr ermöglicht.

Tabelle 6.2.1: Acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit.

<i>Körperliche Funktionsfähigkeit</i>	Mit 10 Items wird das Ausmaß erfragt, in dem der Gesundheitszustand körperliche Aktivitäten und Tätigkeiten beeinträchtigt.
<i>Körperliche Rollenfunktion</i>	Mithilfe von 4 Items wird ermittelt, in wie weit der körperliche Gesundheitszustand die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten einschränkt.
<i>Körperliche Schmerzen</i>	2 Items erfragen Schmerzen und den Einfluss dieser auf die häusliche und außerhäusliche Arbeit.
<i>Allgemeine Gesundheitswahrnehmung</i>	Mit 5 Items wird eine persönliche Beurteilung der gegenwärtigen und zukünftigen Gesundheit und damit verbundenen Erwartungen eingeholt.
<i>Vitalität</i>	Mittels 4 Items werden Vitalität, aber auch Müdigkeit und Erschöpfung hinterfragt.
<i>Soziale Funktionsfähigkeit</i>	2 Items erheben den Einfluss von körperlicher Gesundheit oder emotionaler Probleme auf soziale Aktivitäten.
<i>Emotionale Rollenfunktion</i>	Das Ausmaß, in dem seelische Probleme die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinflussen, wird mit 3 Items erfasst.
<i>Psychisches Wohlbefinden</i>	Mittels 5 Items wird die allgemeine psychische Gesundheit erfragt.

Diese acht Dimensionen können weiters noch zu einem „körperlichen Summenwert“, der aus den ersten vier Bereichen gebildet wird, und zu einem „psychischen Summenwert“, bestehend aus den letzten vier Dimensionen, zusammengefasst werden. Im Zuge der Auswertung werden alle angekreuzten Antworten je Skala addiert und für einige Skalen speziell gewichtet, sodass der Gesamtpunktwert zwischen 0 und 100 liegen kann. Hohe Werte sprechen generell für eine ausgeprägte gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Die Reliabilität des SF-36 kann als befriedigend bis sehr gut angesehen werden. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der einzelnen Subskalen liegt bei gesunden Populationen zwischen .74 und .94. Im Hinblick auf erkrankte Populationen erreicht die Mehrzahl der Skalen zumindest eine innere Konsistenz von .70, lediglich die Skalen „Soziale Funktionsfähigkeit“ und „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ liegen darunter. Die Validität des Verfahrens kann ebenfalls als gegeben angenommen werden. Die

konvergente Validität des SF-36 wurde durch eine zufriedenstellende Korrelation mit den inhaltlich ähnlichen Subskalen des „Nottingham Health Profile (NHP)“ aufgezeigt. Im Zuge der Überprüfung der diskriminanten Validität des SF-36 zeigte sich weiters, dass das Verfahren fähig ist, ausreichend zwischen Patientensubgruppen zu differenzieren.

6.2.3 Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)

Der von Jack (2007) erstellte Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS) wurde ursprünglich zur Anwendung bei erwachsenen Patienten im psychosomatisch-stationären Setting entwickelt. Laut Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996) ermöglicht der FERUS einerseits die Erfassung von inter- sowie intrapersoneller gesundheitsbezogener Ressourcen und gibt andererseits Aufschluss über mögliche Ressourcendefizite einer Person, an deren Entwicklung im Zuge eines therapeutischen Aufenthaltes gearbeitet werden soll. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 66 Items, die auf einer fünfstufigen Ratingskala (1 = stimmt nicht bis 5 = stimmt sehr) von den Patienten selbstständig eingeschätzt werden sollen.

Itembeispiel aus dem FERUS (Item 32):

Ich möchte meine jetzige private oder berufliche Situation verändern, weil ich mit vielen Dingen unzufrieden bin.

- 1 stimmt nicht
 - 2 stimmt wenig
 - 3 stimmt mittelmäßig
 - 4 stimmt ziemlich
 - 5 stimmt sehr
-

Insgesamt umfasst der FERUS sieben Subskalen, die zusammengefasst einerseits als *therapierelevante Ressourcen* (Veränderungsmotivation und Soziale Unterstützung) und andererseits als *Selbstmanagementfähigkeiten* (Coping, Selbstbeobachtung, Selbstverbalisation, Selbstwirksamkeit und Hoffnung) klassifiziert werden können. Die Differenzierung in die beiden Bereiche Ressourcen und Selbstmanagement, wurde vorgenommen, da die Veränderungsmotivation sowie die soziale Unterstützung zwar nicht den Selbstmanagementfähigkeiten einer Person zugeordnet werden können, dennoch aber wichtige Kontextvariablen für den therapeutischen Prozess sowie den Therapieerfolg darstellen und deshalb miterfasst werden sollen. Eine genauere Erläuterung der einzelnen Subskalen wird in Tabelle 6.2.2 vorgenommen.

Tabelle 6.2.2: Erläuterung der sieben Subskalen des FERUS.

<i>Veränderungsmotivation</i>	Erfasst wird das Erkennen eines negativen Ausgangszustandes, der Wunsch nach einem positiven Endzustand und die Erkenntnis, dass sich durch die Therapie der negative Ausgangszustand verändern lässt. Hohe Werte sprechen weiters für einen hohen Leidensdruck.
<i>Soziale Unterstützung</i>	Mit dieser Subskala wird erhoben, inwieweit ein Individuum seine sozialen Beziehungen als unterstützend, hilfreich und fördernd wahrnimmt (z.B. Gefühl von Anerkennung und Wertschätzung durch andere, Fähigkeit, Hilfe zu erbitten und Unterstützung anzunehmen, Freundeskreis mit ähnlichen Ansichten und Interessen, etc.)
<i>Coping</i>	Diese Dimension bezieht sich auf das aktive Eingreifen, zur Veränderung einer Situation bzw. auf die Entwicklung und Anwendung konkreter Bewältigungsstrategien. Weiters wird auch die Fähigkeit erfasst, innere Ruhe zu bewahren und situative Bedingungen hinzunehmen, wenn diese nicht zu ändern sind.
<i>Selbstbeobachtung</i>	Die Subskala gibt Aufschluss über das Erkennen von kritischen Situationen, sowie über die Fähigkeit, eigene Gefühle und Verhalten zu beobachten, um so Handlungen und Reaktionen effektiv und zielorientiert zu verändern.
<i>Selbstwirksamkeit</i>	Erhoben wird, inwieweit sich Personen in der Lage fühlen, vorgenommene Verhaltensweisen auszuüben, um dadurch einen Rückschluss auf das Durchhaltevermögen in der Verfolgung von Interessen zu erhalten.
<i>Selbstverbalisation</i>	Mit dieser Skala wird die Fertigkeit beschrieben, sich selbst im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung gezielte Anweisungen zu erteilen, um Verhalten und Empfindungen zu steuern.
<i>Hoffnung</i>	Mittels dieser Dimension wird die Tendenz erfasst, sich selbst, die Umwelt und die persönliche Zukunft positiv zu sehen.

Um die Ergebnisse des FERUS patientenorientiert und effektiv zu nutzen, wird nahegelegt, diesen sowohl zu Beginn als auch am Ende eines stationären Aufenthaltes vorzugeben. Im Zuge der Auswertung werden Skalensummenwerte berechnet, die in T-Werte transformiert werden und so einen

möglichen Wertebereich von 20 bis 80 bilden. T-Werte unter 40 deuten auf gravierende Ressourcendefizite hin. Jene zwischen 40 und 55 werden als latent unterdurchschnittlich angesehen, Werte über 55 sprechen für eine mittelmäßige und jene ab 60 für eine ausreichende Ausprägung in den einzelnen Subskalen. Einzige Ausnahme bildet die Subskala *Veränderungsmotivation*, in der T-Werte ab 50 zu Therapiebeginn als durchschnittlich bis sehr gut bewertet werden. Gegen Therapieende deuten Werte unter 50 auf eine eingeleitete und jene unter 40 auf eine gelungene Veränderung hin.

Alle Skalen weisen eine befriedigende bis gute Retestreliabilität (.68 bis .88) auf und zeigen eine gute bis sehr gute innere Konsistenz (.86 bis .93). Alle Skalen besitzen sowohl inhaltliche als auch faktorielle Validität und auch die konvergente und diskriminante Validität des Verfahrens konnte durch Überprüfung mit bereits validierten Fragebögen bestätigt werden.

6.2.4 Coping Behaviours Inventory – Deutsche Version (CBI-G)

Das ursprünglich von Litman et al. (1983) entwickelte Coping Behaviours Inventory wurde im Rahmen des Projekts „Transitions in Alcohol Consumption and Smoking (TACOS)“ (Rumpf, Hapke, Dawedait, Meyer & John, 1998) ins Deutsche übersetzt und erfasst situationsunspezifisches Copingverhalten bei alkoholbezogenen Störungen. Dieses speziell für den Suchtbereich entwickelte Verfahren soll Verhalten und Kognitionen von Personen mit Alkoholproblemen als Reaktion auf äußere Umstände oder innere Stimmungszustände zur Vermeidung oder Kontrolle schweren Trinkens näher hinterleuchten. Der Fragebogen eignet sich für einen Einsatz bei allen Altersgruppen. Das CBI-G umfasst insgesamt 36 Items, die sich in 14 kognitive und 22 verhaltensbezogene Fragen untergliedern lassen. Auf einer vierstufigen Antwortskala mit den Antwortmöglichkeiten „*meistens*“, „*oft*“, „*manchmal*“ und „*nie*“, soll angegeben werden, wie oft eine bestimmte Strategie zur Rückfallvermeidung eingesetzt wird.

Itembeispiel aus dem CBI-G (Item 5):

Ich habe an die Schwierigkeiten gedacht, in die ich mich durch das Alkoholtrinken gebracht habe.

- 3 meistens
 - 2 oft
 - 1 manchmal
 - 0 nie
-

Die insgesamt 36 Items können den vier Subskalen *Vermeidung*, *Negatives Denken*, *Positives Denken* und *Suchen nach Sozialer Unterstützung* zugeordnet werden. Im Zuge der Auswertung werden die

Antworten von „nie“ bis „meistens“ mit 0 bis 3 Punkten bewertet und für jede Subskala die Antwortwerte zu einem Summenscore addiert. Für die positive Dimension *Positives Denken* ergibt sich ein Gesamtwertebereich von 0 bis 42 und für *Suchen nach sozialer Unterstützung* jener von 0 bis 15. Für die negative Subskala *Vermeidung* wird der Gesamtwertebereich auf 0 bis 27 festgelegt und für Negatives Denken auf 0 bis 21. Als positives Copingverhalten werden hohe Werte in den Skalen „*Positives Denken*“ und „*Suchen nach Sozialer Unterstützung*“ und niedrige Werte in den Skalen „*Negatives Denken*“ und „*Vermeidung*“ interpretiert.

Sowohl die Reliabilität, als auch die Validität des Verfahrens kann als zufriedenstellend angesehen werden. Die inneren Konsistenzen (Cronbach's Alpha) liegen für die Skala „*Positives Denken*“ bei .90, für „*Negatives Denken*“ bei .76, für „*Suchen nach Sozialer Unterstützung*“ bei .82 und für die Skala „*Vermeidung*“ bei .71. Weiters konnten die vier Subskalen, die für die englische Originalversion ermittelt wurden, durch eine Hauptkomponentenanalyse repliziert werden.

6.2.5 Beck Depressions-Inventar (BDI)

Das ursprünglich von Beck entwickelte und von Hautzinger, Bailer, Worall und Keller (1995) ins Deutsche übersetzte BDI, stellt ein Screeningverfahren zur Erfassung des Schweregrads depressiver Symptomatik dar. Das BDI kann einzeln oder in Gruppen bei Personen im Alter von 18 bis 80 Jahren eingesetzt werden. Der Selbstbeurteilungsfragebogen besteht aus insgesamt 21 Items, die verschiedene depressive Symptome, wie beispielsweise Schuldgefühle, Reizbarkeit, Schlafstörungen oder Appetitverlust, erfragen. Jedes Item beinhaltet vier Aussagen, die die depressiven Symptome in aufsteigender Schwere und zunehmender Beeinträchtigung mittels einer vierstufigen Ratingskala von 0 (nicht vorhanden) bis 3 (starke Ausprägung) beschreiben und hinsichtlich ihres Auftretens während der letzten Woche und des aktuellen Tages beurteilt werden sollen.

Itembeispiel aus dem BDI (Item E):

-
- 0 Ich habe keine Schuldgefühle.
 - 1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
 - 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
 - 3 Ich habe immer Schuldgefühle.
-

Falls mehrere Aussagen eines Items zutreffend sind, kann auch mehr als eine Aussage angekreuzt werden. Im Rahmen der Auswertung wird allerdings je Item nur jene Aussage mit dem höchsten Punktwert herangezogen. Der Gesamtsummenwert wird durch Addition aller angekreuzten Aussagen

gebildet und kann zwischen 0 und 63 liegen. Werte unter 11 Punkten gelten als unauffällig, Werte zwischen 11 und 17 weisen auf eine mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin und jene ab 18 Punkten werden als klinisch relevant interpretiert.

Hinsichtlich der Reliabilität weist das BDI hohe Werte auf, so liegt die innere Konsistenz (Cronbach's Alpha) in Abhängigkeit von der Stichprobe zwischen .73 und .95. Das Instrument verfügt weiters über eine zufriedenstellende Validität. Die inhaltliche Validität ist auch nach Einführung neuer Diagnosesysteme (z.B. ICD-10) gegeben. Die Sensitivität gegenüber therapiebedingten Veränderungen kann ebenfalls als gegeben angenommen werden, welche als Maß für eine hohe äußere Validität gilt.

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

Im Rahmen der ersten Datenerhebung sollten vor Therapiebeginn verschiedene Themenbereiche, die ausgehend von der aktuellen Literatur (vgl. u.a. Maercker, 2002) einen besonderen Stellenwert für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit besitzen könnten und deshalb in der Therapie aufgegriffen werden sollten, bewertet werden. Aufgelistet wurden insgesamt 10 Items, die in die drei Skalen „Soziales“, „Berufliches“ und „Persönliches“ gegliedert wurden und mittels einer fünfstufigen Ratingskala (0 = unwichtig bis 4 = äußerst wichtig) auf ihre persönliche Wichtigkeit hin beurteilt werden sollten. In der Skala „Soziales“ wurden Themen wie der Verlust nahestehender Personen sowie familiäre und soziale Belastungen angeführt. Unter „Berufliches“ wurden einerseits Belastungen im Beruf und andererseits Belastungen durch den Verlust beruflicher Tätigkeiten aufgelistet. Die Skala „Persönliches“ umfasst Belastungen durch körperliche und geistige Einschränkungen als auch durch Minderwertigkeitsgefühle, den Verlust der Eigenständigkeit sowie finanzielle Probleme. Es wurde hierbei darauf geachtet, dass alle Themenbereiche neutral und altersunabhängig formuliert sind, sodass jedes Item für jede Altersgruppe zutreffend sein kann.

Itembeispiel aus der Subskala „Berufliches“ zum Messzeitpunkt 1:

Belastungen durch den Verlust beruflicher Tätigkeiten (z.B. durch Pensionierung, Arbeitslosigkeit)

- 0 unwichtig
 - 1 mäßig wichtig
 - 2 wichtig
 - 3 sehr wichtig
 - 4 äußerst wichtig
-

Gegen Ende der Therapie sollten im Zuge der zweiten Testung mittels einer fünfstufigen Ratingskala (0 = gar nicht bis 4 = in idealem Ausmaß) dieselben Items erneut bewertet werden, um eine persönliche Einschätzung der Studienteilnehmer darüber zu erhalten, inwieweit im Therapieverlauf auf die genannten Themenbereiche eingegangen wurde.

Itembeispiel aus der Subskala „Persönliches“ zum Messzeitpunkt 2:

Belastungen durch geistige Einschränkungen (z.B. Gedächtnis- oder Konzentrationsprobleme, nachlassende Merkfähigkeit, etc.)

0 gar nicht

1 zu wenig

2 mäßig

3 ausreichend

4 in idealem Ausmaß

6.2.7 „Fragebogen zur Teilnahme an Therapieangeboten und zur Patientenzufriedenheit (TH3)“

Den letzten Teil der Fragebogenbatterie bildete eine Liste aller Therapieangebote des Anton Proksch Instituts, die neben dem regulären Basisprogramm auch weitere Zusatzangebote, wie beispielsweise komorbiditätsspezifische Interventionen, sport- und bewegungszentrierte Module oder Kreativtherapien enthält. Alle Teilnehmer sollten nach Therapiebeendigung angeben, an welchen Programmen sie teilgenommen haben, um einen möglichen Einfluss der Teilnahme an Zusatzangeboten auf den Therapieerfolg als Kontrollvariable miterheben zu können.

Mittels dreier abschließender Items wurde schließlich noch erfragt, wie zufrieden (0 = gar nicht zufrieden bis 4 = äußerst zufrieden) die Patienten einerseits mit ihren Therapeuten und andererseits mit ihrem Therapieaufenthalt waren und für wie hilfreich (0 = gar nicht hilfreich bis 4 = äußerst hilfreich) sie die therapeutischen Angebote einstufen würden.

6.3 Statistische Verfahren zur Datenverarbeitung und -auswertung

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mithilfe des Statistikprogramms SPSS („Statistical Package for Social Science“) in der Version 20 für Windows. Die verwendeten Verfahren umfassen einerseits deskriptivstatistische Methoden zur Beschreibung der Stichprobe, zur näheren Erläuterung hypothesenprüfender Ergebnisse sowie zur Darstellung der persönlich wichtigen

Problembereiche der Patienten. Weiters kamen auch inferenzstatistische Methoden im Rahmen der Hypothesentestung zur Anwendung. Diese sollen im folgenden Abschnitt genauer vorgestellt werden.

6.3.1 Deskriptivstatistik

Die Beschreibung der Stichprobencharakteristika erfolgte mittels deskriptiver Statistik, im Zuge dessen die erhobenen Aspekte *Alter, Nationalität, Schulbildung, Beruf, Familienstand, Wohnsituation, soziales Umfeld, Abstinenzphasen* sowie *physische* und *psychische Erkrankungen* durch Kreis- und Balkendiagramme sowie mittels statistischer Kennwerte (χ^2 -Verteilung) veranschaulicht werden.

6.3.2 Inferenzstatistische Methoden

Die Überprüfung der Hypothesen untergliedert sich in eine Vor- und Hauptanalyse. Die *Voranalyse* dient der Erhebung der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität*, der *personellen Ressourcen* und der *Stressbewältigung* zum ersten Messzeitpunkt, um Aufschluss über etwaige Gruppenunterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe, den Subgruppen der Versuchsgruppe, sowie zwischen Therapieabbrechern und –absolventen zu Therapiebeginn zu erhalten. Hierfür wurde eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA) verwendet.

Zur *Prüfung der Hauptfragestellung*, die sich auf mögliche Unterschiede in der Veränderung der genannten Faktoren über die beiden Testzeitpunkte zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe, sowie den Subgruppen der Versuchsgruppe bezieht, wurde eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung (Repeated Measurement MANOVA) berechnet. Als abhängige Variablen wurden jene Komponenten bezeichnet, die mittels SF-36, FERUS und CBI-G die interessierenden Faktoren erfassen. Als unabhängige Variable galt die Bedingung der jeweiligen Gruppenzugehörigkeit (VG vs. KG bzw. EO, LO vs. RA).

6.3.3 Voraussetzungen für die statischen Verfahren

Die Voraussetzungen für die Anwendung multivariater Mehrfachmessungen umfassen ein Intervallskalenniveau der Daten, Normalverteilung der Daten je Gruppe, Homogenität der Varianzen sowie Sphärizität.

Das *Intervallskalenniveau der Daten* in der nachfolgenden Studie kann angenommen werden, da es sich bei den erhobenen Faktoren *gesundheitsbezogene Lebensqualität, personelle Ressourcen* und

Stressbewältigung um Daten handelt, die mittels eines Punktesystems erfasst wurden, welches einer stetigen Verteilung unterliegt. Die *Normalverteilung* wurde mittels *Kolmogorov-Smirnov-Test* (K-S-Test) berechnet – ein nicht signifikantes Ergebnis ($p > 0.05$) spricht hierbei für die Normalverteilung der Daten pro Gruppe. Die Überprüfung der *Homogenität der Varianzen* erfolgte mittels *Levene-Test*, wobei auch hier gilt, dass diese Voraussetzung bei einem nicht signifikanten Ergebnis ($p > 0.05$) als erfüllt anzunehmen ist. Die *Sphärizität* gibt Aufschluss darüber, ob die Differenzen zwischen den Messzeitpunkten dieselbe Varianz aufweisen – da in dieser Studie lediglich zwei Messzeitpunkte angesetzt wurden, konnte die Sphärizität nicht berechnet werden und wurde somit als gegeben angenommen.

Bei einer Verletzung der Voraussetzungen wurden dennoch die vorgesehenen Verfahren durchgeführt, da multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung laut Field (2009) sowie Bortz und Döring (2006) robust gegenüber diesen Verletzungen sind und darüber hinaus keine geeigneten parameterfreien Verfahren zur Verfügung stehen.

Da bei allen hier verwendeten hypothesenprüfenden Verfahren eine ungleiche Stichprobenanzahl vorliegt und dies die Wahrscheinlichkeit eines Typ-1-Fehlers (Alpha-Fehler) erhöht, wurde zusätzlich auch der Box-M-Test berücksichtigt – ein signifikantes Ergebnis ($p \leq 0.001$) ist hierbei als Voraussetzungsverletzung anzusehen und hält dazu an, das jeweilige Ergebnis mit Vorsicht zu interpretieren. Die statistische Überprüfung der Voraussetzungen wird in den jeweiligen Kapiteln gesondert berichtet.

6.3.4 Multivariate Analyse

Das Signifikanzniveau (p) wird in dieser Untersuchung auf .05 festgelegt. Der statistische Kennwert der Varianzanalyse wird als F-Wert bezeichnet, der bei einem p kleiner als .05 als statistisch signifikant gilt. Zusätzlich wird in der vorliegenden Studie der Parameter η^2 (partielles Eta-Quadrat bzw. Effektstärke) angeführt, welcher den prozentualen Anteil der erklärten Varianz an der Gesamtvarianz auf Stichprobenebene angibt, d.h. die Effektstärke der Ergebnisse berichtet. Nach Cohen (1988) gilt ein η^2 von .01 als schwacher, jenes von .06 als mittlerer und jenes von .14 als ein starker Effekt.

7 Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Studie dargestellt. Im Zuge dessen werden die soziodemografischen Merkmale der Stichprobe erläutert, sowie die im Kollegium ausgearbeiteten Ergebnisse der empirischen Untersuchung zu den gemeinsamen statistischen Fragestellungen und Hypothesen präsentiert. *Ergebnisse zu den Fragestellungen und Hypothesen der beiden Schwerpunktbereiche – in der vorliegenden Arbeit die Stressbewältigung – werden individuell von der jeweiligen Verfasserin dargestellt.* Abschließend wird eine Analyse der Kontrollvariablen vorgenommen.

7.1 Beschreibung der Stichprobe

Im Zeitraum von Jänner bis Juni 2012 wurden insgesamt 126 Personen rekrutiert, die die Voraussetzungen für eine Studienteilnahme erfüllten (siehe Kapitel 5.3). An der ersten Testung nahmen 86 Personen teil – von diesen ersten Teilnehmern brachen fünf die Therapie vorzeitig ab und weitere elf Personen verweigerten die Teilnahme an der zweiten Untersuchung oder wurden vorzeitig entlassen, so dass sie das festgelegte Kriterium einer mindestens sechswöchigen Therapiezeit nicht erfüllten. Daraus resultierte eine Anzahl von 70 Teilnehmern an der zweiten Testung. Vier Datensätze der ersten Erhebung mussten aufgrund von unvollständigen oder zweifelhaften Angaben (z.B. Auslassen mehrerer einzelner Items oder ganzer Seiten, offensichtliche Falschangaben wie beispielsweise eine durchgehende Markierung einer bestimmten Antwortkategorie in den Fragebögen, etc.) aussortiert werden. Von der zweiten Befragung konnten drei Datensätze aus genannten Gründen nicht verwendet werden. Durch Berücksichtigung sämtlicher nicht zu den Befragungsterminen erschienenen Personen und unter Ausschluss nicht verwertbarer Fragebögen resultierten letztlich 63 vollständige Versuchspersonendaten, sowie 16 Datensätze, die nur den ersten Befragungszeitpunkt inkludierten.

7.1.1 Aufteilung in Untersuchungsgruppen

Von den 63 *Therapieabsolventen (TB)*, die beide Datenerhebungen durchliefen, konnten 36 Personen der *Kontrollgruppe (KG)* und 27 Personen der *Versuchsgruppe (VG)* zugeordnet werden. Im Zuge einer genaueren Auseinandersetzung mit der VG konnten unter Hinzuziehung der Angaben zum Abhängigkeitsbeginn, der Dauer möglicher Abstinenzphasen und dem Alter bei Rückfälligkeit, alle Personen der VG einer der drei vorab festgelegten Subgruppen zugeordnet werden. Davon ausgehend wurden zwölf ältere Alkoholabhängige als *Early-onset (EO)*, acht als *Late-onset (LO)* und sieben als

Rezidiv-Abhängige (RA) klassifiziert. Jene 16 Personen, die nur zum ersten Befragungstermin erschienen, wurden unter *Therapieabbrecher (TA)* zusammengefasst.

7.1.2 Alter der Studienteilnehmer

Das Durchschnittsalter in der KG belief sich auf rund 40 Jahre mit einer Standardabweichung von acht Jahren. Zum ersten Datenerhebungszeitpunkt war die jüngste Person in der KG 21, die ältesten Personen 49 Jahre. In der VG ergab sich ein Durchschnittsalter von 56 Jahren mit einer Standardabweichung von fünf Jahren. In der Gruppe der älteren Abhängigen war das jüngste Alter mit 50 Jahren zu verzeichnen, der älteste Teilnehmer wies ein Alter von 70 Jahren auf (siehe Abb. 7.1.1).

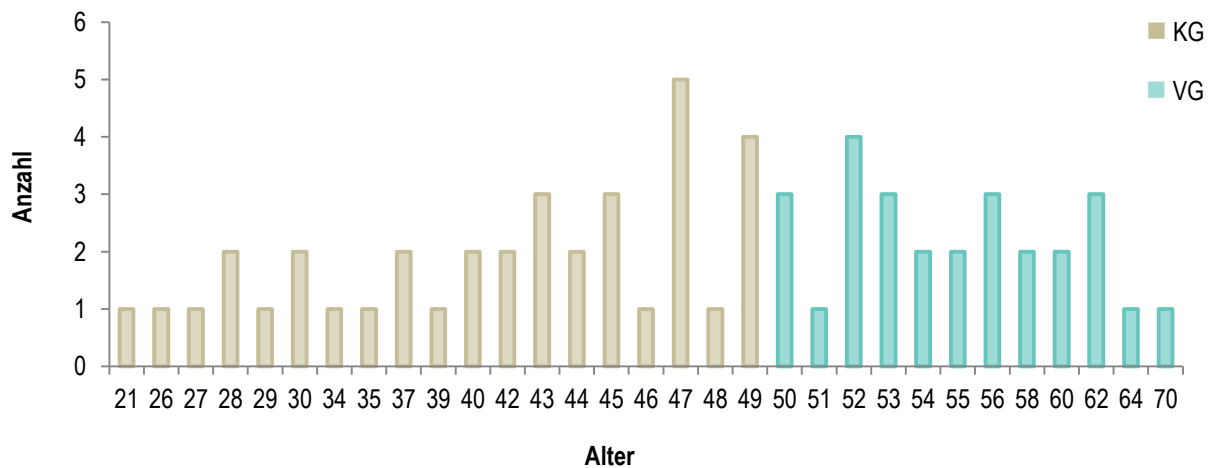


Abbildung 7.1.1: Altersverteilung in der Gesamtstichprobe.

12 (75%) der 16 Therapieabbrecher konnten der KG, vier (25%) der VG zugeordnet werden. Das Durchschnittsalter lag bei 43 Jahren mit einer Standardabweichung von acht Jahren (siehe Abb. 7.1.2).

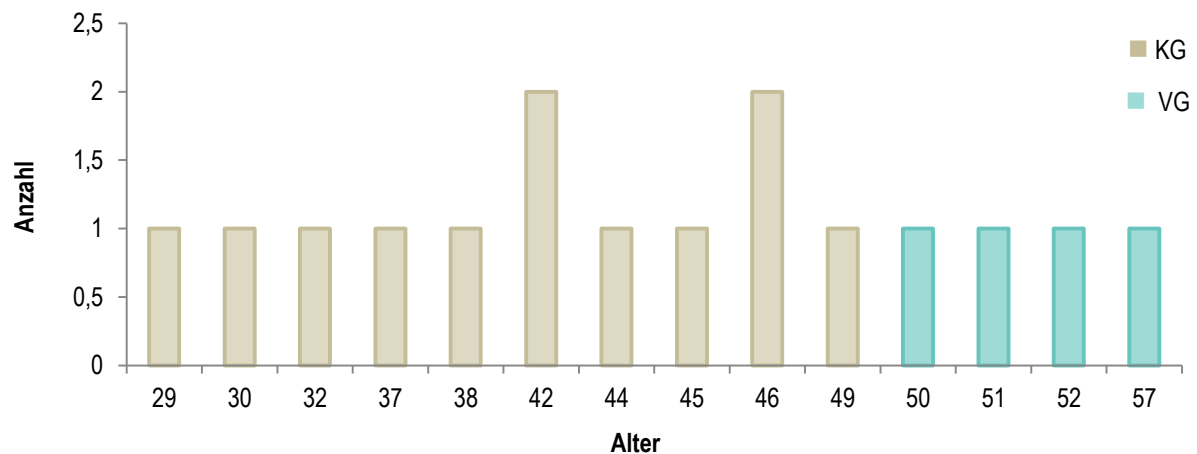


Abbildung 7.1.2: Altersverteilung in der Gruppe der TA.

7.1.3 Nationalität

Von den 63 Studienteilnehmern wählte die Mehrheit mit rund 94% Österreich als Nationalität aus. Vier Personen gaben an, aus einem anderen Land zu stammen bzw. in einem anderen Land beheimatet zu sein – genannt wurden in diesem Zusammenhang Deutschland, Großbritannien und Serbien.

7.1.4 Schulabschluss und Bildungsgrad

21 Personen und somit die überwiegende Mehrheit der KG (58,3%) gab als höchste abgeschlossene Schulausbildung eine Lehre/Berufsschule an. Jeweils drei Personen (8,3%) berichteten einen Pflichtschulabschluss bzw. einen Abschluss an einer Fachhochschule oder Universität. Fünf Personen (13,9%) absolvierten eine Fachschule ohne Matura und vier Personen (11,1%) die Matura.

Die Angaben der VG verteilten sich gleichmäßiger auf die fünf Kategorien – acht der insgesamt 27 als ältere Alkoholabhängige klassifizierten (29,6%) wählten eine Lehre/ Absolvierung der Berufsschule als höchsten Bildungsgrad. Jeweils sechs Personen (22,2%) dieser Gruppe hatten eine Fachschulausbildung mit bzw. ohne Matura. Danach folgten fünf Teilnehmer (18,5%) mit einem abgeschlossenen Studium an einer Fachhochschule oder Universität, sowie zwei Personen (7,4%) mit abgeschlossener Pflichtschule (siehe Abb. 7.1.3). Bezugnehmend auf den Schulabschluss in der VG und KG zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ($X^2 = 5.852$; $p = 0.210$).

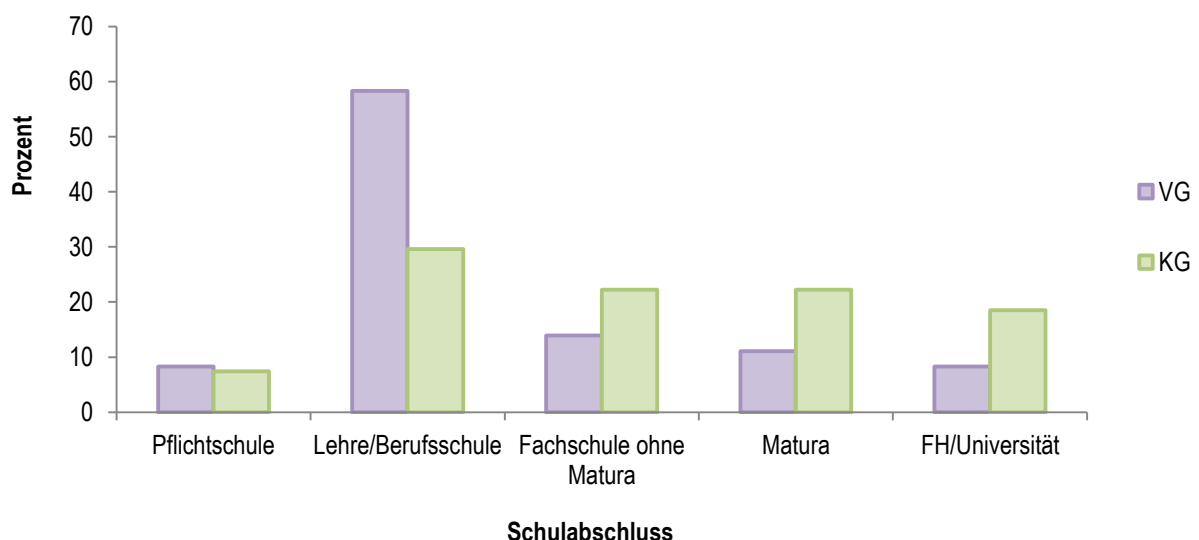


Abbildung 7.1.3: Bildungsniveau der VG und KG.

7.1.5 Beruf

Bei der Frage nach dem derzeitigen Beruf gaben 17 Personen der KG (47,2%) an, berufstätig zu sein. Ein vergleichbarer Anteil der Teilnehmer mit 15 Personen (41,7%) war zum Befragungszeitpunkt nicht erwerbstätig. Jeweils zwei Personen (5,6%) waren bereits in Frühpension bzw. wählten die Kategorie „Sonstiges“. Keine Person aus der KG berichtete, bereits pensioniert zu sein.

Auch der Großteil der VG mit elf Personen (40,7%) wählte die Berufstätigkeit aus. Darauf folgten sechs Personen (22,2%), die bereits in Pension waren und jeweils fünf Personen (18,5%), die anmerkten nicht erwerbstätig bzw. in Frühpension zu sein. Die Kategorie „Sonstiges“ wurde von keinem Teilnehmer gewählt (siehe Abb. 7.1.4). VG und KG unterscheiden sich marginal signifikant in ihrer beruflichen Situation ($\chi^2 = 14.583$; $p = 0.06$).

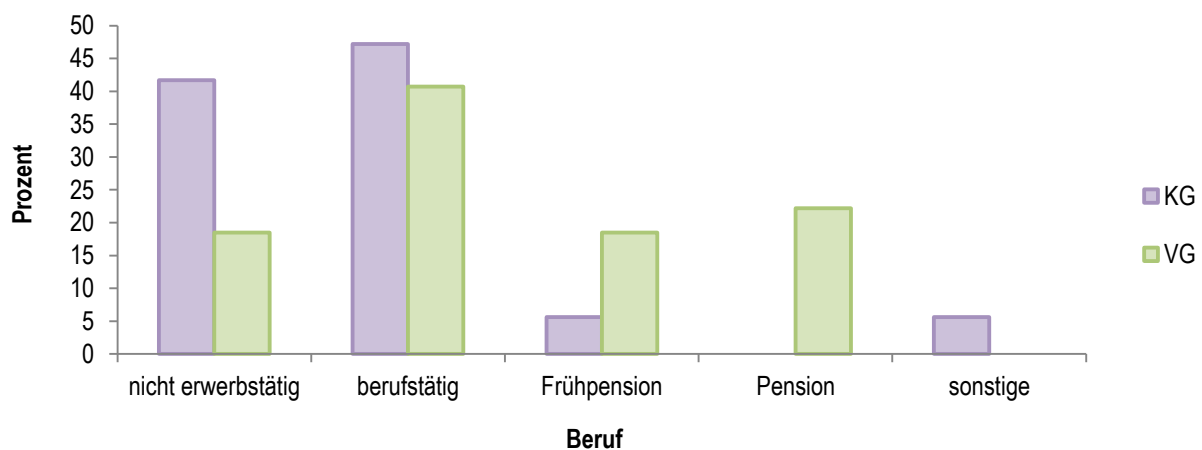


Abbildung 7.1.4: Berufliche Situation der VG und KG.

Die genauere Analyse der Subgruppen der VG ergab, dass fünf Personen der Subgruppe EO (41,7%) bereits in Pension waren, gefolgt von drei berufstätigen Personen (25%) und jeweils zwei Personen (16,7%), die nicht erwerbstätig bzw. in Frühpension waren.

Die überwiegende Mehrheit der LO Alkoholabhängigen mit sechs Personen (75%) war berufstätig. Jeweils eine Person (12,5%) gab an, nicht erwerbstätig bzw. pensioniert zu sein. Keine Person, die als LO klassifiziert wurde, wählte die Kategorie „Pension“.

In der Gruppe der RA wurde am häufigsten die Frühpension (42,9%) gewählt. Jeweils zwei Personen (28,6%) berichteten berufstätig bzw. nicht erwerbstätig zu sein. Keine rezidiv-abhängige Person gab an, pensioniert zu sein (siehe Abb. 7.1.5). In Bezug auf die Berufssituation von EO, LO und RA zeigen sich marginal signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi^2 = 11.530$; $p = 0.073$).

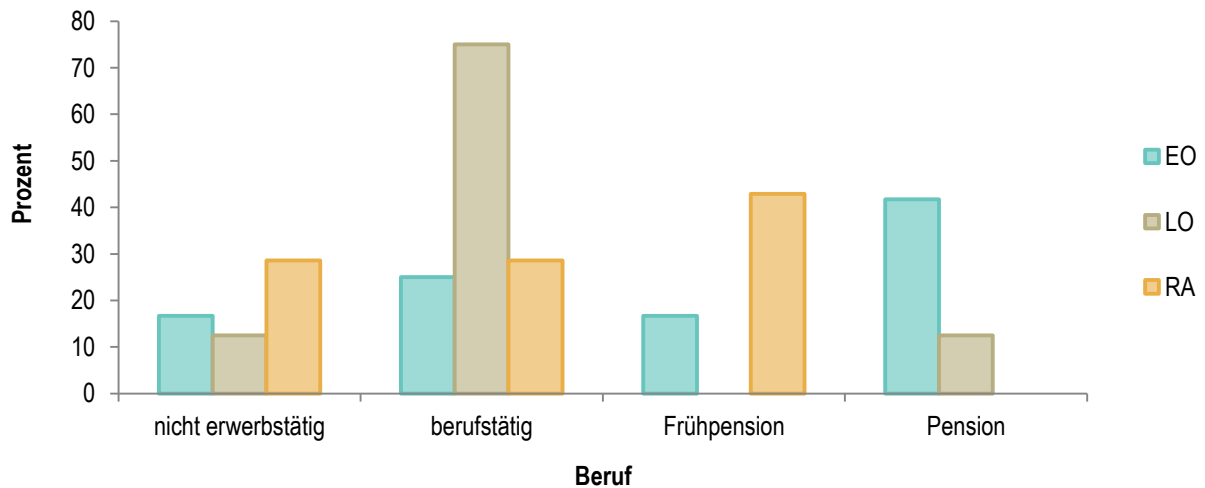


Abbildung 7.1.5: Berufliche Situation der EO, LO und RA.

Die Mehrheit der TA (75%) ging zum Befragungszeitpunkt keiner Arbeit nach. Acht Personen (50%) waren nicht erwerbstätig und jeweils zwei weitere Personen (12,5%) wählten die Alternative „Frühpension“ bzw. „Sonstiges“. Vier Personen (25%) berichteten, berufstätig zu sein. Unter den TA war keine Person, die bereits pensioniert war.

Von den befragten TB war rund die Hälfte (55,5%) ohne Beschäftigung. 20 Personen (31,7%) waren nicht erwerbstätig und sieben Teilnehmer (11,1%) in Frühpension. Sechs Personen (9,5%) waren bereits pensioniert und zwei Personen (3,2%) gaben bei der Frage nach ihrem Beruf „Sonstiges“ an. 28 Teilnehmer (44,4%) berichteten, berufstätig zu sein (siehe Abb. 7.1.6). Zwischen TA und TB zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich ihrer beruflichen Situation ($\chi^2 = 6.127$; $p = 0.190$).

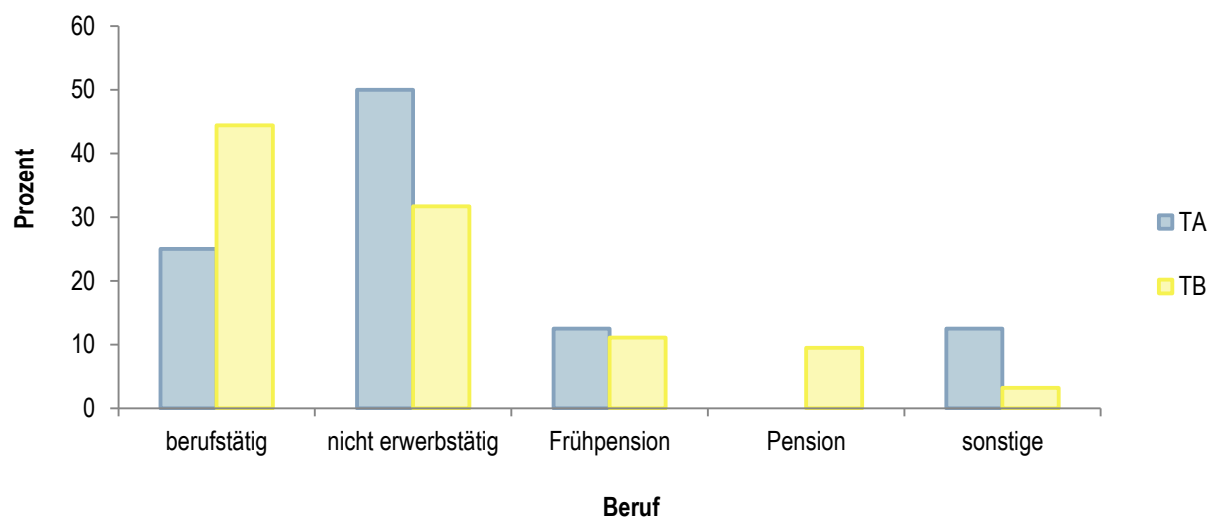


Abbildung 7.1.6: Berufliche Situation der TA und TB.

7.1.6 Familienstand

Der Großteil der Studienteilnehmer in der KG, 15 Personen (41,7%), war ledig. Neun Personen (25%) lebten in einer Beziehung, sechs Personen (16,7%) waren geschieden und fünf Personen (13,9%) gaben an, verheiratet zu sein. Nur ein Teilnehmer der KG (2,8%) war verwitwet.

Von den 27 Personen der VG waren 10 Personen (37%) verheiratet, sieben Personen (25,9%) geschieden und fünf Personen (18,5%) ledig. Drei Teilnehmer (11,1%) berichteten über eine Beziehung und zwei (7,4%) über eine Verwitwung (siehe Abb. 7.1.7). Die Angaben zum Familienstand unterscheiden sich zwischen VG und KG marginal signifikant ($X^2 = 8.974$; $p = 0.062$).

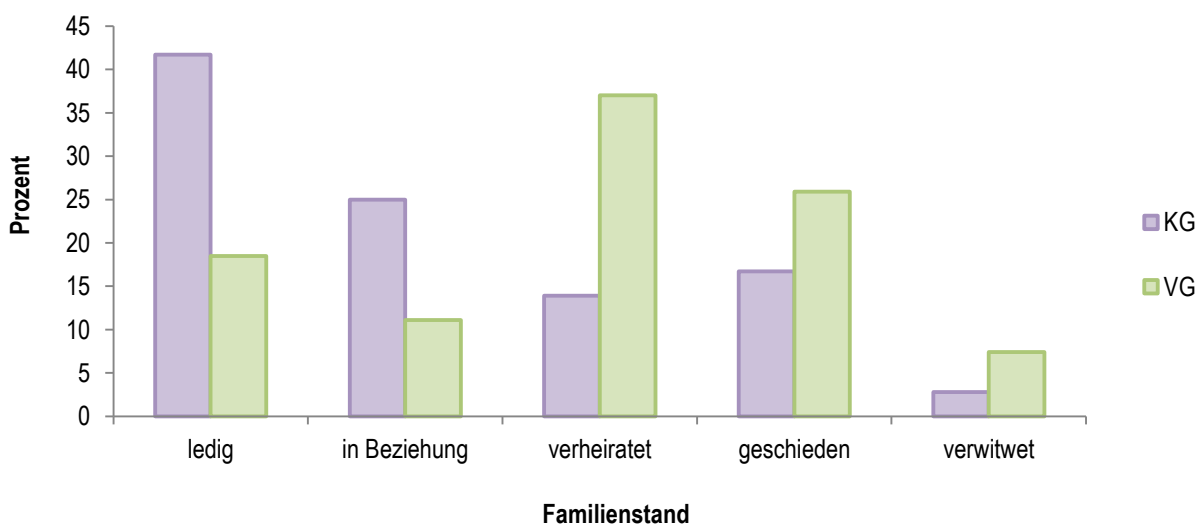


Abbildung 7.1.7: Familienstand der VG und KG.

Für die Subgruppen der VG zeigte sich, dass unter den EO jeweils drei Personen (25%) ledig, verheiratet oder geschieden waren. Zwei Personen (16,7%) lebten in einer Beziehung und ein Teilnehmer (8,3%) war verwitwet.

Die Hälfte der LO (50%) gab an, verheiratet zu sein, gefolgt von drei geschiedenen Personen (37,5%) und einer verwitweten Person (12,5%). Die Kategorien „ledig“ und „in einer Beziehung“ wurden von keinem LO Alkoholabhängigen gewählt.

Unter den RA berichteten drei Personen (42,9%) verheiratet und zwei Teilnehmer (28,6%) ledig zu sein, gefolgt von jeweils einer Person (14,3%), die in einer Beziehung bzw. geschieden war. Keiner der RA gab an, verwitwet zu sein (siehe Abb. 7.1.8). Zwischen EO, LO und RA zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich ihres Familienstandes ($X^2 = 5.914$; $p = 0.657$).

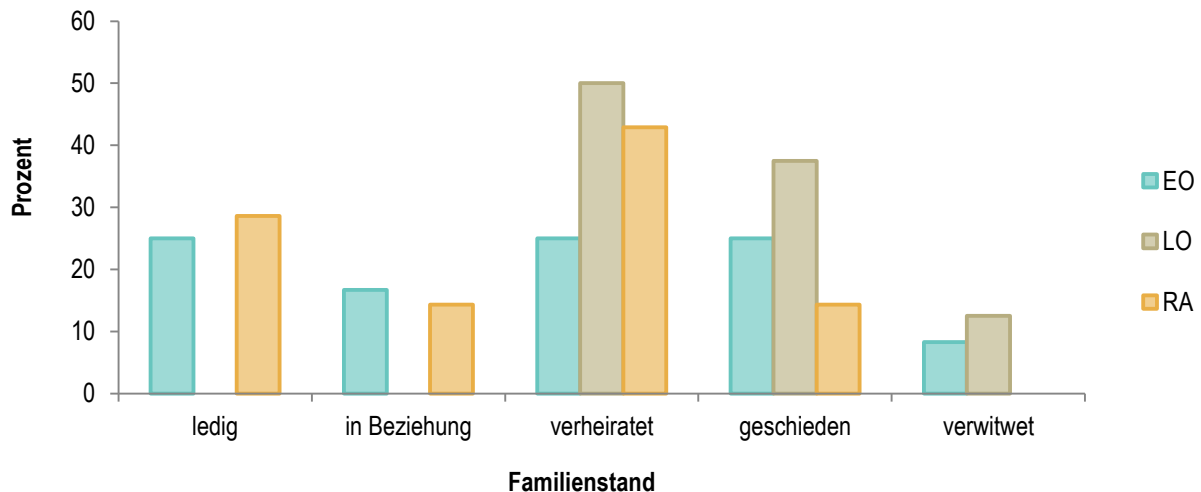


Abbildung 7.1.8: Familienstand der EO, LO und RA.

Bezugnehmend auf den Familienstand der TA zeigte sich, dass der Großteil (68,8%) ohne PartnerIn lebt – sieben Personen (43,8%) gaben an, ledig zu sein und vier Personen (25%) waren geschieden. Vier Personen (25%) berichteten verheiratet zu sein und ein Teilnehmer aus dieser Gruppe (6,3%) lebte in einer Beziehung.

Bei genauerer Betrachtung der familiären Situation in der Gruppe der TB zeigte sich, dass rund die Hälfte der Befragten (57,1%) zum Zeitpunkt der Datenerhebung keine bestehende Partnerschaft aufwies. 20 Personen (31,7%) waren ledig, 13 Personen (20,6%) geschieden und drei Teilnehmer (4,8%) gaben an, verwitwet zu sein. Eine bestehende Beziehung wurde von 12 Personen (19%) genannt und 15 Personen (23,8%) waren verheiratet (siehe Abb. 7.1.9). TA und TB unterscheiden sich in ihrem Familienstand nicht signifikant ($\chi^2 = 2.690$; $p = 0.611$).

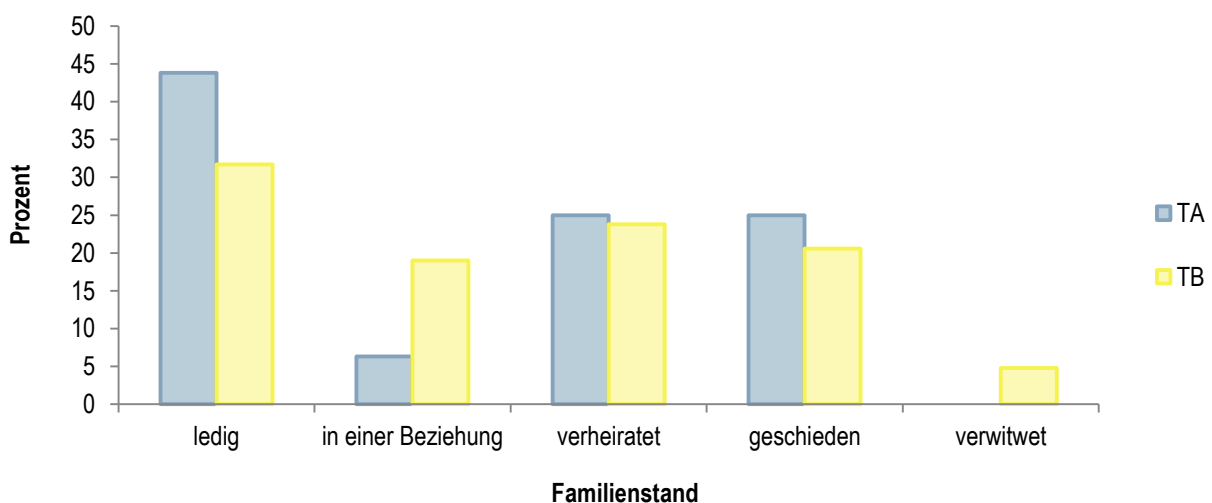


Abbildung 7.1.9: Familienstand der TA und TB.

7.1.7 Wohnsituation

In der KG gab die überwiegende Mehrheit mit 21 Personen (58,3%) an, allein zu leben. Danach folgten sechs Personen (16,7%), die mit Partnerin und vier Personen (11,1%), die mit PartnerIn und Kind/er zusammenwohnten. Drei Teilnehmer (8,3%) lebten bei den Eltern oder einem Elternteil und jeweils eine Person (2,8%) wohnte gemeinsam mit Kind/er bzw. in einer Wohngemeinschaft. Die Alternative „andere Wohnform“ wurde von keiner Person aus der KG gewählt.

Zehn Personen der VG (37%) lebten allein und neun Personen (33,3%) gaben an, sich den Haushalt mit einer Partnerin zu teilen. Fünf Teilnehmer (18,5%) lebten mit den Eltern oder einem Elternteil und zwei Personen (7,4%) mit Kind/ern zusammen. Eine Person (3,7%) wohnte in einer WG. Die Kategorien „Partnerin und Kind/ern“ sowie „andere Wohnform“ wurden in der VG nicht gewählt (siehe Abb. 7.1.10). Die Wohnsituation der VG und KG unterscheidet sich nicht statistisch signifikant ($\chi^2 = 8.219$; $p = 0.145$).

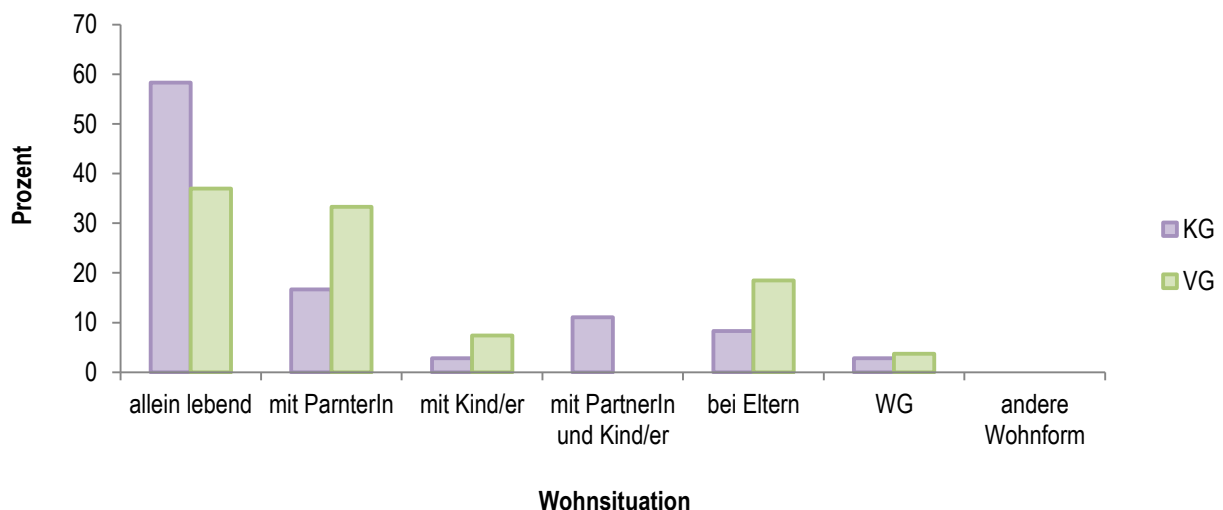


Abbildung 7.1.10: Wohnsituation der VG und KG.

In der Gruppe der EO gaben jeweils vier Personen (33,3%) an, allein bzw. bei den Eltern zu wohnen, zwei Personen (16,7%) teilten sich den Haushalt mit einer Partnerin und jeweils eine Person (8,3%) lebte mit Kind/ern zusammen bzw. in einer Wohngemeinschaft.

Unter den LO Teilnehmern wurden überhaupt nur zwei der sechs möglichen Kategorien gewählt – so berichtete die Mehrheit der Teilnehmer, mit fünf Personen (62,5%) gemeinsam mit einer Partnerin zu leben und drei Personen (37,5%) waren allein lebend.

Drei Rezidiv-Abhängige (42,9%) lebten allein, zwei (28,6%) wohnten mit einer Partnerin zusammen und jeweils eine Person (14,3%) gab an, mit Kind/er bzw. bei den Eltern zu leben (siehe Abb. 7.1.11). EO, LO und RA unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich ihrer Wohnsituation ($\chi^2 = 8.473$; $p = 0.389$).

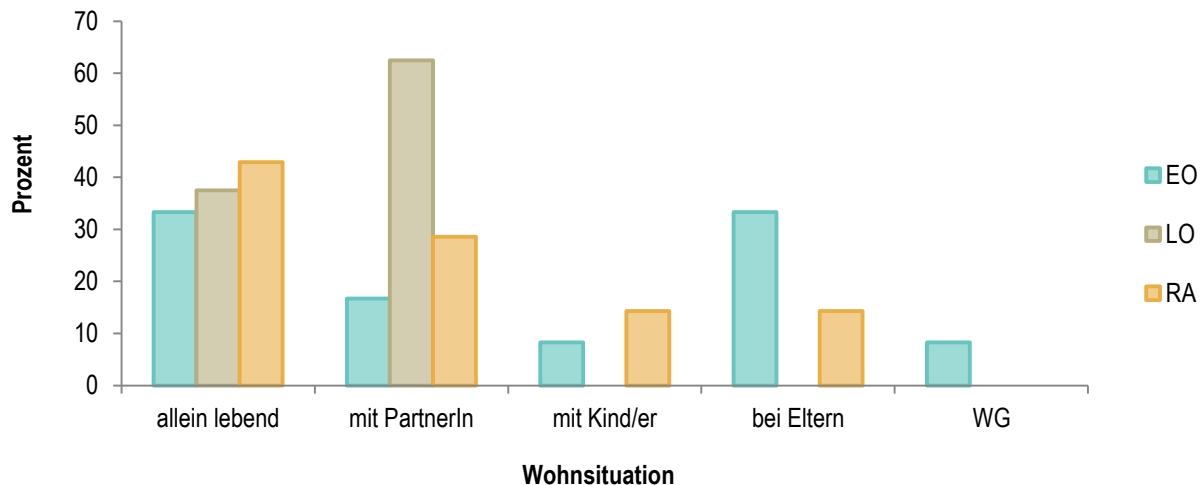


Abbildung 7.1.11: Wohnsituation der EO, LO und RA.

Die Hälfte der TA (50%) war zum Zeitpunkt der Datenerhebung allein lebend. Vier Personen (25%) teilten sich einen gemeinsamen Haushalt mit PartnerIn und eine Person (6,3%) mit PartnerIn und Kind/er. Jeweils eine Person (6,3%) wohnte bei den Eltern oder in einer Wohngemeinschaft bzw. wählte die Antwortmöglichkeit „andere Wohnform“.

Auch der Großteil der TB (49,2%) gab an, allein zu leben. Ein Zusammenleben mit PartnerIn wurde von 15 Personen (23,8%) bejaht, vier Personen (6,3%) wohnten gemeinsam mit PartnerIn und Kinder/er und drei weitere Personen (4,8%) nur mit Kind/er. Acht Personen (12,7%) lebten mit Eltern bzw. einem Elternteil zusammen und zwei Personen (3,2%) in einer Wohngemeinschaft (siehe Abb. 7.1.12). In Bezug auf die Wohnsituation zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe der TA und TB ($\chi^2 = 5.492$; $p = 0.482$).

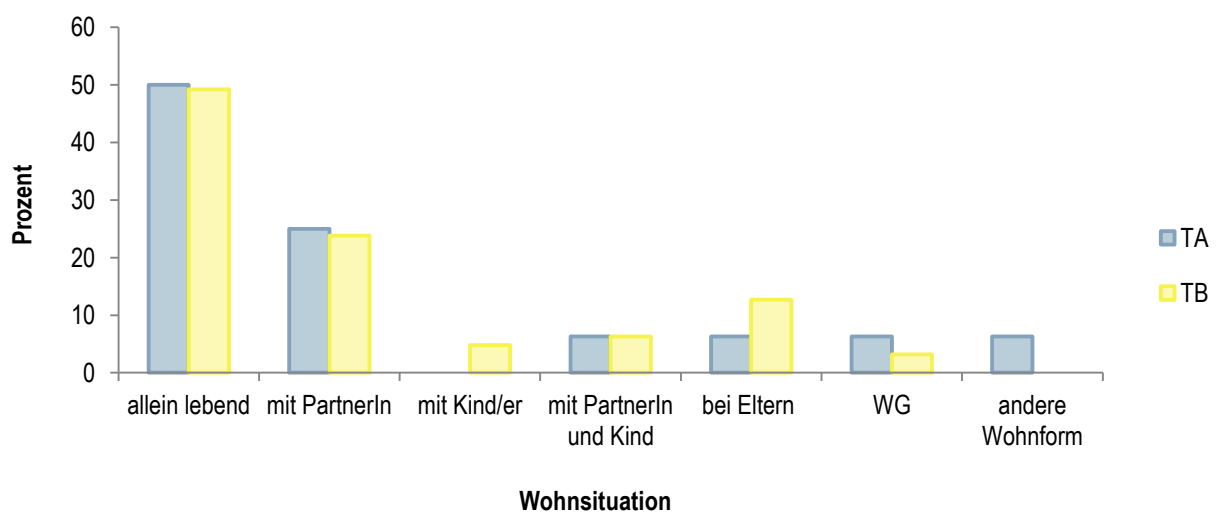


Abbildung 7.1.12: Wohnsituation der TA und TB.

7.1.8 Soziales Umfeld

Das soziale Umfeld und eine damit verbundene Eingebundenheit und soziale Unterstützung wurde durch die Anzahl von nahestehenden und persönlich wichtigen Freunden und Bekannten operationalisiert.

Die Mehrheit der KG mit 21 Personen (58,3%), gab in diesem Zusammenhang an, zum Zeitpunkt der Erhebung mehr als vier wichtige Freunde zu haben, gefolgt von 14 Personen (38,9%), die über zwei bis vier Freunde berichteten und einer Person (2,8%), die einen nahestehenden Bekannten hatte. Keine Person aus der KG gab an, keinen Freund zu besitzen.

In der VG wurden 18 Personen (66,7%) verzeichnet, die in ihrem Umfeld mehr als vier Freunde hatten. Sieben Personen (25,9%) besaßen zwei bis vier nahestehende Bekannte und zwei Personen (7,4%) hatten einen wichtigen Freund. Auch in der VG berichtete kein Teilnehmer darüber, niemanden zu kennen, der einem persönlich nahesteht. Das soziale Umfeld von VG und KG ist nicht signifikant unterschiedlich ($X^2 = 1.645$; $p = 0.439$).

In der Gruppe der EO gaben acht Personen (66,7%) mehr als vier Freunde an, drei Personen (25%) berichteten über zwei bis vier Bekannte und ein Teilnehmer (8,3%) hatte in seinem persönlichen Umfeld einen Freund. Unter den LO Alkoholabhängigen wies jede Person (100%) mehr als vier Freunde auf. Die Mehrheit der RA (57,1%) besaß zwei bis vier Freunde, zwei Personen (28,6%) nannten mehr als vier wichtige Bekannte und ein Teilnehmer (14,3) verfügte über eine persönlich wichtige Person (siehe Abb. 7.1.13). EO, LO und RA unterscheiden sich marginal signifikant hinsichtlich ihres sozialen Umfeldes ($X^2 = 8.620$; $p = 0.071$).

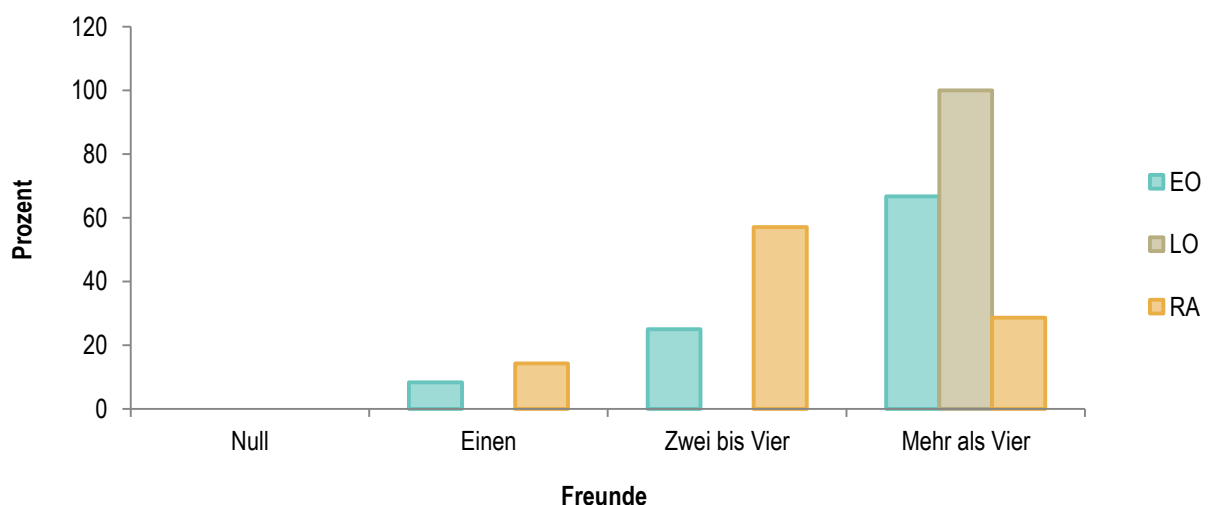


Abbildung 7.1.13: Anzahl nahestehender Personen in den Subgruppen der VG.

Jeweils sieben Personen (43,8%) aus der Gruppe der TA nannten zwei bis vier bzw. mehr als vier Freunde. Desweiteren wurde ein Teilnehmer (6,3%) verzeichnet, dessen soziales Umfeld aus einem nahestehenden Bekannten bestand und eine Person (6,3%) gab an, zurzeit keinen engen Freund zu haben.

Unter den TB verfügte der Großteil der Befragten, mit 39 Personen (61,9%) über ein ausgeprägtes soziales Umfeld mit mehr als vier engen Freunden. 21 Personen (33,3%) besaßen zwei bis vier nahestehende Freunde und drei Teilnehmer (4,8%) berichteten über eine Bezugsperson im persönlichen Umfeld. Es konnte in der Gruppe der TB niemand verzeichnet werden, der keinen Freund bzw. engen Bekannten hatte (siehe Abb. 7.1.14). TA und TB unterscheiden sich in Bezug auf ihr soziales Umfeld nicht statistisch signifikant ($X^2 = 5.603$; $p = 0.692$).

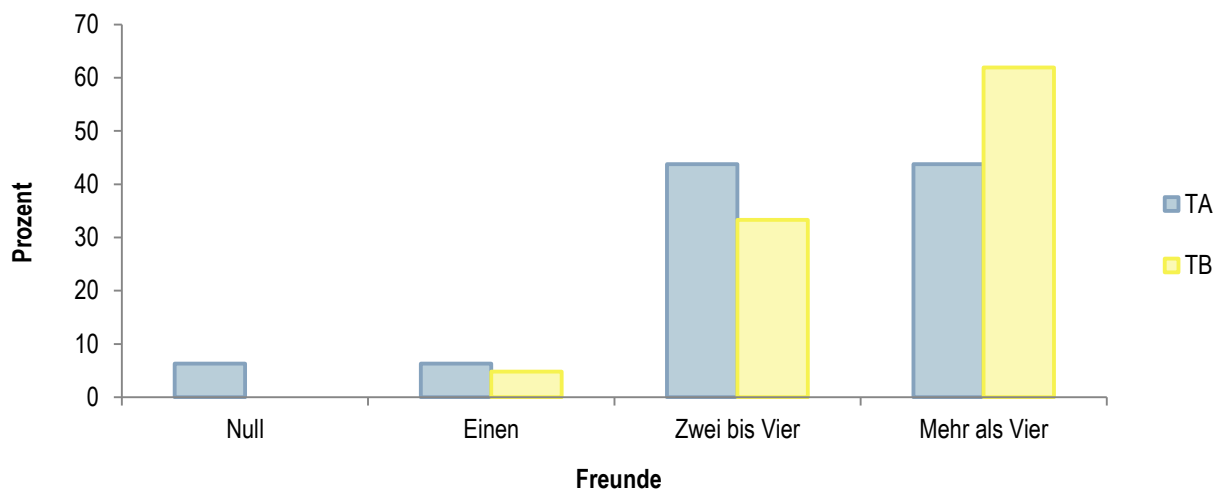


Abbildung 7.1.14: Anzahl nahestehender Personen in der Gruppe der TA und TB.

7.1.9 Abstinenzphasen

In der KG gaben 26 (72,2%) der insgesamt 36 Teilnehmer an, seit Beginn ihrer Alkoholabhängigkeit noch keine abstinenten Phase durchlebt zu haben. Vier der restlichen, zur KG zählenden Personen (11,1%) durchliefen bis jetzt eine Abstinenzphase und zwei Personen (5,6%) zweier solcher Phasen. Jeweils eine Person (2,8%) berichtete über drei, fünf, sechs und acht abstinenten Phasen.

In der Gruppe der älteren Alkoholabhängigen waren insgesamt 13 Personen (48,1%) zu verzeichnen, die noch keine abstinenten Phase im Laufe ihrer Suchterkrankung hatten. Fünf Personen (18,5%) nannten eine bisherige Abstinenzphase und vier Personen (14,8%) gaben vier Phasen ohne Alkoholkonsum an. Danach folgten zwei Teilnehmer (7,4%) mit drei und eine Person (3,7%) mit zwei abstinenten Phasen. Eine ältere alkoholabhängige Person (3,7%) durchlief im Laufe ihres Lebens 15 Abstinenzphasen. In beiden Gruppen wurde eine Person vermerkt, die das Durchleben einer

Abstinenzphase zwar bejahte, allerdings keine Angaben zur Anzahl der Phasen machte. VG und KG unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Abstinenzphasen nicht signifikant ($\chi^2 = 11.805$; $p = 0.160$). Die drei Subgruppen der VG unterscheiden sich marginal signifikant ($\chi^2 = 16.018$; $p = 0.099$) – zwei Personen der LO (25%), fünf der EO (41,7%) und alle Personen der RA (100%) hatten Erfahrung mit Abstinenzphasen.

7.1.10 Psychische Erkrankungen

Sowohl neun Personen der KG (25%) als auch der VG (33,3%) berichteten über psychische Erkrankungen. Bei genauerer Betrachtung der VG zeigte sich, dass von diesen neun Personen, vier den EO (33,3%), drei den LO (37,5%) und zwei den RA (28,6%) zugeordnet werden können.

In der KG wurden in diesem Zusammenhang am häufigsten Depressionen (38,4%) und Burnout (30,7%) genannt, gefolgt von keinen genaueren Angaben (15,4%), bipolaren (7,7%) und Angststörungen (7,7%) (siehe Abb. 7.1.15).

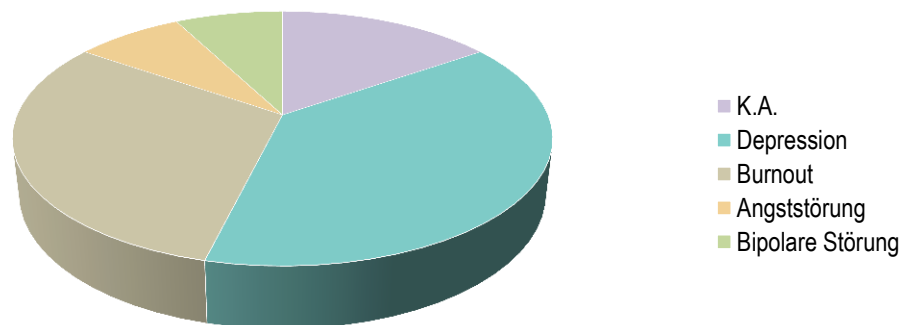


Abbildung 7.1.15: Psychische Erkrankungen in der KG.

In der VG war die meist genannte psychische Erkrankung Depression (63,6%). Danach folgten Burnout (18,2%), bipolare Störungen (9,1%) und Angststörungen (9,1%) (siehe Abb. 7.1.16).

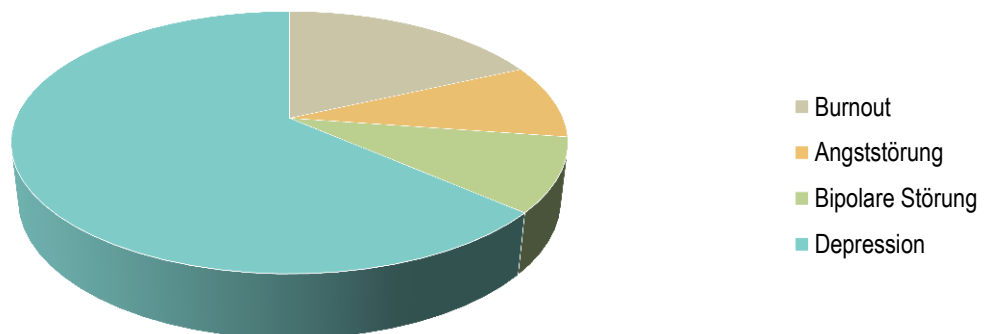


Abbildung 7.1.16: Psychische Erkrankungen in der VG.

Bei genauerer Betrachtung der TA und TB zeigt sich, dass drei Personen der TA (18,8%) und 18 Personen aus der Gruppe der TB (28,6%) zum ersten Messzeitpunkt unter psychischen Erkrankungen litten – von den TB wurden in diesem Zusammenhang Depressionen (17,5%), Burnout (8%), bipolare (3,2%) und Angststörungen (3,2%), sowie keine genaueren Angaben (3,2%) genannt, von den TA wurden ausschließlich Depressionen (100%) angegeben.

Bezugnehmend auf die Betroffenheit von psychischen Erkrankungen in der untersuchten Stichprobe unterscheiden sich weder VG und KG ($X^2 = 0.525$; $p = 0.469$), noch EO, LO und RA ($X^2 = 0.134$; $p = 0.935$), noch TA und TB ($X^2 = 0.631$; $p = 0.427$) statistisch signifikant voneinander.

7.1.11 Körperliche Erkrankungen

Vier Personen der KG (11,1%) und neun Personen der VG (33,3%) wiesen zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung eine körperliche Erkrankung auf. Von den neun Personen der VG mit einer körperlichen Erkrankung konnten sechs Personen den EO (50%) und drei Personen den RA (42,9%) zugewiesen werden.

Die körperlich kranken Teilnehmer der KG nannten als Art ihrer Erkrankung, Gastritis, Hypertonie, Morbus Chron, einen Bandscheibenvorfall und eine chronisch obstruktive Pulmonaldysfunktion (CoPD), die auch als sogenannte "Raucherlunge" bezeichnet wird. Im Vergleich dazu gaben erkrankte Personen der VG, Darmkrebs, Darmgeschwüre, Epilepsie, Hüftbeschwerden und Schmerzen im Wirbelsäulenbereich, sowie Probleme mit Herz und Lunge an.

Unter den TA wiesen drei Personen (18,8%) eine körperliche Erkrankung auf und von den TB berichteten 13 Personen (20,6%) körperlich krank zu sein. In der Gruppe der TB wurden diesbezüglich alle bereits oben erwähnten körperlichen Erkrankungen genannt – in der Gruppe der TA wurden Hepatitis C und chronische Magenbeschwerden, sowie keine genauere Bezeichnung der Erkrankung angegeben.

Im Zuge einer detaillierteren Analyse der körperlichen Erkrankungen zeigen sich in zwei der Vergleichsgruppen deutliche Unterschiede – VG und KG unterscheiden sich statistisch signifikant hinsichtlich des Vorliegens von physischen Erkrankungen ($X^2 = 4.652$; $p = 0.033$), EO, LO und RA zumindest marginal signifikant ($X^2 = 5.786$; $p = 0.055$). TA und TB unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Betroffenheit von körperlichen Erkrankungen hingegen nicht statistisch signifikant ($X^2 = 0.028$; $p = 0.867$).

7.2 Ergebnisse zu den statistischen Fragestellungen und Hypothesen

Der nachfolgende Abschnitt umfasst die Ergebnisdarstellung und Beantwortung der statistischen Fragestellungen zu den Faktoren *gesundheitsbezogene Lebensqualität*, *personelle Ressourcen* und *Stressbewältigung*. Im Zuge dessen werden auch die Ergebnisse der voraussetzungsprüfenden Verfahren präsentiert.

7.2.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

7.2.1.1 Versuchs- und Kontrollgruppe

Das Intervallskalenniveau der abhängigen Variablen, die mittels Levene-Test überprüfte Homogenität der Varianzen sowie die Sphärizität können als gegeben angenommen werden. Der Box-M-Test für die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist in allen Vergleichsgruppen nicht signifikant, daher können die Ergebnisse trotz ungleicher Stichprobengröße interpretiert werden. Einzige Verletzung der Voraussetzungen ergibt sich durch die signifikanten Ergebnisse des K-S-Tests, die für keine Normalverteilung der Daten des SF-36 in den Subskalen *Körperliche Funktionsfähigkeit*, *Körperliche Rollenfunktion*, *Emotionale Rollenfunktion* und *Körperliche Schmerzen* zum ersten Testzeitpunkt sowie für alle Subskalen zum zweiten Testzeitpunkt sprechen. Tabelle 7.2.1 zeigt die Mittelwerte (MD), Standardabweichungen (SD) und Signifikanzwerte (p) im K-S-Test zum ersten (T1) und zweiten Erhebungszeitpunkt (T2).

Tabelle 7.2.1: K-S-Testergebnisse für die Subskalen des SF-36.

Dimension	MW (T1/T2)	SD (T1/T2)	p (T1/T2)
<i>Allgemeine Gesundheitswahrnehmung</i>	64.50 / 71.95	22.83 / 21.30	0.073 / 0.053
<i>Körperliche Funktionsfähigkeit</i>	85.08 / 89.05	19.62 / 17.75	0.000 / 0.000
<i>Körperliche Rollenfunktion</i>	59.52 / 81.75	41.74 / 33.06	0.000 / 0.000
<i>Emotionale Rollenfunktion</i>	50.27 / 78.31	42.70 / 35.50	0.003 / 0.000
<i>Soziale Funktionsfähigkeit</i>	56.75 / 79.56	31.18 / 26.02	0.226 / 0.001
<i>Körperliche Schmerzen</i>	69.52 / 75.33	25.17 / 22.37	0.002 / 0.000
<i>Vitalität</i>	47.54 / 65.08	22.36 / 20.80	0.216 / 0.032
<i>Psychisches Wohlbefinden</i>	54.29 / 73.02	23.87 / 19.32	0.475 / 0.020

In Bezug auf die *Voranalyse* der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird die *Nullhypothese* angenommen. Zum ersten Erhebungszeitpunkt zeigen sich ausgehend von den multivariaten Ergebnissen keine signifikanten Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen VG und KG mit $F(8,54) = 0.541$, $p = 0.821$ und partial $\eta^2 = 0.074$. Auch die univariaten Ergebnisse, welche mögliche Unterschiede zwischen VG und KG in den einzelnen Subskalen aufschlüsseln, erweisen sich als nicht signifikant, weshalb eine vergleichbare Ausprägung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in beiden Gruppen vor Therapiebeginn angenommen wird.

Die *Hauptanalyse* betreffend wird ebenfalls die *Nullhypothese* angenommen, da es zu keinem signifikanten Unterschied in der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität über den Therapieverlauf zwischen VG und KG gekommen ist. Zur Überprüfung der Haupthypothese wurde eine zweifaktorielle MANOVA mit Messwiederholung berechnet. Als Innersubjektfaktor wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität, gemessen anhand der Subskalen *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung*, *Körperliche Funktionsfähigkeit*, *Körperliche Rollenfunktion*, *Emotionale Rollenfunktion*, *Körperliche Schmerzen*, *Soziale Funktionsfähigkeit*, *Vitalität* und *Psychisches Wohlbefinden* des SF-36, zum ersten sowie zweiten Erhebungszeitpunkt definiert. Den Zwischensubjektfaktor bildete die Bedingung der Gruppenzugehörigkeit zu VG oder KG. In der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigt sich keine signifikant unterschiedliche Veränderung der Interaktion Zeitpunkt*Gruppe mit $F(8,54) = 0.256$, $p = 0.977$ und partial $\eta^2 = 0.564$. Als Bestätigung hierfür können auch die univariaten Ergebnisse herangezogen werden, die in keiner der einzelnen Subskalen signifikant ausfallen.

Bei den Ergebnissen der Haupthypothese ist zu beachten, dass zwar die Veränderung zwischen den Gruppen über die Zeit nicht signifikant unterschiedlich verlaufen ist, allerdings eine höchst signifikante Veränderung innerhalb der Personen über die Zeit mit $F(8,54) = 8.746$, $p = 0.000$ und partial $\eta^2 = 0.564$ stattgefunden hat. Die univariaten Ergebnisse zeigen, dass sich alle Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität signifikant vom ersten Messzeitpunkt zum zweiten Messzeitpunkt verändert haben. Tabelle 7.2.2 zeigt die entsprechenden Ergebnisse des Signifikanztests.

Tabelle 7.2.2: Signifikanztestergebnisse zu Veränderungen in den Subskalen des SF-36 über den Therapieverlauf.

Dimension	<i>F</i>	Fehler-df	Effekt-df	<i>p</i>	η^2
<i>Allgemeine Gesundheitswahrnehmung</i>	22.613	61	1	.000	0.270
<i>Körperliche Funktionsfähigkeit</i>	9.597	61	1	.003	0.136

Dimension	<i>F</i>	Fehler-df	Effekt-df	<i>p</i>	η^2
<i>Körperliche Rollenfunktion</i>	21.104	61	1	.000	0.257
<i>Emotionale Rollenfunktion</i>	31.287	61	1	.000	0.339
<i>Soziale Funktionsfähigkeit</i>	31.431	61	1	.000	0.340
<i>Körperliche Schmerzen</i>	6.161	61	1	.016	0.092
<i>Vitalität</i>	50.534	61	1	.000	0.453
<i>Psychisches Wohlbefinden</i>	59.814	61	1	.000	0.495

Betrachtet man die deskriptiven Statistiken dazu, so ist zu erkennen, dass es in jeder Dimension zu einem deutlichen Anstieg der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gekommen ist. Tabelle 7.2.3 zeigt die entsprechenden deskriptiven Ergebnisse für die VG und Tabelle 7.2.4 jene der KG.

Tabelle 7.2.3: Deskriptive Ergebnisse für die einzelnen Subskalen des SF-36 in der VG zu T1 und T2.

Dimension	T	MW	SD
<i>Allgemeine Gesundheitswahrnehmung</i>	T1	61.93	23.63
	T2	69.85	22.99
<i>Körperliche Funktionsfähigkeit</i>	T1	82.41	20.45
	T2	87.04	20.77
<i>Körperliche Rollenfunktion</i>	T1	50.93	43.01
	T2	78.70	36.50
<i>Emotionale Rollenfunktion</i>	T1	44.44	41.34
	T2	77.78	35.81
<i>Soziale Funktionsfähigkeit</i>	T1	58.80	32.67
	T2	82.87	24.55
<i>Körperliche Schmerzen</i>	T1	69.82	27.80
	T2	75.67	24.55
<i>Vitalität</i>	T1	45.19	23.72
	T2	65.74	20.32
<i>Psychisches Wohlbefinden</i>	T1	53.48	24.71
	T2	75.41	19.01

Tabelle 7.2.4: Deskriptive Ergebnisse für die einzelnen Subskalen des SF-36 in der KG zu T1 und T2.

Dimension	T	MW	SD
<i>Allgemeine Gesundheitswahrnehmung</i>	T1	66.50	22.33
	T2	73.53	20.12
<i>Körperliche Funktionsfähigkeit</i>	T1	87.08	19.03
	T2	90.56	15.25
<i>Körperliche Rollenfunktion</i>	T1	65.97	40.16
	T2	84.03	30.56
<i>Emotionale Rollenfunktion</i>	T1	54.63	43.75
	T2	78.70	35.77
<i>Soziale Funktionsfähigkeit</i>	T1	55.21	30.38
	T2	77.08	27.14
<i>Körperliche Schmerzen</i>	T1	69.31	23.41
	T2	75.08	20.94
<i>Vitalität</i>	T1	49.31	21.45
	T2	64.58	21.43
<i>Psychisches Wohlbefinden</i>	T1	54.89	23.55
	T2	71.22	19.62

7.2.1.2 Early-onset, Late-onset und Rezidiv-Abhängige

Das Intervallskalenniveau der abhängigen Variablen sowie die Sphärizität können als gegeben angenommen werden. Der Box-M-Test für die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist nicht signifikant, weshalb die Ergebnisse interpretiert werden können. Eine Verletzung der Voraussetzungen ergibt sich durch die Ergebnisse des Levene-Tests, welcher in der Subskala *Körperliche Funktionsfähigkeit* zum ersten Testzeitpunkt mit $F(2,24) = 6.467$ und $p = 0.006$ hoch signifikant und zum zweiten Messzeitpunkt mit $F(2,24) = 3.618$ und $p = 0.042$ signifikant ausfällt. Desweiteren sind laut K-S-Test die Daten der EO in den Subskalen *Körperliche Rollenfunktion* ($p = 0.030$) und *Emotionale Rollenfunktion* ($p = 0.030$), sowie jene der LO in der Subskala *Körperliche Rollenfunktion* ($p = 0.021$) zum zweiten Messzeitpunkt nicht normalverteilt.

In Bezug auf die Voranalyse der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird die Nullhypothese angenommen. Zum ersten Erhebungszeitpunkt zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der

gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den Gruppen der EO, LO und RA mit $F(16,36) = 1.349$, $p = 0.222$ und partial $\eta^2 = 0.375$, weshalb eine vergleichbare Ausprägung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den Subgruppen der VG vor Therapiebeginn angenommen wird. Auch die univariaten Tests zeigen für die einzelnen Subskalen keine signifikanten Ergebnisse.

Die *Hauptanalyse* betreffend wird ebenfalls die *Nullhypothese angenommen*, da keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität über den Therapieverlauf zwischen den Gruppen der EO, LO und RA festzustellen sind. Zur Überprüfung der Haupthypothese wurde abermals eine zweifaktorielle MANOVA mit Messwiederholung berechnet. Als Innersubjektfaktoren galten alle Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zum ersten sowie zweiten Erhebungszeitpunkt und als Zwischensubjektfaktor wurde hierbei die Zugehörigkeit zu den Subgruppen der VG definiert. Die Ergebnisse des multivariaten Verfahrens zeigen mit $F(16,36) = 1.205$, $p = 0.310$ und partial $\eta^2 = 0.349$ keine signifikant unterschiedliche Veränderung der Interaktion Zeitpunkt*Gruppe. Auch bei Betrachtung der univariaten Ergebnisse zeigt sich keine Signifikanz.

Bei Aufteilung in die Subgruppen der VG kann eine signifikante Veränderung über die Zeit innerhalb der Personen mit $F(8,17) = 3.329$, $p = 0.018$ und partial $\eta^2 = 0.610$ beobachtet werden. Die univariaten Tests verdeutlichen hierbei allerdings, dass nicht alle Subskalen in gleichem Ausmaß zur Varianzaufklärung beitragen, sondern dass dieses Ergebnis aufgrund einer signifikanten Veränderung in den Subskalen *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung*, *Körperliche Rollenfunktion*, *Emotionale Rollenfunktion*, *Soziale Funktionsfähigkeit*, *Vitalität* und *Psychisches Wohlbefinden* zustande gekommen ist. In den Skalen *Körperliche Funktionsfähigkeit* und *Körperliche Schmerzen* ist es zu keiner signifikanten Veränderung über die Zeit innerhalb der Personen gekommen. Tabelle 7.2.5 zeigt die entsprechenden Ergebnisse des Signifikanztests.

Tabelle 7.2.5: Signifikanztestergebnisse in Bezug auf Veränderungen in den Subskalen des SF-36 über die Zeit.

Dimension	F	Fehler-df	Effekt-df	p	η^2
<i>Allgemeine Gesundheitswahrnehmung</i>	13.892	1	24	.001	0.367
<i>Körperliche Funktionsfähigkeit</i>	2.521	1	24	.125	0.095
<i>Körperliche Rollenfunktion</i>	9.690	1	24	.005	0.288
<i>Emotionale Rollenfunktion</i>	19.557	1	24	.000	0.449
<i>Soziale Funktionsfähigkeit</i>	13.884	1	24	.001	0.366
<i>Körperliche Schmerzen</i>	2.113	1	24	.159	0.081

Dimension	<i>F</i>	Fehler-df	Effekt-df	<i>p</i>	η^2
<i>Vitalität</i>	30.387	1	24	.000	0.559
<i>Psychisches Wohlbefinden</i>	28.555	1	24	.000	0.4543

Betrachtet man die diesbezüglichen deskriptiven Statistiken, so zeigt sich, dass es in allen drei Gruppen zu einem Anstieg in allen Subskalen gekommen ist. Dieser Anstieg ist, mit Ausnahme der Skala *Körperliche Schmerzen*, als erfolgreich anzusehen. Die Tabellen 7.2.6, 7.2.7 und 7.2.8 zeigen die entsprechenden deskriptiven Ergebnisse.

Tabelle 7.2.6: Deskriptive Ergebnisse für die einzelnen Subskalen des SF-36 in der Gruppe der LO zu T1 und T2.

Dimension	MW (T1/T2)	SD (T1/T2)
<i>Allgemeine Gesundheitswahrnehmung</i>	70.25 / 76.25	25.89 / 22.26
<i>Körperliche Funktionsfähigkeit</i>	95.00 / 96.88	8.86 / 4.58
<i>Körperliche Rollenfunktion</i>	78.13 / 93.75	36.44 / 17.68
<i>Emotionale Rollenfunktion</i>	41.67 / 87.50	49.60 / 35.35
<i>Soziale Funktionsfähigkeit</i>	71.88 / 95.31	24.78 / 6.47
<i>Körperliche Schmerzen</i>	80.00 / 82.50	20.20 / 12.91
<i>Vitalität</i>	52.50 / 69.38	31.85 / 23.21
<i>Psychisches Wohlbefinden</i>	61.50 / 73.50	28.44 / 25.83

Tabelle 7.2.7: Deskriptive Ergebnisse für die einzelnen Subskalen des SF-36 in der Gruppe der EO zu T1 und T2.

Dimension	MW (T1/T2)	SD (T1/T2)
<i>Allgemeine Gesundheitswahrnehmung</i>	56.50 / 62.83	24.88 / 24.92
<i>Körperliche Funktionsfähigkeit</i>	78.33 / 85.42	18.38 / 22.51
<i>Körperliche Rollenfunktion</i>	43.75 / 81.25	41.46 / 38.62
<i>Emotionale Rollenfunktion</i>	47.22 / 72.22	38.82 / 37.15
<i>Soziale Funktionsfähigkeit</i>	56.25 / 81.25	39.71 / 24.13

Dimension	MW (T1/T2)	SD (T1/T2)
<i>Körperliche Schmerzen</i>	61.42 / 72.58	33.24 / 30.48
<i>Vitalität</i>	38.33 / 62.92	20.93 / 21.26
<i>Psychisches Wohlbefinden</i>	49.67 / 73.33	19.28 / 12.18

Tabelle 7.2.8: Deskriptive Ergebnisse für die einzelnen Subskalen des SF-36 in der Gruppe der RA zu T1 und T2.

Dimension	MW (T1/T2)	SD (T1/T2)
<i>Allgemeine Gesundheitswahrnehmung</i>	61.72 / 74.57	18.77 / 19.87
<i>Körperliche Funktionsfähigkeit</i>	75.00 / 87.04	28.14 / 20.77
<i>Körperliche Rollenfunktion</i>	32.14 / 57.14	42.61 / 42.61
<i>Emotionale Rollenfunktion</i>	42.86 / 76.19	41.79 / 37.09
<i>Soziale Funktionsfähigkeit</i>	48.21 / 71.43	25.44 / 33.63
<i>Körperliche Schmerzen</i>	72.57 / 73.14	23.66 / 25.00
<i>Vitalität</i>	48.57 / 66.43	16.51 / 17.25
<i>Psychisches Wohlbefinden</i>	50.86 / 81.14	19.28 / 12.18

7.2.1.3 Therapieabbrecher und –absolventen

Das Intervallskalenniveau der abhängigen Variablen, die mittels Levene-Test überprüfte Homogenität der Varianzen sowie die Sphärizität können als gegeben angenommen werden. Der Box-M-Test ist in allen Vergleichsgruppen nicht signifikant, daher können die Ergebnisse trotz ungleicher Stichprobengröße interpretiert werden. Einzige Verletzung der Voraussetzungen ergibt sich durch die höchst signifikanten Ergebnisse des K-S-Tests, die für keine Normalverteilung in den Subskalen *Körperliche Funktionsfähigkeit* ($p = 0.000$), *Körperliche Rollenfunktion* ($p = 0.000$), *Emotionale Rollenfunktion* ($p = 0.000$) und *Körperliche Schmerzen* ($p = 0.000$) zum ersten Testzeitpunkt sprechen.

In Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird die *Nullhypothese angenommen*, da sich zum ersten Erhebungszeitpunkt kein signifikanter Unterschied in der Ausprägung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen Therapieabsolventen und Therapieabbrechern zeigt.

Zur Überprüfung der Hypothese wurde eine MANOVA berechnet. Als Innersubjektfaktor wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität, gemessen anhand der Subskalen des SF-36 zum ersten Erhebungszeitpunkt definiert und als Zwischensubjektfaktor die Bedingung der Gruppenzugehörigkeit zu TA oder TB festgelegt. Anhand der multivariaten Ergebnisse zeigt sich mit $F(8,70) = 0.669$, $p = 0.717$ und $\eta^2 = 0.071$ kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Dies kann auch durch die univariaten Ergebnisse bestätigt werden, welche sich bei der Betrachtung der einzelnen Subskalen als nicht signifikant zeigen. Tabelle 7.2.9 zeigt die deskriptiven Statistiken für Therapieabsolventen und Therapieabbrecher.

Tabelle 7.2.9: Deskriptive Ergebnisse für die einzelnen Subskalen des SF-36 in den Gruppen TA und TB.

Dimension	Kennwerte	TB	TA
<i>Allgemeine Gesundheitswahrnehmung</i>	MW / SD	64.54 / 22.83	60.25 / 22.48
<i>Körperliche Funktionsfähigkeit</i>	MW / SD	85.08 / 19.62	80.00 / 23.31
<i>Körperliche Rollenfunktion</i>	MW / SD	59.52 / 41.74	57.81 / 45.39
<i>Emotionale Rollenfunktion</i>	MW / SD	50.27 / 42.70	43.75 / 46.70
<i>Soziale Funktionsfähigkeit</i>	MW / SD	56.75 / 31.18	50.78 / 26.80
<i>Körperliche Schmerzen</i>	MW / SD	69.52 / 25.17	63.38 / 30.20
<i>Vitalität</i>	MW / SD	47.54 / 22.36	45.94 / 18.28
<i>Psychisches Wohlbefinden</i>	MW / SD	54.29 / 23.87	47.00 / 21.04

7.2.2 Personelle Ressourcen

7.2.2.1 Versuchs- und Kontrollgruppe

Das Intervallskalenniveau der abhängigen Variablen, die mittels Levene-Test überprüfte Homogenität der Varianzen, die Sphärizität, sowie die mittels K-S-Test überprüfte Normalverteilung der Daten zum ersten sowie zum zweiten Messzeitpunkt können als gegeben angenommen werden. Der Box-M-Test für die personellen Ressourcen ist nicht signifikant, daher können die Ergebnisse trotz ungleicher Stichprobengröße interpretiert werden.

Bezugnehmend auf die *Voranalyse* der personellen Ressourcen wird die *Nullhypothese angenommen*. Zum ersten Erhebungszeitpunkt zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den personellen

Ressourcen zwischen VG und KG mit $F(7,55) = 0.665$, $p = 0.665$ und partial $\eta^2 = 0.083$. Da auch die univariaten Tests keine Signifikanz in den Subskalen des FERUS feststellen, kann eine vergleichbare Ausprägung der personellen Ressourcen in beiden Gruppen vor Therapiebeginn angenommen werden.

Die *Hauptanalyse* betreffend wird ebenfalls die *Nullhypothese angenommen*, da es zu keinen signifikanten Unterschieden in der Veränderung der personellen Ressourcen zwischen VG und KG über den Verlauf der Therapie gekommen ist. Zur Überprüfung der Haupthypothese wurde eine zweifaktorielle MANOVA mit Messwiederholung berechnet. Als Innersubjektfaktoren wurden die personellen Ressourcen, gemessen anhand der Subskalen *Veränderungsmotivation*, *Coping*, *Selbstbeobachtung*, *Selbstwirksamkeit*, *Selbstverbalisation*, *Hoffnung* und *Soziale Unterstützung* des FERUS, zum ersten sowie zweiten Erhebungszeitpunkt definiert und als Zwischensubjektfaktor die Bedingung der Gruppenzugehörigkeit zu VG oder KG festgelegt. Die personellen Ressourcen zeigen keine signifikant unterschiedliche Veränderung der Interaktion Zeitpunkt*Gruppe mit $F(7,55) = 0.763$, $p = 0.620$ und partial $\eta^2 = 0.089$. Die univariaten Tests bestätigen dieses Ergebnis ebenfalls.

Bei den Ergebnissen zur Haupthypothese ist zu beachten, dass es mit $F(7,55) = 6.845$, $p = 0.000$ und partial $\eta^2 = 0.466$ zu einer höchst signifikanten Veränderung über den Therapieverlauf innerhalb der Personen gekommen ist. Die univariaten Tests verdeutlichen, dass der Großteil der Varianz durch die Skalen *Veränderungsmotivation* mit $F(1,61) = 8.173$, $p = 0.006$ und partial $\eta^2 = 0.118$, *Coping* mit $F(1,61) = 15.733$, $p = 0.000$ und partial $\eta^2 = 0.205$ und *Selbstwirksamkeit* mit $F(1,61) = 5.639$, $p = 0.021$ und partial $\eta^2 = 0.085$ aufgeklärt wird. Die Skalen *Selbstbeobachtung*, *Selbstverbalisation*, *Hoffnung* und *Soziale Unterstützung* zeigen keine signifikante Veränderung innerhalb der Personen über die Zeit. Tabelle 7.2.10 zeigt die entsprechenden Ergebnisse des Signifikanztests.

Tabelle 7.2.10: Signifikanztestergebnisse in Bezug auf Veränderungen in den Subskalen des FERUS über den Therapieverlauf.

Dimension	<i>F</i>	Fehler-df	Effekt-df	<i>p</i>	η^2
<i>Veränderungsmotivation</i>	8.173	61	1	.006	0.118
<i>Coping</i>	15.733	61	1	.000	0.205
<i>Selbstbeobachtung</i>	0.885	61	1	.350	0.014
<i>Selbstwirksamkeit</i>	5.639	61	1	.021	0.085
<i>Selbstverbalisation</i>	0.347	61	1	.558	0.006

Dimension	<i>F</i>	Fehler-df	Effekt-df	<i>p</i>	η^2
<i>Hoffnung</i>	0.032	61	1	.858	0.001
<i>Soziale Unterstützung</i>	1.671	61	1	.201	0.027

Betrachtet man die deskriptive Statistik hierzu, so ist zu erkennen, dass es in den signifikant ausgefallenen Skalen *Veränderungsmotivation*, *Coping* und *Selbstwirksamkeit* zu einer gewünschten Veränderung über den Therapieverlauf gekommen ist. Tabelle 7.2.11 zeigt die deskriptiven Ergebnisse der VG und Tabelle 7.2.12 jene der KG.

Tabelle 7.2.11: Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des FERUS in der VG zu T1 und T2.

Dimension	MW (T1/T2)	SD (T1/T2)
<i>Veränderungsmotivation</i>	49.17 / 44.74	9.55 / 11.47
<i>Coping</i>	60.62 / 64.41	8.30 / 8.06
<i>Selbstbeobachtung</i>	57.66 / 58.73	10.81 / 9.20
<i>Selbstwirksamkeit</i>	62.32 / 64.35	8.90 / 8.61
<i>Selbstverbalisation</i>	58.30 / 59.81	7.66 / 7.67
<i>Hoffnung</i>	60.25 / 59.86	8.76 / 8.11
<i>Soziale Unterstützung</i>	55.28 / 56.81	8.89 / 6.15

Tabelle 7.2.12: Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des FERUS in der KG zu T1 und T2.

Dimension	MW (T1/T2)	SD (T1/T2)
<i>Veränderungsmotivation</i>	51.21 / 48.90	9.25 / 9.32
<i>Coping</i>	57.34 / 59.51	8.93 / 8.17
<i>Selbstbeobachtung</i>	55.54 / 56.13	9.64 / 8.79
<i>Selbstwirksamkeit</i>	58.93 / 59.89	10.08 / 9.26
<i>Selbstverbalisation</i>	56.28 / 55.76	9.81 / 8.94

Dimension	MW (T1/T2)	SD (T1/T2)
<i>Hoffnung</i>	59.03 / 59.13	9.62 / 8.05
<i>Soziale Unterstützung</i>	55.54 / 55.65	9.42 / 8.84

7.2.2.2 Early-onset, Late-onset und Rezidiv-Abhängige

Das Intervallskalenniveau der abhängigen Variablen, die Sphärizität sowie die mittels K-S-Test überprüfte Normalverteilung der Daten zum ersten sowie zum zweiten Messzeitpunkt können als gegeben angenommen werden. Der Box-M-Test für die personellen Ressourcen ist nicht signifikant. Einzige Voraussetzungsverletzung ergibt sich aus den Levene-Testergebnissen, welche in den Subskalen *Selbstverbalisation* mit $F(2,24) = 6.207$, $p = 0.007$ und *Coping* mit $F(2,24) = 5.316$, $p = 0.012$ zum ersten Messzeitpunkt hoch signifikant bzw. signifikant, sowie in der Subskala *Selbstwirksamkeit* zum ersten mit $F(2,24) = 3.542$, $p = 0.045$ und zweiten Messzeitpunkt mit $F(2,24) = 3.775$, $p = 0.038$ signifikant ausfielen, weshalb die Ergebnisse dieser Skalen mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Bezugnehmend auf die *Voranalyse* der personellen Ressourcen wird die *Nullhypothese angenommen*. Zum ersten Erhebungszeitpunkt zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den personellen Ressourcen zwischen EO, LO und RA mit $F(14,38) = 0.591$, $p = 0.855$ und partial $\eta^2 = 0.179$. Auch die univariaten Tests zeigen in keiner Subskala ein signifikantes Ergebnis auf, weshalb eine vergleichbare Ausgangslage der personellen Ressourcen in allen drei Subgruppen der VG angenommen wird.

Die *Hauptanalyse* betreffend wird ebenfalls die *Nullhypothese angenommen*, da es zu keinen signifikanten Unterschieden in der Veränderung der personellen Ressourcen über die Zeit zwischen den Gruppen der EO, LO und RA gekommen ist. Zur Überprüfung der Haupthypothese wurde wiederum eine zweifaktorielle MANOVA mit Messwiederholung berechnet. Als Innersubjektfaktoren gelten hierbei alle Subskalen des FERUS zum ersten sowie zweiten Erhebungszeitpunkt, als Zwischensubjektfaktor wird die Bedingung der Gruppenzugehörigkeit zu den Subgruppen der VG herangezogen. In den personellen Ressourcen zeigt sich keine signifikant unterschiedliche Veränderung der Interaktion Zeitpunkt*Gruppe mit $F(14,38) = 0.342$, $p = 0.983$ und partial $\eta^2 = 0.112$. Dies wird auch durch die univariaten Ergebnisse bestätigt, die sich in keiner der Subskalen als signifikant erweisen.

Bei den Ergebnissen zur Haupthypothese ist zu beobachten, dass zwar die Veränderung zwischen den Gruppen nicht unterschiedlich verlaufen ist, es allerdings zu einer hoch signifikanten Veränderung über

die Zeit innerhalb der Personen gekommen ist ($F(7,18) = 4.972$, $p = 0.003$, partial $\eta^2 = 0.659$). Die univariaten Tests weisen darauf hin, dass die Skalen *Veränderungsmotivation* mit $F(1,24) = 5.266$, $p = 0.031$ und partial $\eta^2 = 0.180$, *Coping* mit $F(1,24) = 10.851$, $p = 0.003$ und partial $\eta^2 = 0.311$ sowie *Selbstwirksamkeit* mit $F(1,24) = 3.925$, $p = 0.059$ und partial $\eta^2 = 0.141$ zu diesem Ergebnis beitragen. Betrachtet man zusätzlich die deskriptiven Statistiken zu diesen Subskalen, so zeigt sich, dass in allen drei Subgruppen eine positive Veränderung stattgefunden. Die Tabellen 7.2.13, 7.2.14 und 7.2.15 zeigen die diesbezüglichen deskriptiven Ergebnisse.

Tabelle 7.2.13: Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des FERUS in der Gruppe der LO zu T1 und T2.

Dimension	MW (T1/T2)	SD (T1/T2)
<i>Veränderungsmotivation</i>	49.67 / 42.11	11.74 / 12.38
<i>Coping</i>	61.11 / 63.52	11.69 / 11.62
<i>Selbstbeobachtung</i>	58.51 / 57.07	13.40 / 12.65
<i>Selbstwirksamkeit</i>	61.33 / 62.50	13.82 / 14.35
<i>Selbstverbalisation</i>	58.77 / 59.72	12.67 / 9.74
<i>Hoffnung</i>	58.85 / 59.15	14.14 / 12.35
<i>Soziale Unterstützung</i>	55.95 / 58.02	11.38 / 7.48

Tabelle 7.2.14: Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des FERUS in der Gruppe der EO zu T1 und T2.

Dimension	MW (T1/T2)	SD (T1/T2)
<i>Veränderungsmotivation</i>	48.57 / 45.83	9.14 / 13.53
<i>Coping</i>	60.11 / 65.22	8.24 / 7.24
<i>Selbstbeobachtung</i>	57.63 / 59.87	11.68 / 8.30
<i>Selbstwirksamkeit</i>	63.00 / 65.11	7.22 / 5.88
<i>Selbstverbalisation</i>	57.41 / 59.41	5.64 / 7.21
<i>Hoffnung</i>	60.67 / 59.59	6.28 / 6.56
<i>Soziale Unterstützung</i>	56.51 / 56.94	8.95 / 6.40

Tabelle 7.2.15: Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des FERUS in der Gruppe der RA zu T1 und T2.

Dimension	MW (T1/T2)	SD (T1/T2)
<i>Veränderungsmotivation</i>	49.62 / 45.86	8.95 / 6.51
<i>Coping</i>	60.93 / 64.01	3.69 / 5.03
<i>Selbstbeobachtung</i>	56.76 / 58.68	6.73 / 6.91
<i>Selbstwirksamkeit</i>	62.29 / 65.14	4.79 / 3.30
<i>Selbstverbalisation</i>	59.26 / 60.58	2.39 / 6.91
<i>Hoffnung</i>	61.14 / 61.14	4.75 / 5.03
<i>Soziale Unterstützung</i>	52.40 / 55.20	5.61 / 4.31

7.2.2.3 Therapieabbrecher und –absolventen

Das Intervallskalenniveau der abhängigen Variablen, die mittels Levene-Test überprüfte Homogenität der Varianzen sowie die Sphärizität können als gegeben angenommen werden. Der Box-M-Test für die personellen Ressourcen ist in allen Vergleichsgruppen nicht signifikant, daher können die Ergebnisse trotz ungleicher Stichprobengröße interpretiert werden. Einzige Verletzung der Voraussetzungen ergibt sich durch die signifikanten bzw. marginal signifikanten Ergebnisse des K-S-Tests, die für keine Normalverteilung der Daten des SF-36 in den Subskalen *Hoffnung* ($p = 0.022$), *Selbstverbalisation* ($p = 0.066$) und *Soziale Unterstützung* ($p = 0.054$) sprechen.

In Bezug auf die personellen Ressourcen wird die *Nullhypothese angenommen*, da sich kein signifikanter Unterschied in der Ausprägung dieser zwischen den definierten Gruppen der TA und TB zeigt. Zur Überprüfung der Hypothese wurde eine MANOVA berechnet. Als Innersubjektfaktoren wurden die personellen Ressourcen, gemessen anhand der Subskalen des FERUS, zum ersten Erhebungszeitpunkt festgelegt und als Zwischensubjektfaktor die Bedingung der Gruppenzugehörigkeit zu TA oder TB definiert. Anhand der multivariaten Ergebnisse zeigt sich mit $F(7,71) = 0.288$, $p = 0.957$ und $\eta^2 = 0.028$ kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen der TA und TB. Dies wird weiters auch durch die univariaten Ergebnisse bestätigt. Tabelle 7.2.16 zeigt die entsprechenden deskriptiven Ergebnisse.

Tabelle 7.2.16: Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des FERUS in den Gruppen TA und TB.

Dimension	Kennwerte	TA	TB
<i>Veränderungsmotivation</i>	MW / SD	48.77 / 11.01	50.33 / 9.36
<i>Coping</i>	MW / SD	56.99 / 9.18	58.74 / 8.75
<i>Selbstbeobachtung</i>	MW / SD	54.66 / 10.83	56.45 / 10.13
<i>Selbstwirksamkeit</i>	MW / SD	59.08 / 8.77	60.38 / 9.67
<i>Selbstverbalisation</i>	MW / SD	55.56 / 7.94	57.14 / 8.94
<i>Hoffnung</i>	MW / SD	58.71 / 7.45	59.56 / 9.20
<i>Soziale Unterstützung</i>	MW / SD	52.73 / 9.26	55.43 / 9.13

7.2.3 Stressbewältigung

Das Intervallskalenniveau der abhängigen Variablen, die mittels Levene-Test überprüfte Homogenität der Varianzen, die Sphärizität sowie die mittels K-S-Test überprüfte Normalverteilung der Daten zum ersten sowie zum zweiten Messzeitpunkt können als gegeben angenommen werden. Der Box-M-Test für die Stressbewältigung ist nicht signifikant, daher können die Ergebnisse trotz ungleicher Stichprobengröße interpretiert werden.

7.2.3.1 Versuchs- und Kontrollgruppe

Bezugnehmend auf die *Voranalyse* der Stressbewältigung wird für die Subskalen *Negatives Denken* und *Vermeidung* die *Nullhypothese angenommen*, wonach sich VG und KG in diesen Dimensionen zum ersten Messzeitpunkt nicht signifikant voneinander unterscheiden. Für die Subskalen *Positives Denken* und *Suchen nach sozialer Unterstützung* wird die *Alternativhypothese angenommen*, da sich in diesen Dimensionen marginal signifikante Unterschiede zwischen VG und KG zeigen.

Die multivariaten Verfahren zeigen mit $F(5,58) = 1.351$, $p = 0.262$ und $\text{partial } \eta^2 = 0.085$ keine signifikanten Unterschiede zwischen VG und KG zum ersten Erhebungszeitpunkt. Bei genauerer Betrachtung der univariaten Ergebnisse wird allerdings ersichtlich, dass es marginal signifikante Unterschiede zwischen VG und KG im *Positiven Denken* mit $F(1,61) = 3.436$, $p = 0.069$ und $\text{partial } \eta^2 = 0.053$ und dem *Suchen nach sozialer Unterstützung* mit $F(1,61) = 3.692$, $p = 0.059$ und $\text{partial } \eta^2 = 0.057$ zum ersten Messzeitpunkt gibt. Tabelle 7.2.17 zeigt die entsprechenden deskriptiven Statistiken.

Tabelle 7.2.17: Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des CBI-G in VG und KG zu T1.

Dimension	Gruppe	MW	SD
<i>Positives Denken</i>	VG	24.56	11.72
	KG	19.53	9.80
<i>Suchen sozialer Unterstützung</i>	VG	4.26	3.22
	KG	2.78	2.88
<i>Negatives Denken</i>	VG	10.44	5.50
	KG	8.36	4.90
<i>Vermeiden</i>	VG	10.85	6.76
	KG	9.28	4.63

Für die *Hauptanalyse* wird ebenfalls die *Nullhypothese angenommen*, da es zu keiner signifikant unterschiedlichen Veränderung der Stressbewältigungsstrategien zwischen VG und KG über die Zeit gekommen ist. Zur Überprüfung der Haupthypothese wurde eine zweifaktorielle MANOVA mit Messwiederholung berechnet. Als Innersubjektfaktor wurde die Stressbewältigung anhand der Subskalen *Positives Denken*, *Suchen sozialer Unterstützung*, *Negatives Denken* und *Vermeidung* des CBI-G zum ersten sowie zweiten Erhebungszeitpunkt definiert. Als Zwischensubjektfaktor wurde die Bedingung der Zugehörigkeit zu VG oder KG festgelegt. In der Stressbewältigung zeigt sich keine signifikant unterschiedliche Veränderung der Interaktion Zeitpunkt*Gruppe mit $F(4,58) = 0.698$, $p = 0.597$ und $\text{partial } \eta^2 = 0.046$. Die nicht signifikanten Ergebnisse der univariaten Tests bestätigen dies.

Bei den Ergebnissen zur Haupthypothese ist allerdings eine hoch signifikante Veränderung über die Zeit innerhalb der Personen mit $F(4,58) = 5.455$, $p = 0.001$ und $\text{partial } \eta^2 = 0.273$ zu beachten. Die univariaten Tests zeigen, dass der Großteil der Varianz durch die beiden Skalen *Positives Denken* mit $F(1,61) = 6.323$, $p = 0.015$ und $\text{partial } \eta^2 = 0.094$ und *Vermeidung* mit $F(1,61) = 3.040$, $p = 0.086$ und $\text{partial } \eta^2 = 0$ erklärt wird. Betrachtet man die deskriptiven Statistiken (siehe Tab. 7.2.18 und Tab. 7.2.19) und Diagramme (siehe Abb. 7.2.1 und 7.2.2) zu *Positives Denken* und *Vermeidung*, so ist zu erkennen, dass es über die Zeit zu einer Veränderung in die erwünschte Richtung gekommen ist.

Tabelle 7.2.18: Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des CBI-G zu T1 und T2 in der VG.

Dimension	T	MW	SD
<i>Positives Denken</i>	T1	24.56	11.72
	T2	27.85	10.45

Dimension	T	MW	SD
<i>Suchen sozialer Unterstützung</i>	T1	4.26	3.22
	T2	4.63	2.42
<i>Negatives Denken</i>	T1	10.44	5.50
	T2	10.48	4.39
<i>Vermeidung</i>	T1	10.85	6.76
	T2	9.33	4.27

Tabelle 7.2.19: Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des CBI-G zu T1 und T2 in der KG.

Dimension	T	MW	SD
<i>Positives Denken</i>	T1	19.53	9.79
	T2	22.14	9.90
<i>Suchen sozialer Unterstützung</i>	T1	2.78	2.88
	T2	2.69	2.38
<i>Negatives Denken</i>	T1	8.36	4.90
	T2	7.44	3.99
<i>Vermeidung</i>	T1	9.28	4.63
	T2	8.64	4.00

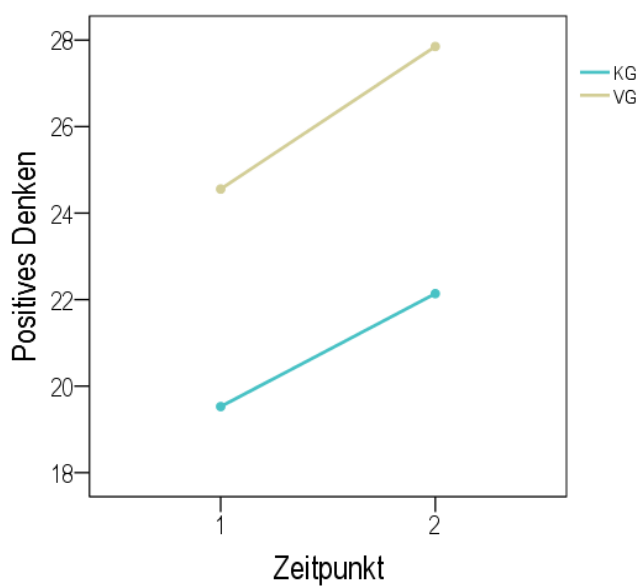


Abbildung 7.2.1: Veränderung von *Positives Denken* in der VG und KG über den Therapieverlauf.

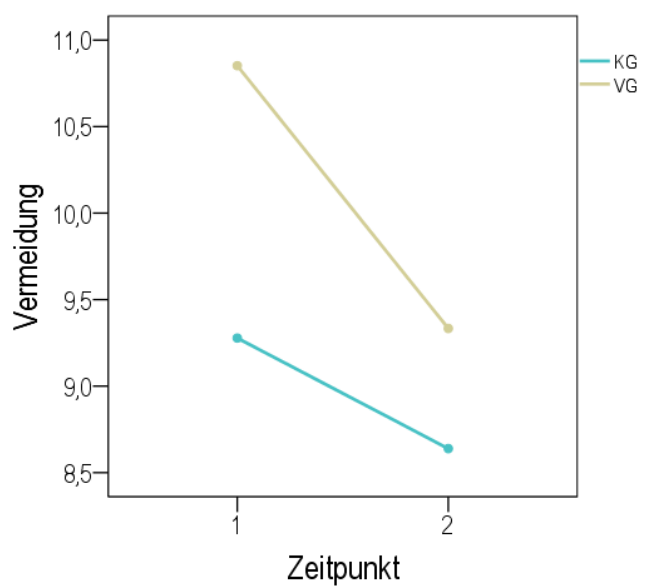


Abbildung 7.2.2: Veränderung von *Vermeidung* in der VG und KG über den Therapieverlauf.

7.2.3.2 Early-onset, Late-onset und Rezidiv-Abhängige

In Bezug auf die *Voranalyse* zur Stressbewältigung wird die *Nullhypothese angenommen*. Zum ersten Erhebungszeitpunkt zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den Stressbewältigungsstrategien zwischen EO, LO und RA mit $F(8,44) = 0.749$, $p = 0.648$ und partial $\eta^2 = 0.120$, weshalb eine vergleichbare Ausprägung der Stressbewältigungsstrategien in allen Subgruppen der VG vor Therapiebeginn angenommen wird. Bestätigung findet sich auch anhand der univariaten Tests, welche ebenfalls zu keinem signifikanten Ergebnis führen.

Die *Hauptanalyse* betreffend wird ebenfalls die *Nullhypothese angenommen*, da es zu keinem signifikanten Unterschied in der Veränderung der Stressbewältigungsstrategien zwischen den Gruppen der EO, LO und RA über die Therapiezeit gekommen ist. Zur Überprüfung der Haupthypothese wurde wie zuvor eine zweifaktorielle MANOVA mit Messwiederholung berechnet. Als Innersubjektfaktoren galten hierbei alle Subskalen des CBI-G zum ersten sowie zweiten Erhebungszeitpunkt und als Zwischensubjektfaktor wurde die Bedingung der Gruppenzugehörigkeit zu den Subgruppen der VG angenommen. Die Stressbewältigungsstrategien zeigen keine signifikant unterschiedliche Veränderung der Interaktion Zeitpunkt*Gruppe mit $F(8,44) = 0.948$, $p = 0.488$ und partial $\eta^2 = 0.147$. Dies wird auch durch die univariaten Ergebnisse bestätigt, die sich in keiner der Subskalen als signifikant erweisen.

Bei den Ergebnissen zur Haupthypothese ist zu beobachten, dass zwar die Veränderung zwischen den Gruppen nicht unterschiedlich verlaufen ist, es allerdings zu einer signifikanten Veränderung über die Zeit innerhalb der Personen gekommen ist ($F(1,24) = 4.122$, $p = 0.013$, partial $\eta^2 = 0.440$). Die univariaten Tests weisen darauf hin, dass das marginal signifikante Ergebnis der Skala *Positives Denken* mit $F(1,24) = 3.477$, $p = 0.075$ und partial $\eta^2 = 0.127$ hauptverantwortlich für diesen Effekt ist. Die Tabellen 7.2.20, 7.2.21 und 7.2.22 zeigen die deskriptiven Statistiken für die Subskalen des CBI-G in den drei Subgruppen der VG.

Tabelle 7.2.20: Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des CBI-G zu T1 und T2 in der Gruppe der LO.

Dimension	T	MW	SD
<i>Positives Denken</i>	T1	16.83	9.99
	T2	24.50	13.58
<i>Suchen sozialer Unterstützung</i>	T1	3.38	2.45
	T2	5.00	3.46
<i>Negatives Denken</i>	T1	8.75	4.37
	T2	10.13	6.06

Dimension	T	MW	SD
<i>Vermeidung</i>	T1	8.38	4.44
	T2	8.88	4.64

Tabelle 7.2.21: Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des CBI-G zu T1 und T2 in der Gruppe der EO.

Dimension	T	MW	SD
<i>Positives Denken</i>	T1	28.50	10.82
	T2	30.92	8.85
<i>Suchen sozialer Unterstützung</i>	T1	4.17	2.76
	T2	4.75	2.26
<i>Negatives Denken</i>	T1	11.58	7.09
	T2	10.25	4.45
<i>Vermeidung</i>	T1	11.92	6.11
	T2	10.00	4.33

Tabelle 7.2.22: Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des CBI-G zu T1 und T2 in der Gruppe der RA.

Dimension	T	MW	SD
<i>Positives Denken</i>	T1	24.57	13.64
	T2	26.43	8.89
<i>Suchen sozialer Unterstützung</i>	T1	5.43	4.61
	T2	4.00	1.16
<i>Negatives Denken</i>	T1	10.43	3.21
	T2	11.29	1.80
<i>Vermeidung</i>	T1	11.86	9.75
	T2	8.71	4.23

7.2.3.3 Therapieabbrecher und –absolventen

Das Intervallskalenniveau der abhängigen Variablen, die mittels K-S-Test überprüfte Normalverteilung der Daten sowie die Sphärizität können als gegeben angenommen werden. Der Box-M-Test für die

Stressbewältigung ist nicht signifikant, daher können die Ergebnisse trotz ungleicher Stichprobengröße interpretiert werden. Einzige Verletzung der Voraussetzungen ergibt sich durch das hoch signifikante Ergebnis des Levene-Tests, welcher in der Subskala *Positives Denken* mit $F(1,77) = 8.876$ und $p = 0.004$ signifikant ausfällt.

In Bezug auf die Stressbewältigung wird für die Skalen *Suchen nach sozialer Unterstützung* und *Negatives Denken* die *Alternativhypothese angenommen*, da sich ein signifikanter Unterschied in der Ausprägung dieser beiden Skalen zwischen den TA und TB zeigt. Für die Subskalen *Positives Denken* sowie *Vermeidung* wird die *Nullhypothese angenommen*, da kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen vorliegt.

Zur Überprüfung der Hypothese wurde eine MANOVA berechnet. Als Innersubjektfaktoren wurden die Stressbewältigungsstrategien, gemessen anhand der Subskalen des CBI-G, zum ersten Erhebungszeitpunkt definiert und als Zwischensubjektfaktor die Bedingung der Gruppenzugehörigkeit zu TA oder TB herangezogen. Anhand der multivariaten Ergebnisse zeigt sich mit $F(4,74) = 2.050$, $p = 0.096$ und $\eta^2 = 0.100$ ein marginal signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Die univariaten Ergebnisse verdeutlichen, dass die Subskalen *Negatives Denken* mit $F(1,77) = 5.258$, $p = 0.025$ und $\eta^2 = 0.064$, gefolgt von *Suchen nach sozialer Unterstützung* mit $F(1,77) = 3.692$, $p = 0.058$ und $\eta^2 = 0.046$ die meiste Varianz dieses Ergebnisses aufklären. Die Diagramme 7.2.3 und 7.2.4 zeigen die entsprechenden Skalenwerte der TA und TB.

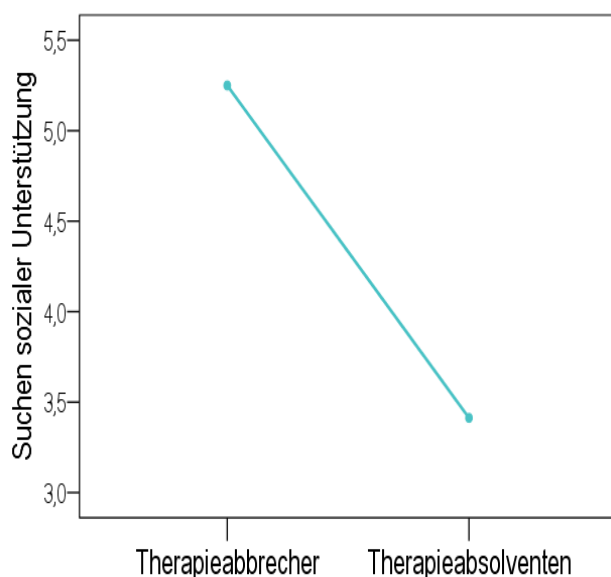


Abbildung 7.2.3: Skalenwert *Suchen sozialer Unterstützung* in der Gruppe der TA und TB zu T1.

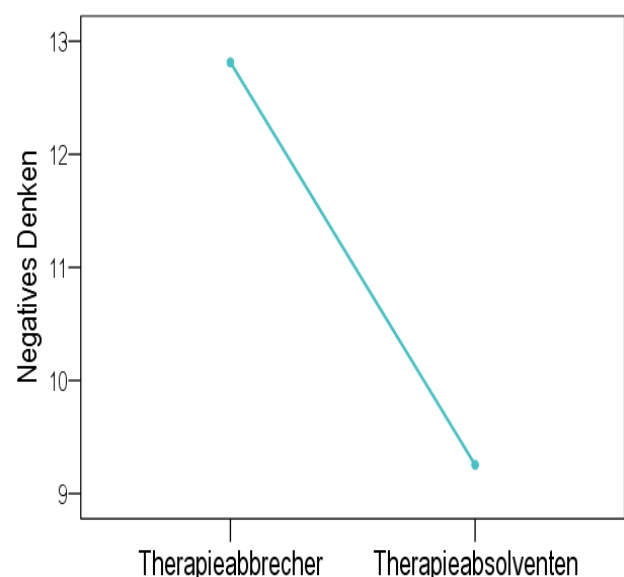


Abbildung 7.2.4: Skalenwert *Negatives Denken* in der Gruppe der TA und TB zu T1.

7.3 Analyse der Kontrollvariablen

Die Analyse der Kontrollvariablen beinhaltet eine genauere Betrachtung der Depressionswerte und einer etwaigen therapiebedingten Veränderung dieser in beiden Altersgruppen. Außerdem werden subjektiv relevante Problembereiche der jüngeren und älteren Alkoholabhängigen und deren subjektive Einschätzung, inwieweit diese im therapeutischen Kontext berücksichtigt wurden, fokussiert. Den Abschluss bildet einerseits eine Aufschlüsselung und Gegenüberstellung der Teilnahme jüngerer und älterer Patienten an den unterschiedlichen therapeutischen Aktivitäten und Angeboten des Anton Proksch Instituts und andererseits ein Vergleich der Zufriedenheit mit den Therapeuten, dem Aufenthalt und der erhaltenen Hilfe und Unterstützung.

7.3.1 Depression

Hinsichtlich der Depressionswerte unterscheiden sich VG und KG mit $F(1,77) = 1.630$, $p = 0.206$ und $\text{partial } \eta^2 = 0.021$ zum ersten Messzeitpunkt nicht signifikant voneinander. Weiters ergeben sich mit $F(1,77) = 0.005$, $p = 0.942$ und $\text{partial } \eta^2 = 0.000$ auch keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der erhobenen Depressionswerte zwischen VG und KG. Sehr wohl zeigt sich aber mit $F(1,61) = 11.639$, $p = 0.001$ und $\text{partial } \eta^2 = 0.160$ eine signifikante Veränderung über die Zeit innerhalb der Personen, unabhängig von ihrer Gruppenzugehörigkeit. Anhand der deskriptiven Ergebnisse (siehe Tab. 7.3.1) wird ersichtlich, dass eine Veränderung in die beabsichtigte Richtung stattgefunden hat.

Tabelle 7.3.1: Deskriptivstatistik zu den Depressionswerten in der VG und KG zu T1 und T2.

Dimension	Gruppe	MW	SD
Depressionswerte zu T1	VG	8,81	8,09
	KG	10,69	10,51
Depressionswerte zu T2	VG	6,07	8,29
	KG	7,83	7,39

Die drei Subgruppen der VG weisen zu Therapiebeginn mit $F(2,24) = 0.084$, $p = 0.920$ und $\text{partial } \eta^2 = 0.007$ ebenfalls keine signifikanten Unterschiede in ihren Depressionswerten auf. Desweiteren hat über den Therapieverlauf mit $F(2,24) = 0.147$, $p = 0.864$ und $\text{partial } \eta^2 = 0.012$ auch keine signifikant unterschiedliche Veränderung der Depressionswerte zwischen den Gruppen der LO, EO und RA stattgefunden. Innerhalb der Personen zeigt sich mit $F(1,24) = 5.277$, $p = 0.031$ und $\text{partial } \eta^2 = 0.180$

allerdings sehr wohl eine signifikante, erwünschte Veränderung der Werte über die Zeit (siehe Tab. 7.3.2).

Tabelle 7.3.2: Deskriptivstatistik zu den Depressionswerten in der Gruppe der LO, EO und RA zu T1 und T2.

Dimension	Gruppe	MW	SD
<i>Depressionswerte zu T1</i>	LO	9.38	12.61
	EO	9.08	6.10
	RA	7.71	5.28
<i>Depressionswerte zu T2</i>	LO	6.00	13.76
	EO	7.08	5.98
	RA	4.43	2.51

Im Gegensatz zu den beiden bereits genannten Vergleichsgruppen, werden in jener der TA und TB bereits zum ersten Erhebungszeitpunkt marginal signifikante Unterschiede in den Depressionswerten mit $F(1,77) = 3.23$, $p = 0.076$ und $\text{partial } \eta^2 = 0.040$ ersichtlich. Die entsprechenden deskriptiven Ergebnisse (siehe Tab. 7.3.3) zeigen in diesem Zusammenhang eine höhere Ausprägung der Depressionswerte in der Gruppe der TA auf.

Tabelle 7.3.3: Deskriptivstatistik zu den Depressionswerten in der Gruppe der TA und TB zu T1.

Dimension	Gruppe	MW	SD
<i>Depressionswerte zu T1</i>	TA	14.75	10.21
	TB	9.89	9.52

7.3.2 Persönliche Wichtigkeit verschiedener Problembereiche im Rahmen der Alkoholabhängigkeit

Die Angaben der KG und VG in den Dimensionen *Verlust nahestehender Personen* ($X^2 = 5.944$; $p = 0.203$), *Familiäre Belastungen* ($X^2 = 4.145$; $p = 0.387$) und *Soziale Belastungen* ($X^2 = 5.032$; $p = 0.284$) der Skala „Soziales“ erweisen sich als nicht signifikant unterschiedlich. Bei genauerer Betrachtung zeigen sich in der Bewertung der angeführten Problembereiche aber dennoch geringfügige Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Der *Verlust nahestehender Personen* stellt sowohl für die befragten jüngeren als auch älteren Patienten ein sehr wichtiges Thema dar – für die KG besitzt dies

tendenziell eine größere Relevanz. *Familiäre* und *Soziale Belastungen* wurden in beiden Gruppen als wichtig bewertet, wobei familiäre Probleme tendenziell von der KG und soziale Ausgrenzung und Einsamkeit tendenziell von der VG als zentraler beurteilt wurden (siehe Tab. 7.3.4).

Tabelle 7.3.4: Skala „Soziales“ aus TH1.

	SOZIALES			
	VG		KG	
	MW	SD	MW	SD
<i>Verlust nahestehender Personen</i>	2.59	1.448	2.67	1.309
<i>Familiäre Belastungen</i>	2.15	1.537	2.42	1.360
<i>Soziale Belastungen</i>	2.11	1.601	2.06	1.264

Die Dimensionen *Belastungen im Beruf* ($X^2 = 5.451$; $p = 0.244$) und *Belastungen durch den Verlust beruflicher Tätigkeiten* ($X^2 = 2.816$; $p = 0.589$) der Skala „Berufliches“ unterscheiden sich zwischen KG und VG ebenfalls nicht signifikant, allerdings sind auch in den Angaben zur persönlichen Wichtigkeit berufsbezogener Problembereiche zumindest tendenzielle Unterschiede in beiden Altersgruppen erkennbar. *Belastungen im Beruf* wurden von der VG als wichtig, von der KG als sehr wichtig angesehen. *Belastungen durch den Verlust beruflicher Tätigkeiten* waren für die KG geringfügig vordergründiger, die diese als wichtig beurteilte, im Vergleich zu einer eher mäßig wichtigen bis wichtigen Einschätzung durch die VG (siehe Tab. 7.3.5).

Tabelle 7.3.5: Skala „Berufliches“ aus TH1.

	BERUFLICHES			
	VG		KG	
	MW	SD	MW	SD
<i>Belastungen im Beruf</i>	2.00	1.414	2.50	1.254
<i>Belastungen durch den Verlust beruflicher Tätigkeiten</i>	1.85	1.512	2.44	1.423

In den Subskalen *Belastungen durch körperliche* ($X^2 = 2.183$; $p = 0.702$) und *geistige Einschränkungen* ($X^2 = 1.031$; $p = 0.905$), *Belastungen durch Minderwertigkeitsgefühle* ($X^2 = 0.978$; $p = 0.913$) und *Finanzielle Probleme* ($X^2 = 2.429$; $p = 0.657$) der Skala „Persönliches“ zeigen sich keine signifikanten

Unterschiede zwischen VG und KG – sehr wohl aber in der Dimension *Verlust der Eigenständigkeit* ($X^2 = 9.810$; $p = 0.044$). Der *Verlust von Eigenständigkeit* besaß eine stärkere Wichtigkeit für die KG und auch *Belastungen durch Minderwertigkeitsgefühle* und *Finanzielle Probleme* wurden in der KG tendenziell als bedeutsamer bewertet. Die VG sah sich hingegen tendenziell stärker mit *Belastungen aufgrund von körperlichen Einschränkungen* konfrontiert. *Belastungen durch geistige Einschränkungen* wurden in beiden Altersgruppen gleichsam als präsent angesehen (siehe Tab. 7.3.6).

Tabelle 7.3.6: Skala „Persönliches“ aus TH1.

	PERSÖNLICHES			
	VG		KG	
	MW	SD	MW	SD
<i>Verlust der Eigenständigkeit</i>	2.26	1.163	2.56	1.340
<i>Belastungen durch körperliche Einschränkungen</i>	2.30	1.353	2.14	1.268
<i>Belastungen durch geistige Einschränkungen</i>	2.19	1.360	2.19	1.411
<i>Belastungen durch Minderwertigkeitsgefühle</i>	1.85	1.406	2.06	1.453
<i>Finanzielle Probleme</i>	1.96	1.427	2.50	1.424

7.3.3 Subjektive Einschätzung der Berücksichtigung von Problembereichen in der Therapie

Bezugnehmend auf die Skala „Soziales“ sind VG und KG in ihren persönlichen Einschätzungen, inwieweit auf damit verbundene Themenbereiche im Rahmen der Therapie eingegangen wurde, weitestgehend konform – so zeigen sich in den Subskalen *Verlust nahestehender Personen* ($X^2 = 2.195$; $p = 0.70$), *Familiäre Belastungen* ($X^2 = 2.742$; $p = 0.602$) und *Soziale Belastungen* ($X^2 = 5.203$; $p = 0.267$) keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Aufarbeitung von *Verlusten nahestehender Personen* im Rahmen der Therapie wurde von beiden Altersgruppen übereinstimmend als zu wenig bis mäßig beurteilt. *Familiäre Belastungen* und *soziale Belastungen* wurden aus subjektiver Sicht beider Patientengruppen mäßig behandelt (siehe Tab. 7.3.7).

Tabelle 7.3.7: Skala „Soziales“ aus TH2.

	SOZIALES			
	VG		KG	
	MW	SD	MW	SD
<i>Verlust nahestehender Personen</i>	1.56	1.251	1.56	1.275
<i>Familiäre Belastungen</i>	2.00	1.074	2.03	1.207
<i>Soziale Belastungen</i>	1.96	1.018	2.11	1.348

Die persönlichen Bewertungen der therapiebezogenen Berücksichtigung von *Belastungen im Beruf* ($X^2 = 1.596$; $p = 0.809$) und *Belastungen durch den Verlust beruflicher Tätigkeiten* ($X^2 = 2.868$; $p = 0.580$) in der Skala „Berufliches“ unterscheiden sich in beiden Altersgruppen ebenfalls nicht statistisch signifikant. Sowohl VG als auch KG bewerteten das Aufgreifen von *Belastungen im Beruf* bzw. jene *durch den Verlust beruflicher Tätigkeiten* als mäßig (siehe Tab. 7.3.8).

Tabelle 7.3.8: Skala „Berufliches“ aus TH2.

	BERUFLICHES			
	VG		KG	
	MW	SD	MW	SD
<i>Belastungen im Beruf</i>	1.96	1.192	2.11	1.116
<i>Belastungen durch den Verlust beruflicher Tätigkeiten</i>	1.93	1.207	2.03	1.320

Bei Betrachtung der Skala „Persönliches“ sind deutlichere Unterschiede in den Einschätzungen der jüngeren und älteren Patienten erkennbar. Während sich die Angaben beider Gruppen in den Subskalen *Verlust der Eigenständigkeit* ($X^2 = 6.611$; $p = 0.158$), *Finanzielle Probleme* ($X^2 = 2.681$; $p = 0.612$) und *Belastungen durch körperliche* ($X^2 = 7.244$; $p = 0.124$) und *geistige Einschränkungen* ($X^2 = 6.703$; $p = 0.152$) als nicht signifikant unterschiedlich erweisen, zeigen sich in der Dimension *Belastungen durch Minderwertigkeitsgefühle* ($X^2 = 8.150$; $p = 0.086$) zumindest marginal signifikante Unterschiede. Die Beachtung von *Belastungen durch Minderwertigkeitsgefühle* im Zuge der Therapie empfanden Personen der VG als mäßig, die KG hingegen als zu gering. In Bezug auf die vier weiteren

Themenbereiche zeigen sich ähnliche Ergebnisse – in der VG wurde das Eingehen auf diese Themen als mäßig, in der KG allerdings tendenziell als zu wenig bis mäßig angesehen (siehe Tab. 7.3.9).

Tabelle 7.3.9: Skala „Persönliches“ aus TH2.

	PERSÖNLICHES			
	VG		KG	
	MW	SD	MW	SD
<i>Verlust der Eigenständigkeit</i>	2.19	1.210	1.67	1.195
<i>Belastungen durch körperliche Einschränkungen</i>	2.26	1.095	1.78	1.045
<i>Belastungen durch geistige Einschränkungen</i>	2.30	1.203	1.72	1.210
<i>Belastungen durch Minderwertigkeitsgefühle</i>	1.96	1.224	1.36	1.125
<i>Finanzielle Probleme</i>	1.96	1.224	1.75	1.204

7.3.4 Teilnahme an therapeutischen Basis- und Zusatzangeboten und Patientenzufriedenheit

Die Teilnahme an „therapeutischen Basisangeboten“, wie *Einzelgespräche* ($X^2 = 0.762$; $p = 0.383$), *Klein- und Großgruppe* ($X^2 = 0.043$; $p = 0.836$), *Betreuung durch Pflegepersonen* ($X^2 = 0.262$; $p = 0.608$), *Rückfallspräventionsgruppe* ($X^2 = 1.193$; $p = 0.275$), *Raucherentwöhnungsgruppe* ($X^2 = 0.009$; $p = 0.926$) und *Spielergruppe* ($X^2 = 0.556$; $p = 0.456$) gestaltete sich zwischen den beiden Altersgruppen nicht signifikant unterschiedlich. Als einzige Ausnahme erwies sich der *Kontakt zur Sozialarbeit* ($X^2 = 8.468$; $p = 0.004$) – der sich zwischen VG und KG als hoch signifikante unterschiedlich erwies.

Basisangebote, wie *Einzelgespräche mit TherapeutInnen* und *Klein- oder Großgruppen* wurden von fast allen Patienten in Anspruch genommen. Auch die *Betreuung durch und Gespräche mit Pflegepersonen* sowie die *Rückfallspräventionsgruppe* erwiesen in der KG und VG als gern genutzte Angebote. Hilfe und Unterstützung durch die *SozialarbeiterInnen* wurden hingegen von Personen der KG im Vergleich zu jenen der VG stärker aufgesucht. Die *Raucherentwöhnungs- und Spielergruppe* wurden von beiden Patientengruppen vergleichsweise selten besucht, was allerdings unter dem Gesichtspunkt betrachtet werden muss, dass es sich hierbei um suchtspezifische Interventionen handelt, die nicht für alle Personen gleichermaßen zutreffend sind (siehe Tab. 7.3.10).

Tabelle 7.3.10: Teilnahme der VG und KG an „Therapeutischen Basisangeboten und suchtspezifische Interventionen“.

THERAPEUTISCHES BASISANGEBOT UND SUCHTSPEZIFISCHE INTERVENTIONEN		
	VG	KG
	HÄUFIGKEIT (%)	HÄUFIGKEIT (%)
<i>Einzelgespräche mit TherapeutInnen</i>	27 (100%)	35 (97,2%)
<i>Kleingruppe</i>	27 (100%)	36 (100%)
<i>Großgruppe mit allen PatientInnen der Abteilung</i>	26 (96,3%)	35 (97,2%)
<i>Betreuung und Gespräche mit Pflegepersonen</i>	14 (51,9%)	21 (58,3%)
<i>Kontakt zur Sozialarbeit</i>	8 (29,6%)	24 (66,7%)
<i>Rückfallpräventionsgruppe</i>	12 (44,4%)	21 (58,3%)
<i>Raucherentwöhnungsgruppe</i>	5 (18,5%)	7 (19,4%)
<i>SpieLERgruppe (Internet- und Glücksspielsucht)</i>	1 (3,7%)	3 (8,3%)

Bezugnehmend auf „komorbiditätsspezifische Interventionen“, wie *Progressive Muskelentspannung* ($X^2 = 0.808$; $p = 0.369$), *Gedächtnistraining* ($X^2 = 0.191$; $p = 0.662$) oder *Biofeedback* ($X^2 = 1.193$; $p = 0.275$) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Teilnahme zwischen VG und KG.

Bei den Patienten fand vor allem die *Progressive Muskelentspannung nach Jacobson* Anklang, die von der VG geringfügig stärker präferiert wurde. Im Vergleich dazu, wurden die Möglichkeit des *Gedächtnistrainings* und die des *Biofeedbacks* von beiden Patientengruppen kaum wahrgenommen (siehe Tab. 7.3.11).

Tabelle 7.3.11: Teilnahme der VG und KG an „komorbiditätsspezifischen Interventionen“.

INTERVENTIONEN BEZÜGLICH BEGLEITERKRANKUNGEN		
	VG	KG
	HÄUFIGKEIT (%)	HÄUFIGKEIT (%)
<i>Progressive Muskelentspannung nach Jacobson</i>	12 (44,4%)	12 (33,3%)
<i>Gedächtnistraining im Psychologischen Bereich</i>	4 (14,8%)	4 (11,1%)
<i>Biofeedback</i>	2 (7,4%)	6 (16,7%)

„Sport- und bewegungszentrierte Module“, wie *Aktives Erwachen* ($X^2 = 0.138$; $p = 0.710$), *Training in der Kraftkammer* ($X^2 = 0.808$; $p = 0.369$), *Nordic Walking* ($X^2 = 1.450$; $p = 0.229$), *Körperwahrnehmung* ($X^2 = 0.049$; $p = 0.825$), *Laufen* ($X^2 = 0.656$; $p = 0.418$) oder *Wandern in der Gruppe* ($X^2 = 1.659$; $p = 0.198$) wurde von keiner der beiden Gruppen signifikant stärker besucht. Auch in der Teilnahme an Modulen mit medizinischem Hintergrund, wie *Physiotherapeutische Behandlung* ($X^2 = 0.066$; $p = 0.798$), *Wirbelsäulengymnastik* ($X^2 = 0.006$; $p = 0.940$) oder *therapeutische Rückenschule* ($X^2 = 1.857$; $p = 0.173$) zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen VG und KG. Die Teilnahme beider Gruppen unterscheidet sich lediglich in Bezug auf *Fußball/Volleyball* ($X^2 = 5.240$; $p = 0.022$) signifikant und bezugnehmend auf *QiGong* ($X^2 = 3.375$; $p = 0.066$) marginal signifikant.

Betrachtet man die entsprechende Deskriptivstatistik (siehe Tab. 7.3.12), kann trotz der nur in wenigen Bereichen gefundenen signifikanten Unterschiede davon ausgegangen werden, dass Aktivitäten, die körperliche Kraft und Fitness voraussetzen (z.B. *Laufen*, Mannschaftssport wie *Fußball* oder *Volleyball* und *QiGong*) tendenziell eher von der KG genutzt wurden. Von der VG wurden im Gegensatz dazu geringfügig stärker sportliche Betätigungen, wie *Nordic Walking* oder *Wandern in der Gruppe* bevorzugt. Das *Training in der Kraftkammer* wurde hingegen nicht nur vom Großteil der KG, sondern auch der VG durchgeführt. Angebote zur *Körperwahrnehmung* und der *Wirbelsäulengymnastik* wurden sowohl von der VG als auch von der KG mittelmäßig besucht. Von beiden Patientengruppen selten in Anspruch genommen wurden *physiotherapeutische Behandlungen* sowie die Module zum *Aktiven Erwachen* und jenes der *therapeutischen Rückenschule*.

Tabelle 7.3.12: Teilnahme der VG und KG an „sport- und bewegungszentrierten Modulen“.

SPORT- UND BEWEGUNGSZENTRIERTE MODULE		
	VG	KG
	HÄUFIGKEIT (%)	HÄUFIGKEIT (%)
<i>Aktives Erwachen</i>	3 (11,1%)	3 (8,3%)
<i>Training in der Kraftkammer</i>	15 (55,6%)	24 (66,7%)
<i>Nordic Walking</i>	7 (25,9%)	5 (13,9%)
<i>Körperwahrnehmung</i>	12 (44,4%)	15 (41,7%)
<i>Laufen (organisiert in Gruppen)</i>	2 (7,4%)	5 (13,9%)
<i>Physiotherapeutische Behandlung (einzeln)</i>	6 (22,2%)	9 (25%)
<i>Wirbelsäulengymnastik</i>	10 (37,0%)	13 (36,1%)

SPORT- UND BEWEGUNGSZENTRIERTE MODULE

	VG	KG
	HÄUFIGKEIT (%)	HÄUFIGKEIT (%)
<i>Wandern in Gruppen (Bewegungstherapie)</i>	10 (37,0%)	8 (22,2%)
<i>Fußball und/ oder Volleyball</i>	1 (3,7%)	9 (25,0%)
<i>QiGong</i>	3 (11,1%)	11 (30,6%)
<i>Therapeutische Rückenschule</i>	1 (3,7%)	5 (13,9%)

Die Teilnahme beider Gruppen an den „Angeboten der Sozialarbeit und der beruflichen Re-Integration“, wie *Lernzentrum* ($X^2 = 0.073$; $p = 0.787$), *Arbeitstherapie* ($X^2 = 0.006$; $p = 0.937$) und *Beratung durch die Wiener Berufsbörse* ($X^2 = 0.656$; $p = 0.418$) sowie der *Kontakt zu sozialökonomischen Betrieben* ($X^2 = 0.043$; $p = 0.836$) erwiesen sich als nicht signifikant unterschiedlich.

In beiden Gruppen wurde am deutlichsten die *Arbeitstherapie/ Allround Training* und das *Lernzentrum* präferiert. Die Möglichkeit einer *Beratung durch die Wiener Berufsbörse/ AMS* und jene der Unterstützung bei der Herstellung von *Kontakten zu sozialökonomischen Betrieben* wurden hingegen kaum ergriffen (siehe Tab. 7.3.13).

Tabelle 7.3.13: Inanspruchnahme von „Angeboten der Sozialarbeit und beruflichen (Re-)Integration“ durch die VG und KG.

ANGEBOTE DER SOZIALARBEIT UND DER BERUFLICHEN (RE-)INTEGRATION		
	VG	KG
	HÄUFIGKEIT (%)	HÄUFIGKEIT (%)
<i>Lernzentrum (z.B. ECDL, EBCL, Sprachen, usw.)</i>	6 (22,2%)	7 (19,4%)
<i>Arbeitstherapie/ Allround Training</i>	8 (29,6%)	11 (30,6%)
<i>Beratung durch Wiener Berufsbörse/ AMS</i>	2 (7,4%)	5 (13,9%)
<i>Kontakt zu sozialökonomischem Betrieb oder Arbeitsplatz</i>	1 (3,7%)	1 (2,8%)

Die Teilnahme beider Gruppen an den „Kreativtherapien“, nämlich der *Aktivgruppe in der Werkstatt* ($X^2 = 0.229$; $p = 0.632$), *Gartengruppe* ($X^2 = 0.729$; $p = 0.393$), *Besuch in der freien Werkstatt* ($X^2 = 0.525$; $p = 0.469$), *Musikprojekt* ($X^2 = 0.018$; $p = 0.893$), *Mal- und Gestaltungstherapie* ($X^2 = 0.389$; $p = 0.533$) und *Kreativkurse* ($X^2 = 0.652$; $p = 0.419$) erwies sich als nicht signifikant unterschiedlich.

Von den angebotenen Kreativtherapien fand die *Arbeit in der freien Werkstatt* sowohl in der KG, als auch in der VG am meisten Anklang. An der *Aktivgruppe der Werkstatt*, sowie an der *Mal- und Gestaltungstherapie* nahm nur ein mäßiger Anteil beider Patientengruppen teil. Die *Gartengruppe*, verschiedene *Kreativkurse* und das *Musikprojekt* wurden im Vergleich dazu kaum besucht (siehe Tab. 7.3.14).

Tabelle 7.3.14: Teilnahme der VG und KG an den „Kreativtherapien“.

KREATIVTHERAPIEN		
	VG	KG
	HÄUFIGKEIT (%)	HÄUFIGKEIT (%)
<i>Aktivgruppe in der Werkstatt</i>	4 (14,8%)	7 (19,4%)
<i>Gartengruppe (klinisches Gärtnern)</i>	2 (7,4%)	1 (2,8%)
<i>Besuch in der freien Werkstatt</i>	9 (33,3%)	9 (25%)
<i>Musikprojekt</i>	2 (7,4%)	3 (8,3%)
<i>Mal- und Gestaltungstherapie</i>	3 (11,1%)	6 (16,7%)
<i>Kreativkurse</i>	3 (11,1%)	2 (5,6%)

Bezugnehmend auf den Besuch von „Lebens- und Freizeitgestaltungsangeboten“, wie dem *Philosophikum* ($X^2 = 0.762$; $p = 0.383$), *Kinotherapie* ($X^2 = 0.309$; $p = 0.578$), *Lesezirkel* ($X^2 = 0.089$; $p = 0.765$), *Ausflüge mit Schwester Franzi* ($X^2 = 2.423$; $p = 0.120$) und *Log In* ($X^2 = 0.018$; $p = 0.893$) konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen ermittelt werden. Auch die Inanspruchnahme von *therapeutischen Tag- und Nachtausgängen* ($X^2 = 1.571$; $p = 0.210$) erwies sich zwischen VG und KG als nicht signifikant unterschiedlich.

Von allen angebotenen Lebens- und Freizeitgestaltungsmöglichkeiten wurden von beiden Patientengruppen am häufigsten diverse *Freizeit- und Kulturausflüge mit Schwester Franzi* sowie die *Kinotherapie* ausgewählt. Die Teilnahme am *Lesezirkel* und verschiedenen *Log In-Angeboten*, wie Sport, Tanz oder Theater war nicht nur in der KG, sondern auch in der VG gering, das *Philosophikum* wurde ausschließlich von einem Patienten im jüngeren Alter besucht. *Therapeutische Tag- und Nachtausgänge* wurden dagegen von der überwiegenden Mehrheit beider Gruppen wahrgenommen (siehe Tab. 7.3.15).

Tabelle 7.3.15: Teilnahme der VG und KG an „Angeboten zur Lebens- und Freizeitgestaltung“.

ANGEBOTE ZUR LEBENS- UND FREIZEITGESTALTUNG		
	VG	KG
	HÄUFIGKEIT (%)	HÄUFIGKEIT (%)
<i>Philosophicum</i>	0	1 (2,8%)
<i>Kinotherapie</i>	6 (22,2%)	6 (16,7%)
<i>Lesezirkel</i>	2 (7,4%)	2 (5,6%)
<i>Freizeit- und Kulturausflüge mit Schwester Franzi</i>	10 (37%)	7 (19,4%)
<i>Log In (Sport, Yoga, Tanz, Theater, etc.)</i>	2 (7,4%)	3 (8,3%)
<i>therapeutische Tag- und Nachtausgänge</i>	18 (66,7%)	29 (80,6%)

Die Analyse der Patientenzufriedenheit mit den TherapeutInnen, dem Aufenthalt, sowie der erhaltenen Hilfe und Unterstützung ergab nur geringfügige Unterschiede zwischen VG und KG.

In der *Zufriedenheit mit den TherapeutInnen* zeigten sich zwischen den beiden Altersgruppen keine statistisch signifikanten Unterschiede ($\chi^2 = 0.054$; $p = 0.973$) – sowohl VG ($MW = 3.19$; $SD = 0.681$) als auch KG ($MW = 3.22$; $SD = 0.681$) berichteten über eine sehr hohe Zufriedenheit. Abbildung 7.3.1 zeigt die entsprechende Antwortverteilung der VG und KG auf alle möglichen Kategorien.

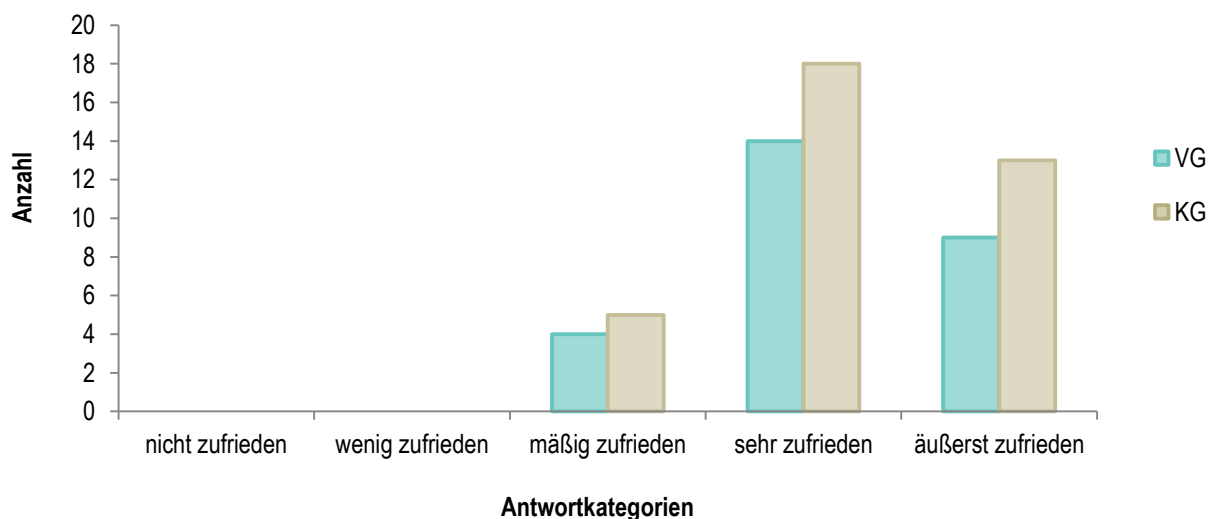


Abbildung 7.3.1: Antwortverteilung in der VG und KG zur Zufriedenheit mit den TherapeutInnen am API.

Auch die *Zufriedenheit mit dem therapeutischen Aufenthalt* erwies sich in beiden Gruppen als nicht signifikant unterschiedlich ($\chi^2 = 1.226$; $p = 0.874$). Während die VG eine sehr hohe Zufriedenheit

äußerte ($MW = 2.74$; $SD = 0.813$), konnte in der KG ein tendenziell mäßige bis sehr hohe Zufriedenheit erzielt werden ($MW = 2.53$; $SD = 0.941$). In Abbildung 7.3.2 wird die entsprechende Verteilung der gewählten Antwortmöglichkeiten in der VG und KG ersichtlich.

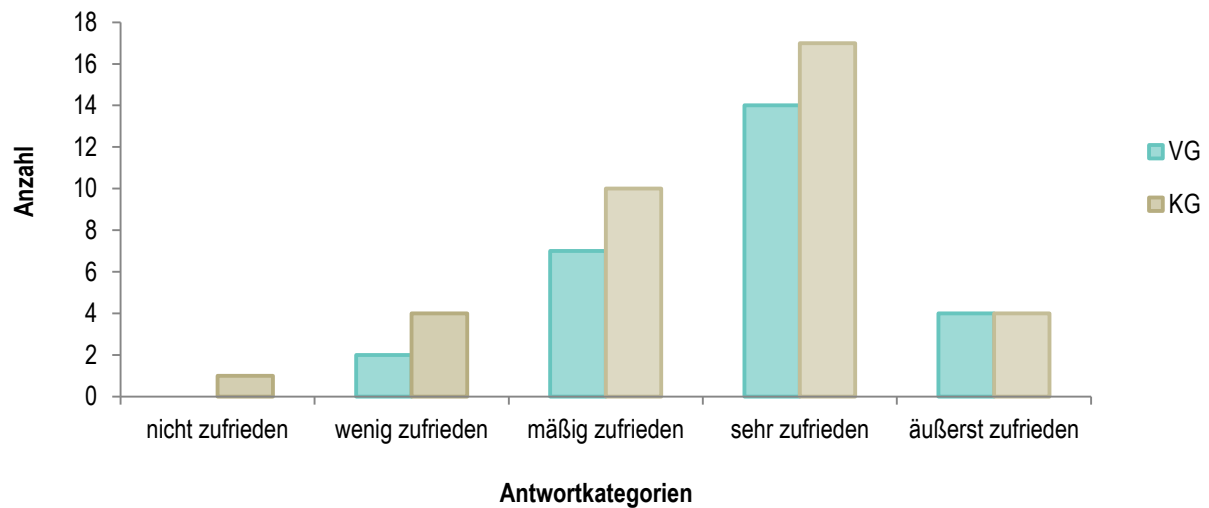


Abbildung 7.3.2: Antwortverteilung in der VG und KG zur Zufriedenheit mit dem therapeutischen Aufenthalt am API.

Die Beantwortung des abschließenden Items zur Patientenzufriedenheit, im Zuge dessen angegeben werden sollte, *wie hilfreich die Therapieangebote erlebt wurden*, fiel ebenfalls in beiden Gruppen nicht signifikant unterschiedlich aus ($\chi^2 = 5.707$; $p = 0.127$). Die therapeutischen Angebote und Aktivitäten am Anton Proksch Institut wurden von der VG als sehr hilfreich angesehen ($MW = 3.07$; $SD = 0.616$) und von der KG tendenziell als mäßig bis sehr hilfreich bewertet ($MW = 2.67$; $SD = 0.676$). Die Verteilung der gewählten Antwortkategorien in der VG und KG wird in Abbildung 7.3.3 dargestellt.

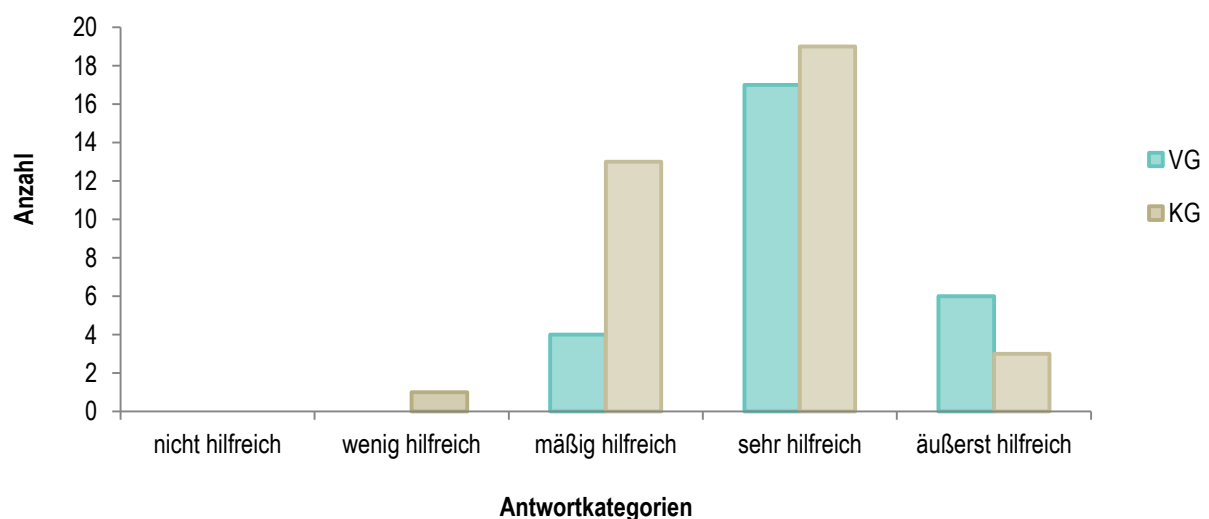


Abbildung 7.3.3: Antwortverteilung in der Bewertung der erhaltenen Hilfe und Unterstützung in beiden Altersgruppen.

8 Interpretation und Diskussion

Dieses Kapitel wurde im Kollegium verfasst, mit Ausnahme einzelner Passagen zu den beiden Schwerpunktbereichen – in der vorliegenden Arbeit die Stressbewältigung – die individuell von der jeweiligen Verfasserin erarbeitet wurden.

Der nachfolgende Abschnitt umfasst eine detaillierte Interpretation und Diskussion der gewonnenen Studienergebnisse zu den drei vorab festgelegten Prädiktoren eines Therapieerfolges, der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität*, der *personellen Ressourcen* und der *Stressbewältigung*. Den Abschluss bildet eine Thematisierung des Einflusses dieser drei Faktoren auf einen *Therapieabbruch*, sowie eine übersichtliche *Zusammenfassung* der wichtigsten Erkenntnisse dieser Studie und damit verbundener Erklärungsansätze.

8.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Unter Berücksichtigung des möglichen Normwertebereiches im SF-36 (siehe Kap. 6.2.2) kann sowohl in der VG als auch in der KG von einer mittleren bis hohen Ausprägung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu Therapiebeginn ausgegangen werden, die der Annahme einer niedrigen Lebensqualität unter Alkoholabhängigen in der gängigen Forschungsliteratur (vgl. Günther et al., 2007; Romeis et al., 1999) eher widerspricht. Als übereinstimmend mit anderen Forschungsarbeiten erwiesen sich allerdings die, auch in der vorliegenden Studie gefundenen, niedrigsten aller Ausprägungen in den psychischen Dimensionen (vgl. emotionale Rollenfunktion, Vitalität und psychisches Wohlbefinden) in beiden Gruppen (vgl. Morgan et al., 2004; Okoro et al., 2004), die am stärksten die Wahrnehmung der objektiv nachteiligen Lebenssituation widerspiegeln (vgl. Rudolf et al., 1996).

Im Zuge der Voranalyse konnte desweiteren kein signifikanter Unterschied in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen VG und KG vor Antritt der Therapie ermittelt werden. Obgleich die Ergebnisse verschiedener vorangegangener Studien zum Thema, die für eine geringere Lebensqualität älterer verglichen mit jüngeren Alkoholabhängigen sprechen (vgl. Morgan et al., 2004; Okoro et al., 2004), nicht bestätigt werden konnten, wies die KG zumindest tendenziell höhere Werte in der überwiegenden Mehrheit der Subskalen auf (siehe Tab. 7.2.3 und 7.2.4).

Als ausschlaggebend für die relativ ähnlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualitätswerte der VG und KG können wahrscheinlich die vergleichbaren Ausprägungen verschiedener Einflussfaktoren auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (siehe Kap. 2.4.1) in beiden Gruppen angesehen werden. So

konnte bezüglich *soziodemografischer Einflussfaktoren*, wie z.B. der schulischen Qualifikation, ein vergleichbarer, adäquater Bildungsgrad in beiden Gruppen ermittelt werden (siehe Abb. 7.1.3). In den Angaben zum Familienstand (siehe Kap. 7.1.6) und zur persönlichen Wichtigkeit von familiären Belastungen (siehe Tab. 7.3.4) zeigten sich ebenfalls nur marginale Unterschiede. Auch hinsichtlich *psychosozialer Indikatoren*, wie der beruflichen Situation (siehe Kap. 7.1.5), der sozialen Eingebundenheit (siehe Kap. 7.1.8), sowie sozialer oder beruflicher Belastungen (siehe Tab. 7.3.4 und 7.3.5) unterschieden sich beide Gruppen in ihren Angaben nur geringfügig bis gar nicht voneinander. Lediglich in Bezug auf *Folge- und Begleiterkrankungen*, die ebenfalls zentrale Determinanten der Lebensqualität darstellen, zeigten sich teilweise etwas deutlichere Unterschiede. Die am häufigsten genannte psychische Erkrankung stellte in Übereinstimmung mit verschiedenen anderen Forschungsarbeiten (vgl. Kryspin-Exner, 2008; Beutel & Baumann, 2000), sowohl in der VG als auch in der KG die Depression dar (siehe Kap. 7.1.10), wobei in beiden Gruppen eine vergleichbare niedrige bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome zum ersten Erhebungszeitpunkt festgestellt wurde (siehe Tab. 7.3.1). Desweiteren erwiesen sich aus der Abhängigkeit resultierende kognitive Einschränkungen und damit verbundene Belastungen in beiden Gruppen als gleichsam präsent – mit alters- und abhängigkeitsbedingten körperlichen Einbußen und Folgen sah sich hingegen die VG tendenziell stärker konfrontiert (siehe Tab. 7.3.6). Dieses Ergebnis lässt sich höchstwahrscheinlich auf das signifikant häufigere Vorliegen von physischen Erkrankungen in der VG (siehe Kap. 7.1.11) und auch auf die damit verbundenen, geringfügig stärkeren *Körperlichen Schmerzen* und tendenziell geringeren Werte in der Dimension *Körperliche Rollenfunktion* der VG im SF-36 (siehe Tab. 7.2.3) zurückführen.

Somit kann in Anbetracht der objektiv vergleichbaren Ausgangslage beider Gruppen angenommen werden, dass viele der Indikatoren, die als zentrale Determinanten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei bestehender Alkoholabhängigkeit gelten, in der vorliegenden Studie offensichtlich nur geringen altersspezifischen Einflüssen unterworfen waren. Die ähnlichen Lebensqualitätswerte in beiden Gruppen, trotz einer signifikant stärkeren Präsenz physischer Erkrankungen unter den Älteren, lassen weiters auch vermuten, dass nicht nur gesunde (vgl. Winkler et al., 2003; von Steinbüchel et al., 2005), sondern auch alkoholabhängige Ältere über angemessene Regulations- und Kompensationsprozesse zur Aufrechterhaltung des Wohlbefindens verfügen. Diese Annahme lässt sich letztlich auch dadurch untermauern, dass der abhängigkeits- und/ oder altersbedingte Verlust von Eigenständigkeit ein signifikant wichtigeres Thema in der KG darstellte (siehe Kap. 7.3.2), obwohl diese über den objektiv besseren körperlichen Gesundheitszustand verfügte.

Bei genauerer Analyse der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zum zweiten Erhebungszeitpunkt zeigte sich, dass durch die Therapie ein signifikanter Anstieg aller Skalenwerte und eine daraus

resultierende, hohe Ausprägung der Lebensqualität in beiden Gruppen gegen Therapieende erreicht wurden. Zur Steigerung der Lebensqualität Alkoholabhängiger im therapeutischen Kontext, ist ausgehend von der aktuellen Forschungsliteratur eine Auseinandersetzung mit der psychischen Verfassung der Patienten, eine Mobilisierung zentraler Ressourcen und eine Verringerung von Depressionswerten vordergründig (vgl. Saatcioglu et al., 2008; Daig & Lehmann, 2007). In der vorliegenden Studie konnte diesbezüglich eine vergleichbare, signifikante Verbesserung der Skalenwerte in den psychischen Dimensionen des SF-36 (siehe Tab. 7.2.3 und 7.2.4), zentraler Ressourcen (z.B. Stressbewältigungsfähigkeiten und Selbstwirksamkeit) (siehe Kap. 7.2.2.1) und der depressiven Symptomatik (siehe Kap. 7.3.1) in beiden Gruppen erzielt werden.

Die in beiden Gruppen ähnlich verlaufene, signifikante Verbesserung dieser ausschlaggebenden Determinanten stellt wahrscheinlich nicht nur eine Begründung für die generelle Zunahme der Lebensqualität über den Therapieverlauf dar, sondern erklärt vermutlich auch, warum keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der Lebensqualität zwischen VG und KG gefunden wurden. Auch wenn sich die Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den beiden Gruppen nicht signifikant unterschiedlich gestaltete, werden aus den deskriptiven Ergebnissen aber dennoch interessante Tendenzen in den einzelnen Subskalen ersichtlich – so zeigte sich, dass sowohl in der VG als auch in der KG die *Körperlichen Schmerzen* im Laufe der Therapie tendenziell anstiegen (siehe Tab. 7.2.3 und 7.2.4). Dies kann eventuell auf den körperlichen und psychischen Entzug zurückgeführt werden, oder auch auf die Möglichkeit, dass abhängigkeitsbedingte oder –auslösende Schmerzen vor Therapiebeginn im Sinne der Self Medication Hypothese (siehe Kap. 4.4.1) durch den Konsum von Alkohol kompensiert wurden. Darüber hinaus wies die KG, im Vergleich zur überwiegenden Mehrheit der Subskalen zum ersten Messzeitpunkt, nach Therapiebeendigung vor allem geringfügig höhere Werte in den physischen Dimensionen (z.B. Körperliche Funktionsfähigkeit und Rollenfunktion) auf. In der VG konnte durch die Therapie indessen ein tendenziell stärkerer Anstieg in den psychischen Dimensionen (Vitalität, Psychisches Wohlbefinden und emotionale Rollenfunktion) im Vergleich zur KG erreicht werden (siehe Tab. 7.2.3 und 7.2.4).

Die erzielte Steigerung über den Therapieverlauf und das hohe Level der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Therapiebeendigung in beiden Gruppen, lassen darauf schließen, dass in der Therapie verschiedene Determinanten und Förderungsmöglichkeiten zufriedenstellend aufgegriffen und behandelt wurden. Die Tatsache, dass die Lebensqualität in beiden Gruppen in gleichem Ausmaß gesteigert werden konnte, weist darüber hinaus auf eine ausreichende Berücksichtigung sowohl störungs- als auch altersgruppenspezifischer Faktoren im Rahmen der Therapie hin. Dies wird vor allem dadurch deutlich, dass in der VG, trotz einer stärkeren Präsenz von physischen Einbußen, offensichtlich

ein positiver Umgang mit den krankheitsbedingten Symptomen aufrechterhalten und gefördert werden konnte, womit letztlich sogar eine tendenziell stärkere Verbesserung der psychischen Befindlichkeit verbunden war. Dies spiegelt sich auch in den Angaben beider Gruppen über die Berücksichtigung physischer Einschränkungen und damit verbundener Belastungen im therapeutischen Kontext wider, die die VG als tendenziell vordergründiger erlebte (siehe Tab. 7.3.9).

Unterzieht man die Subgruppen der VG einer genaueren Betrachtung, so ergibt sich im Rahmen der Voranalyse auch zwischen diesen Gruppen kein signifikanter Unterschied hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu Therapiebeginn. Obgleich keine statistische Signifikanz vorlag, zeigten sich dennoch in der Gruppe der LO die geringfügig höchsten Werte im Großteil der Subskalen – die Gruppe der RA wies die marginal niedrigsten Werte in den physischen Dimensionen auf, jene der EO die tendenziell geringsten Werte in den psychischen Dimensionen (siehe Tab. 7.2.6, 7.2.7 und 7.2.8). Als Erklärungsgrundlage für die ähnlichen Lebensqualitätswerte der drei Gruppen können auch hier wieder die vergleichbaren Ausprägungen verschiedener Einflussfaktoren (siehe Kap. 2.4.1) herangezogen werden – so unterschieden sich die Gruppen der LO, EO und RA unter anderem hinsichtlich des Familienstandes (siehe Kap. 7.1.6), der beruflichen Situation (siehe Kap. 7.1.5), der sozialen Eingebundenheit (siehe Kap. 7.1.8) oder vorliegender psychischer Erkrankungen (siehe Kap. 7.1.10 und Tab. 7.3.2) nicht signifikant oder höchstens marginal signifikant voneinander. Betrachtet man hingegen die körperlichen Erkrankungen der VG unter Hinzuziehung der drei Subgruppen, so wird ersichtlich, dass die Gruppe der EO, gefolgt von jener der RA am deutlichsten von körperlichen Krankheiten und Einbußen betroffen war, während kein einziges Mitglied der LO-Gruppe an einer physischen Erkrankung litt (siehe Kap. 7.1.11).

Demnach zeigte sich in Anlehnung an diverse vorangegangene Forschungsarbeiten auch in der vorliegenden Studie, dass vor allem jene älteren Alkoholabhängigen mit langjährigem Konsum am deutlichsten von den kumulierenden Abhängigkeitsfolgen betroffen sind (vgl. Beutel & Baumann, 2000; DHS, 2011). Die kongruente Ausgangslage aller dreier Gruppen vor Therapiebeginn lässt in diesem Zusammenhang allerdings auch darauf schließen, dass der objektive nicht mit dem subjektiv empfundenen Gesundheitszustand übereinstimmen muss – so stellt die Dauer der Abhängigkeit zwar einen Indikator für die Entstehung von Folge- und Begleiterkrankungen dar, gibt vermutlich aber nur unzureichend Aufschluss über die subjektive Wahrnehmung der individuellen Gesundheit und der damit verbundenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Über den Therapieverlauf hinweg wurde desweiteren ein signifikanter Anstieg in allen Dimensionen, bis auf jene der *Körperlichen Funktionsfähigkeit* und der *Körperlichen Schmerzen* festgestellt, der für eine hohe gesundheitsbezogene Lebensqualität in allen drei Gruppen gegen Therapieende spricht. Die

Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verlief in den drei Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. In Bezug auf die *Körperlichen Schmerzen* muss in diesem Zusammenhang angemerkt werden, dass die Gruppe der EO sowohl zum ersten als auch zweiten Messzeitpunkt zwar das geringfügig niedrigste Schmerzerleben aufwies, in dieser Gruppe allerdings auch der tendenziell stärkste Anstieg körperlicher Schmerzen zu verzeichnen war. Ähnlich der ersten Datenerhebung zeigten die Gruppen der EO und RA, verglichen mit jener der LO, auch in der zweiten Erhebung tendenziell schlechtere Werte in den physischen und psychischen Dimensionen (siehe Tab. 7.2.6, 7.2.7 und 7.2.8).

Die starke Präsenz körperlicher Schmerzen in allen Subgruppen der VG stellt möglicherweise eine Folge des abstinenzbedingten Wegfalls der dämpfenden Alkoholwirkung (vgl. Ayer et al., 2011; Brady & Sonne, 1999) dar. Die gefundenen körperlichen Einbußen und damit verbundene Schmerzen der älteren Alkoholabhängigen könnten darüber hinaus neben abhängigkeitsbedingten auch altersbezogenen Einflüssen unterliegen, die aufgrund des höheren Alters oft unabwendbar sind (vgl. Lazarus, 1999; Maercker, 2002) und so im therapeutischen Rahmen nicht unmittelbar verändert werden können. Die dennoch erreichte signifikante Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität trotz augenscheinlich vorhandener physischer Einbußen und Schmerzen, lässt allerdings darauf schließen, dass im Zuge der Therapie die Förderung von Akzeptanz und die Vermittlung eines positiven Umgangs mit diesen erfolgreich umgesetzt werden konnte. Die Tatsache, dass kein signifikanter Unterschied in der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität resultierte, führt darüber hinaus zu der Annahme, dass die unterschiedlichen Charakteristika der drei Subtypen in der Therapie ausreichend berücksichtigt wurden und im Zuge dessen auf die Teilnehmer individuell und zufriedenstellend eingegangen wurde.

8.2 Personelle Ressourcen

Bei Therapieantritt wiesen sowohl VG als auch KG unter Hinzuziehung des möglichen T-Wertebereiches im FERUS (siehe Kap. 6.2.3) eine latent unterdurchschnittliche bis mittelmäßige Ressourcenausprägung auf. Das gefundene, eher suboptimale Ressourcenpotential beider Gruppen lässt sich wahrscheinlich durch die in der gängigen Forschungsliteratur vertretene Annahme erklären, dass vorhandene Ressourcen bei bestehender Alkoholabhängigkeit oftmals durch abhängigkeitsbedingte Probleme überlagert (vgl. Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Rüster, 2007) und dadurch wahrscheinlich als weniger präsent erlebt werden.

Die Voranalyse zeigte darüber hinaus auf, dass sich beide Altersgruppen in ihrer Ressourcenausprägung nicht signifikant unterschieden. Dennoch sind bei genauerer Betrachtung der einzelnen Skalen interessante, tendenzielle Unterschiede erkennbar (siehe Tab. 7.2.11 und 7.2.12) – so konnten in der VG geringfügig höhere Werte in all jenen Subskalen ermittelt werden, die nach Jack (2007) unter *Selbstmanagementfähigkeiten* subsummiert werden, die KG hingegen erzielte tendenziell höhere Werte in den beiden, als *therapierelevante Ressourcen* zusammengefassten Skalen (siehe Kap. 6.2.3).

Die marginal höheren Werte der VG in den Selbstmanagementfähigkeiten *Selbstbeobachtung* und *Selbstverbalisation* lassen darauf schließen, dass die älteren Teilnehmer tendenziell fähiger sind, eigene Empfindungen und Verhalten in Belastungssituationen zu beobachten und zu steuern und diese falls nötig einer kognitiven Umstrukturierung zu unterziehen, was durchaus literaturkonform ist (vgl. Grom, 2007; Bodenmann & Widmer, 2000). Desweiteren wurden auch in den Dimensionen *Coping* und *Selbstwirksamkeit* geringfügig höhere Werte unter den älteren Patienten gefunden – da diese beiden Skalen nicht nur die Fähigkeit erfassen, geeignete Bewältigungsstrategien zu entwickeln und anzuwenden, sondern auch jene, unveränderbare Situationen zu akzeptieren, kann die tendenziell bessere Ausprägung in der VG möglicherweise auch durch eine altersbedingte höhere Akzeptanz von Veränderungen (vgl. Lazarus, 1999) und damit verbundenen erfolgreicherem situationalen Anpassungsfähigkeiten erklärt werden (vgl. Halisch & Geppert, 2000; Bodenmann & Widmer, 2000). Die Ergebnisse für die therapierelevante Ressource *Soziale Unterstützung* weisen indessen darauf hin, dass die KG ihre sozialen Beziehungen als unterstützender erlebt, obwohl aus objektiver Sicht kein signifikanter Unterschied in Bezug auf das soziale Umfeld und die Eingebundenheit beider Gruppen ermittelt wurde (siehe Kap. 7.1.8). Die marginal höheren Werte der KG in der Subskala *Veränderungsmotivation* sprechen übereinstimmend mit der aktuellen Forschungsliteratur (vgl. Wetterling et al., 2002; Maercker, 2002) für ein geringfügig stärkeres Bewusstsein des negativen Ausgangszustandes, sowie einer größeren Motivation unter den jüngeren Patienten, diesen im Zuge der Therapie verändern zu wollen. Letztlich weist diese Skala aber auch auf einen tendenziell stärkeren Leidensdruck unter den jüngeren Erwachsenen hin, der möglicherweise für die geringfügig niedrigere Ausprägung der Selbstmanagementfähigkeiten mitverantwortlich war.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass keine der beiden Vergleichsgruppen zu Therapiebeginn durch gravierende Ressourcendefizite charakterisiert war, obgleich sowohl in der VG als auch in der KG kein optimales Ressourcenpotential vorlag. Dies lässt vermuten, dass die individuelle Ressourcenausprägung einen möglichen Prädiktor für Therapiebereitschaft und –antritt darstellen könnte und sich in diesem Sinne vor allem jene Alkoholabhängigen für eine Therapie

bereiterklären, die noch über vergleichsweise angemessene Ressourcen verfügen. Da keine signifikanten Unterschiede in den einzelnen Subskalen gefunden wurden, kann desweiteren von einer objektiv vergleichbaren Ausgangslage beider Gruppen hinsichtlich ihrer personellen Ressourcen ausgegangen werden. Die gefundenen (allerdings statistisch unbedeutsamen) tendenziellen Unterschiede in der Ressourcenausprägung von VG und KG lassen sich möglicherweise auf eine Wechselbeziehung zwischen personellen Ressourcen und altersspezifischen Bewältigungsformen zurückführen. So neigen ältere Erwachsene in Belastungssituationen eher zu kognitiven, intrapsychischen Bewältigungsformen (z.B. kognitive Umbewertung, Anpassung an die Situation) (vgl. Aldwin, 1994; Bodenmann & Widmer, 2000), die nicht nur verfügbare interne Ressourcen, wie z.B. Selbstbeobachtung oder Selbstverbalisation voraussetzen, sondern diese möglicherweise auch fördern können. Jüngere Erwachsene zeigen hingegen häufiger konfrontativeres, handlungsorientiertes Bewältigungsverhalten (z.B. Aufsuchen von Hilfe, Änderung der situationalen Gegebenheit) (vgl. Lazarus, 1999; Folkman et al., 1987), welches wiederum nicht nur die Verfügbarkeit externer Ressourcen (z.B. soziale Unterstützung) erfordert, sondern diese auch verbessern kann.

Die genauere Analyse der personellen Ressourcen zum zweiten Erhebungszeitpunkt wies auf eine signifikante Verbesserung des *Coping* und der *Selbstwirksamkeit*, sowie auf eine als positiv zu bezeichnende Abnahme der *Veränderungsmotivation* hin, die für eine bereits eingeleitete Veränderung spricht. In den restlichen Skalen zeigten sich entweder ähnliche Ausprägungen wie zum ersten Messzeitpunkt, oder ein nur geringer Anstieg (siehe Tab. 7.2.11 und 7.2.12). Im Zuge der Hauptanalyse konnten desweiteren keine signifikanten Gruppenunterschiede in der Veränderung der Ressourcen und damit zusammenhängender Subskalen des FERUS über den Therapieverlauf ermittelt werden.

Für die Ressourcenaktivierung ist laut aktueller Forschungsliteratur das Zusammenwirken von therapeutischen Interventionen, verschiedenen Patientenfaktoren und der Therapiebeziehung ausschlaggebend (vgl. Grawe & Grawe-Gerber, 1999), deren genauere Betrachtung in der vorliegenden Studie wahrscheinlich auch die gefundene Steigerung in den drei spezifischen Subskalen, sowie deren vergleichbare Ausprägungen in beiden Gruppen erklärt. So sind die am API vielfältig *angebotenen Interventionen* unter anderem auf die Kompetenzförderung in Bereichen der Entspannung (siehe z.B. Tab. 7.3.11), der Kreativität (siehe z.B. Tab. 7.3.14) oder des Sports (siehe z.B. Tab. 7.3.12) ausgerichtet, die der Entwicklung und Ausbildung geeigneter Stressbewältigungsstrategien und Selbstwirksamkeitserwartungen dienlich sind. Die vergleichbare Teilnahme beider Patientengruppen an verschiedenen Interventionen (siehe Kap. 7.3.4), die darüber hinaus für eine gelungene Berücksichtigung altersspezifischer Faktoren in den damit verbundenen Aktivitäten spricht, erklärt wahrscheinlich auch, warum in der Verbesserung von *Coping* und *Selbstwirksamkeit* keine

gruppenbezogenen Unterschiede gefunden wurden. Desweiteren weist das große Interesse beider Gruppen an zentralen Basisinterventionen (siehe Tab. 7.3.10), sowie vielen spezifischen Angeboten (siehe u.a. Tab. 7.3.12 oder Tab. 7.3.14) auf die Förderung verschiedener *patientenbezogener Faktoren* wie Aufnahmebereitschaft, Engagement, aktive Mitarbeit, aber auch der *Veränderungsmotivation* durch offensichtlich qualitativ hochwertige Therapieinhalte hin. Durch die genauere Analyse der *Therapiebeziehung*, die durch die erhobene Patientenzufriedenheit aufgezeigt werden kann (siehe Kap. 7.3.4), können die oben genannten, vermuteten Gründe für die vergleichbare Steigerung der drei wesentlichen Ressourcen letztlich noch untermauert werden – so berichteten sowohl VG als auch KG von einer sehr hohen Zufriedenheit mit den TherapeutInnen (siehe Abb. 7.3.1) und dem therapeutischen Aufenthalt (siehe Abb. 7.3.2), die für die Aktivierung und Mobilisierung zentraler Ressourcen mit Sicherheit förderlich war.

Abschließend ist festzuhalten, dass neben einer erwünschten Änderung der Veränderungsmotivation vor allem eine Verbesserung der Stressbewältigung und Selbstwirksamkeit in beiden Gruppen erreicht werden konnte, die in der zentralen Literatur zum Thema als grundlegende therapeutische Elemente im Suchtbereich und als einflussreiche Prädiktoren für Abstinenzfolge gelten (vgl. Moos & Moos, 2007b; Levin, Ilgen & Moos, 2007). Die in der vorliegenden Studie ermittelten Ergebnisse sprechen dafür, dass die befragten Patienten im Zuge der Therapie (z.B. durch unterschiedliche Therapiegruppen, Kompetenztrainings, etc.) adäquate Bewältigungsstrategien erlernen und ausreichend trainieren konnten, sodass sie sich dadurch offensichtlich auch kompetenter im Umgang mit ihrer Suchterkrankung bzw. mit einer längerfristigen Aufrechterhaltung von Abstinenz fühlen. Desweiteren lässt die Tatsache, dass keine Gruppenunterschiede in der Steigerung dieser zentralen Ressourcen gefunden wurden, den Schluss zu, dass im Rahmen der therapeutischen Interventionen geeignete Aktivitäten für jeden Altersbereich angeboten wurden bzw. zentrale Therapieinhalte alterssensitiv gestaltet waren, sodass auf jede Altersgruppe individuell eingegangen werden konnte.

Die Voranalyse der personellen Ressourcen von LO, EO und RA erbrachte zu Therapiebeginn keine signifikanten Gruppenunterschiede. Allerdings zeigten sich auch in Bezug auf die Subgruppen der VG zumindest tendenzielle Unterschiede (siehe Tab. 7.2.13, 7.2.14 und 7.2.15) – so wies die Gruppe der LO zum ersten Erhebungszeitpunkt, in Anlehnung an vorangegangene Forschungsarbeiten (vgl. Beutel & Baumann, 2000; Welte & Mirand, 1993; Bode & Haupt, 1998), auch in der vorliegenden Studie die tendenziell höchste Ressourcenausprägung auf. Einzige Ausnahmen bildeten die vergleichsweise niedrigen Werte in den Skalen *Selbstwirksamkeit* und *Hoffnung*, die aufzeigten, dass die Gruppe der LO, trotz tendenziell besserer personenbezogener Fähigkeiten (z.B. Bewältigungsstrategien, Selbstbeobachtung) und tendenziell positiverer umweltbezogener Unterstützung und sozialer

Eingebundenheit (siehe Kap. 7.1.8), eine geringere Zuversicht und eine negativere Sichtweise als die EO und RA besaß. Dies lässt sich vermutlich dadurch erklären, dass die langjährige Abhängigkeitserfahrung von EO und RA wohl notgedrungen auch bessere kompensatorische Fähigkeiten und Verhaltensweisen im Umgang mit abhängigkeitsbedingten Belastungen mit sich bringt.

Desweiteren ergaben sich über den Therapieverlauf eine signifikante Steigerung in den Skalen *Coping* und *Selbstwirksamkeit*, sowie eine erwünschte signifikante Abnahme der *Veränderungsmotivation*, die auf eine bereits eingeleitete Veränderung hindeutete. In den übrigen Skalen konnten nur tendenzielle Steigerungen ermittelt werden (siehe Tab. 7.2.13, 7.2.14 und 7.2.15). Die Hauptanalyse erbrachte schließlich keine signifikanten Gruppenunterschiede in der Veränderung der personellen Ressourcen zwischen den Gruppen der LO, EO und RA über die Therapiezeit. Dennoch sind auch in Bezug auf die Subgruppen der VG tendenzielle Gruppenunterschiede erkennbar (siehe Tab. 7.2.13, 7.2.14 und 7.2.15) – so wies die Gruppe der LO zwar zum ersten Erhebungszeitpunkt die geringfügig höchsten Werte im Großteil der Subskalen auf, zeigte allerdings auch die tendenziell geringste Steigerung über den Therapieverlauf, sowie die marginal niedrigsten Werte in den meisten Subskalen gegen Therapieende.

In Anbetracht der Ergebnisse wird somit der Schluss gezogen, dass im Zuge der therapeutischen Ressourcenaktivierung die unterschiedlichen Charakteristika älterer Alkoholabhängiger ausreichend berücksichtigt wurden, sodass in allen drei Gruppen eine vergleichbare Verbesserung der therapieerfolgsrelevanten Bewältigungsstrategien und Selbstwirksamkeitserwartungen erzielt wurde. Darüber hinaus wird anhand der Veränderungsmotivationswerte ersichtlich, dass durch die therapeutischen Interventionen der Leidensdruck aller dreier Patientengruppen erfolgreich gesenkt und in diesem Sinne auch eine positive Veränderung eingeleitet wurde. Die gefundene, tendenziell geringste Ressourcensteigerung unter den LO-Abhängigen trotz einer geringfügig positiveren Ausgangssituation, könnte allerdings als Hinweis dafür angesehen werden, dass diese Gruppe einer gezielteren Unterstützung in der Ressourcenaktivierung und -mobilisierung bedarf. So kann angenommen werden, dass in dieser Subgruppe neben altersspezifischen und abhängigkeitsauslösenden Einflussfaktoren, vor allem auch auf abhängigkeitsresultierende Aspekte stärker eingegangen werden muss. Die LO-Alkoholabhängige besitzen wahrscheinlich aufgrund ihrer deutlich kürzeren Abhängigkeitsdauer nicht nur weniger Erfahrung und Kompensationsmöglichkeiten im Umgang mit abhängigkeitsresultierenden Belastungen, sondern nachweislich auch weniger Erfahrungswerte mit Abstinenzphasen (siehe Kap. 7.1.9) und den damit verbundenen Herausforderungen und Problemen (vgl. Petry, 1993), wodurch ein adäquater Ressourcenaufbau zusätzlich erschwert werden kann.

8.3 Stressbewältigung

In Anbetracht des möglichen Skalenwertebereiches im CBI-G (siehe Kap. 6.2.4) kann sowohl in der VG als auch in der KG von eher suboptimalen bis mittelmäßigen Stressbewältigungsstrategien zu Therapiebeginn ausgegangen werden. Dies stimmt mit der aktuellen Forschungsliteratur zum Thema überein, die ebenfalls ein eher unangemessenes Bewältigungsverhalten unter Alkoholabhängigen postuliert (vgl. Ayer et al., 2011; Walter et al., 2005; Moos et al., 1990).

Mittels Voranalyse konnten desweiteren interessante Gruppenunterschiede zwischen den teilnehmenden älteren und jüngeren Alkoholabhängigen zum ersten Testzeitpunkt aufgezeigt werden – so wurden in der VG marginal signifikant höhere Werte in den von Litman et al. (1983) als positiv bezeichneten Bewältigungsstrategien (*Positives Denken* und *Suchen sozialer Unterstützung*) und eine tendenziell höhere Ausprägung in den negativen Strategien (*Negatives Denken* und *Vermeidung*) ermittelt.

Die in der vorliegenden Studie gefundenen Gruppenunterschiede stehen größtenteils in Einklang mit vorangegangenen Forschungserkenntnissen, die älteren Erwachsenen adäquatere kognitions-/ emotionsfokussierte und Jüngeren vordergründig handlungsorientiertere Bewältigungsstrategien zusprechen (vgl. Lazarus, 1999; Folkman et al., 1987; Aldwin, 1994). In diesem Sinne kann die in der VG gefundene höhere Ausprägung der Skala *Positives Denken* (auch in Verbindung mit der tendenziell stärkeren *Vermeidung*) als übereinstimmend mit der Forschungsliteratur betrachtet werden. Die ermittelten Ergebnisse sprechen für stärkere Tendenzen unter den Älteren, belastende Situationen durch kognitive Umbewertungsprozesse und Aufrechterhaltung einer positiven Denkweise anstatt konfrontativer, handlungsorientierter Verhaltensweisen zu bewältigen (vgl. Grom, 2007; Bodenmann & Widmer, 2000). Als eher literaturkonträr erwiesen sich die marginal höheren Werte der VG in der handlungsorientierten Dimension *Suchen sozialer Unterstützung* (als auch jene der emotionsfokussierten Skala *Negatives Denken*), da eher jüngere Erwachsene zu aktiveren Problemlöseversuchen (z.B. Aufsuchen von Hilfe) neigen (vgl. Lazarus, 1999), die zumeist aufgrund mangelnder Abgrenzungsfähigkeit auch mit negativeren Denkansätze (z.B. Selbstbeschuldigungen) verbunden sind (vgl. Aldwin, 1994). Vorangegangene Forschungserkenntnisse als auch in der vorliegenden Studie gefundene Ergebnisse bieten allerdings eine gute Erklärungsgrundlage für das marginal stärkere *Suchen sozialer Unterstützung* der VG – obgleich Ältere im Stressbewältigungsprozess seltener eine aktive Hilfesuche zeigten, besitzt eine verfügbare soziale Unterstützung dennoch eine nachweislich höhere Wertigkeit für diese Altersgruppe (vgl. Aldwin, 1994). Die Ergebnisse des FERUS zur *Sozialen Unterstützung* (siehe Tab. 7.2.11) deuten allerdings daraufhin, dass die älteren Teilnehmer ihre vorhandenen sozialen Beziehungen als tendenziell weniger hilfreich

erlebten als jene der KG, weshalb das Aufsuchen ertragreicher Beziehungen und damit verbundener sozialer Unterstützung möglicherweise unter den teilnehmenden Älteren geringfügig stärker ausgeprägt war.

Bezugnehmend auf die Ergebnisse der Voranalyse kann geschlussfolgert werden, dass vor Therapiebeginn keine der beiden Vergleichsgruppen über ein optimales Stressbewältigungspotential verfügte. Desweiteren erscheint aufgrund der gefundenen Gruppenunterschiede in den Ausprägungen der Stressbewältigungsstrategien eine objektiv vergleichbare Ausgangslage von VG und KG zunächst eher als fraglich. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass die älteren Teilnehmer nicht nur in den positiven Bewältigungsstrategien marginal höhere Werte erzielten, sondern auch die tendenziell höheren Ausprägungen in den negativen Strategien aufwiesen. Dies lässt den Schluss zu, dass das marginal günstigere Bewältigungspotential der VG durch das tendenziell stärkere Vorliegen und Anwenden ineffektiver Strategien derselben Gruppe auch wieder geschmälert wird, weshalb die Unterschiede in der Stressbewältigung zwischen VG und KG möglicherweise nicht überinterpretiert werden sollten.

Im Zuge der genaueren Auseinandersetzung mit den Bewältigungsstrategien beider Gruppen zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurde eine positive Veränderung der Stressbewältigung in beiden Gruppen ersichtlich. So zeigte sich sowohl in der VG als auch in der KG anhand der Skala *Positives Denken* eine signifikante Verbesserung im emotionsfokussierten Bereich (siehe Abb. 7.2.1), sowie eine ebenfalls signifikante Werteabnahme in der handlungsorientierten Dimension *Vermeidung*, die in der VG sogar geringfügig stärker ausfiel (siehe Abb. 7.2.2). In den beiden restlichen Skalen wurde zwar keine signifikante Veränderung über den Therapieverlauf festgestellt, allerdings zumindest bestimmte Tendenzen in die erwartete Richtung ermittelt. Demnach stieg die *Suche nach sozialer Unterstützung* in der VG im Laufe der Therapie geringfügig an, während diese in der KG annähernd auf dem Ausgangsniveau blieb (siehe Tab. 7.2.18 und 7.2.19) – dieses Ergebnis unterstützt die bereits erwähnte Annahme, dass die älteren Teilnehmer wahrscheinlich weniger Unterstützung und Hilfeleistungen aus ihrem sozialen Umfeld erhielten und deshalb in der vorliegenden Studie auch mehr Engagement im Aufbau sozialer Beziehungen zeigten. Darüber hinaus wies die KG eine geringfügige Abnahme im *Negativen Denken* auf, während die Werte der VG in dieser Skala relativ unverändert blieben (siehe Tab. 7.2.18 und 7.2.19). Zu berücksichtigen ist allerdings, dass beide Patientengruppen in der Therapie nicht nur mit abhängigkeitsbedingten Stressoren konfrontiert waren, sondern auch mit jenen, die aus dem therapieeingeleiteten Abstinenzverhalten resultierten (vgl. Petry, 1993), weshalb die offensichtliche Stabilisierung der ohnehin angemessenen Skalenwerte zum *Negativen Denken* ebenso als teilweiser Therapieerfolg anzusehen ist. Im Zuge der Hauptanalyse konnten letztlich keine Gruppenunterschiede

in der Veränderung der einzelnen Stressbewältigungsstrategien von VG und KG über den Therapieverlauf aufgedeckt werden.

In der zentralen Literatur wird für die Erarbeitung angemessener Bewältigungsstrategien die enorme Wichtigkeit sowohl *kognitiver* als auch *verhaltensbezogener Therapieelemente* betont (vgl. Forsyth et al., 2007). Diese sollen nicht nur zu einem kognitiven Umdenken und der Erarbeitung positiver Sichtweisen verhelfen (vgl. Walter et al., 2005; Brady & Sonne, 1999), sondern auch zum Abbau von Vermeidungsverhalten und der Förderung annähernder Bewältigungsfähigkeiten beitragen (vgl. Moos et al., 1990; Aldridge-Gerry et al., 2011).

Im Rahmen *kognitiver Therapieelemente* zur Förderung des *Positiven Denkens* nimmt mit Sicherheit die Rückfallprävention eine bedeutsame Rolle ein, im Zuge derer abstinentgefährdende Stressoren identifiziert (vgl. McQuaid et al., 2000), damit verbundene Gefühle analysiert und letztlich eine Veränderung von Erwartungen angestrebt wird (vgl. Kiefer & Mann, 2007). Diese Aspekte werden unter anderem in den am API angebotenen Einzelgesprächen sowie in verschiedenen therapeutischen Gruppen (z.B. Rückfallpräventionsgruppe) aufgegriffen (siehe Tab. 7.3.10), die von beiden Patientengruppen gleichermaßen bereitwillig besucht wurden (siehe Kap. 7.3.4) und deshalb auch als ausschlaggebend für die erfolgreiche Steigerung des *Positiven Denkens* angesehen werden können. Darüber hinaus ist es auch vorstellbar, dass die Förderung von Entspannungsfähigkeit, ein damit verbundener besserer Zugang zum körperlichen Erleben, sowie die Zunahme von Selbstvertrauen in kognitionsorientierten Interventionen (vgl. Berking & Kähler, 2007) maßgebliche Einflussfaktoren für die Förderung einer positiveren Sichtweise darstellen. Aus diesem Grund kann auch die angemessene Teilnahmebereitschaft beider Gruppen (siehe Kap. 7.3.4) an den am API angebotenen Modulen zur Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson, Biofeedback (siehe Tab. 7.3.11), Körperwahrnehmung oder QiGong (siehe Tab. 7.3.12) förderlich für die Steigerung des *Positiven Denkens* gewesen sein.

Verhaltensbezogene Therapieelemente zum Abbau von Vermeidungsverhalten sollten sich hingegen vor allem auf positive Alternativen für die aufgegebenen Suchtgewohnheiten konzentrieren (vgl. Petry 1993) – so sollten im Zuge dessen Patienten zur Wiederaufnahme ehemaliger Aktivitäten angeregt, sowie dabei unterstützt werden, sich für die Entdeckung neuer Beschäftigungen zu überwinden (vgl. Lazarus, 1999). Als geeignet hierfür erwiesen sich mit Sicherheit die am API angebotenen sport- und bewegungszentrierten Module (siehe Tab. 7.3.12), verschiedene Kreativtherapien (siehe Tab. 7.3.14), sowie die Angebote der Sozialarbeit zur beruflichen Reintegration (siehe Tab. 7.3.13), die in beiden Gruppen gleichermaßen Anklang fanden (siehe Kap. 7.3.4). In Anbetracht der vielfältigen Auswahl an Angeboten ist es durchaus vorstellbar, dass einige dieser Aktivitäten ein sehr gutes Ventil für den

Stressabbau darstellen, wodurch Patienten im therapeutischen Kontext dazu ermutigt werden können, sich verschiedenen Herausforderungen zu stellen, anstatt diesen aus dem Weg zu gehen.

Abschließend kann zusammengefasst werden, dass die Patienten durch die Kurzzeittherapie sowohl eine signifikant positivere Sichtweise und Einstellung im Umgang mit Stress, sowie ein signifikant geringeres Bedürfnis stressreiche Situationen zu meiden, erwerben konnten. In Bezug auf die Bewältigungsstrategien *Negatives Denken* und *Suchen sozialer Unterstützung* zeigten die älteren und jüngeren Teilnehmer gegen Therapieende zwar keine signifikante, positive Veränderung, aber zumindest Tendenzen in die erwünschte Richtung. Ausgehend von den Ergebnissen kann desweiteren angenommen werden, dass den Anforderungen nach geeigneten Therapieelementen zur Steigerung individueller Bewältigungsfähigkeiten im Rahmen der qualifizierten Entzugsbehandlung am Anton Proksch Institut zufriedenstellend nachgegangen wurde. Darüber hinaus verweist nicht nur die ähnliche Steigerung der Stressbewältigungsstrategien, sondern auch die vergleichbare Teilnahme beider Gruppen an den therapeutischen Basis- und Zusatzangeboten darauf, dass altersspezifische Faktoren ausreichend Berücksichtigung fanden und in diesem Sinne auf jede Altersgruppe individuell eingegangen wurde.

Im Zuge der Voranalyse wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede in der Stressbewältigung zwischen den Subgruppen der VG gefunden. Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Stressbewältigungsstrategien zeigten sich allerdings tendenzielle Unterschiede zwischen den Gruppen der LO, EO und RA (siehe Tab. 7.2.20, 7.2.21 und 7.2.22). So wiesen die Angehörigen der LO-Gruppe verglichen mit den beiden anderen, die geringfügig niedrigsten Ausprägungen in den negativen Bewältigungsstrategien auf. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass diese Gruppe aufgrund der zumeist erst kurzen Abhängigkeitsdauer als psychisch stabiler gilt (vgl. Beutel & Baumann, 2000; Bode & Haupt, 1998), somit noch nicht in eine allzu negative Denkweise, z.B. in Form von Selbstbeschuldigungen, verfallen ist und dadurch auch zu aktiveren Problemlöseversuchen neigt. Im Gegensatz dazu wies die Gruppe der EO mit der am längsten andauernden Alkoholproblematik, auch die tendenziell höchsten Werte im *Positiven Denken* auf, was unter Berücksichtigung der in dieser Gruppe nachweislich vorhandenen negativen Abhängigkeitsfolgen (siehe u.a. Kap. 7.1.11) zunächst verwunderlich erscheint. Dieses Ergebnis unterstützt andererseits aber die bereits in Kapitel 8.2. erwähnte Annahme, dass eine langjährige Abhängigkeitserfahrung höchstwahrscheinlich auch mit verbesserten Kompensationsfähigkeiten einhergeht, die eine Aufrechterhaltung der Abhängigkeit, trotz zahlreicher kumulierender negativer Folgen, überhaupt erst ermöglichen. Die Bewahrung einer positiven Sichtweise unter den langjährigen und zumeist auch körperlich schwer kranken Abhängigen bietet im Rückblick sicherlich auch eine Erklärung für die ähnlich hohe Einschätzung der gesundheitsbezogenen

Lebensqualität im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen (siehe Kap. 7.2.1.2). Bei genauerer Betrachtung des Stressbewältigungspotentials der RA wird letztlich noch ersichtlich, dass diese die marginal höchsten Werte im *Suchen sozialer Unterstützung* aufwiesen. Dies ist insofern nachvollziehbar, da die langjährige Abstinenz dieser Gruppe wahrscheinlich auf positive Erfahrungen mit institutionellen und Nachsorgeeinrichtungen und damit verbundenen effizienten Hilfestellungen zurückzuführen ist, die nun im Zuge des Rückfalls bei den Betroffenen erneut Zuversicht auslösen.

Über den Therapieverlauf wurde desweiteren eine marginal signifikante Verbesserung im *Positiven Denken* in allen drei Subgruppen der VG ersichtlich. Bezugnehmend auf die drei weiteren Stressbewältigungsskalen konnten nur tendenzielle Veränderungen über die Therapiezeit ermittelt werden (siehe Kap. 7.2.3.2). Im Zuge der Hauptanalyse wurde darüber hinaus aufgezeigt, dass diese therapiebedingten Veränderungen in der Stressbewältigung zwischen den Gruppen nicht signifikant unterschiedlich verliefen. Dennoch sind bei genauerer Betrachtung der vier Stressbewältigungsstrategien auch zwischen den LO, EO und RA tendenzielle Unterschiede festzustellen (siehe Tab. 7.2.20, 7.2.21 und 7.2.22). Fasst man sowohl die marginal signifikanten Ergebnisse als auch erkennbare Tendenzen zusammen, so zeigt sich, dass durch die Therapie in der Gruppe der EO neben einer Verbesserung der positiven Bewältigungsstrategien auch eine gleichzeitige Abnahme negativer Stressbewältigungsansätze erzielt werden konnte. Unter den LO wurde hingegen nicht nur eine Zunahme an positiven Bewältigungsfähigkeiten, sondern auch eine tendenzielle Steigerung in den als negative Bewältigungsstrategien bezeichneten Skalen ersichtlich. In der Gruppe der RA konnte schließlich eine Zunahme der Skalenwerte in den emotionsfokussierten Bewältigungsstrategien *Positives Denken* und *Negatives Denken*, sowie eine Abnahme in den handlungsorientierten Skalen *Suchen sozialer Unterstützung* und *Vermeidung* aufgedeckt werden.

Dies führt zu der Annahme, dass die Gruppe der EO tendenziell am stärksten von der stationären Kurzzeittherapie profitierte, während sich die therapiebezogene Erarbeitung adäquater Bewältigungsstrategien in den beiden Gruppen mit spätem Abhängigkeitsbeginn als geringfügig weniger erfolgreich darstellt. Nichtsdestotrotz lässt die marginal signifikante bis tendenzielle Verbesserung der positiven Bewältigungsstrategien in allen drei Gruppen zumindest auf einen teilweisen Therapieerfolg schließen. In diesem Sinne sollte auch die geringfügige Abnahme im *Suchen sozialer Unterstützung* unter den RA nicht irrtümlich fehlinterpretiert werden. Vermutlich deutet dieses Ergebnis, unter Berücksichtigung der vor Therapiebeginn sehr hohen Werte in dieser Skala, viel eher darauf hin, dass im Zuge der Therapie bereits zufriedenstellende Hilfeleistungen bezogen wurden, sodass weitere Bemühungen im Aufsuchen externer Unterstützung gegen Therapieende tendenziell an Wichtigkeit abnahmen. Desweiteren sollte auch die geringfügig stärkere Anwendung negativer

Bewältigungsstrategien in der Gruppe der LO und RA nicht überinterpretiert werden, sondern viel mehr als hilfreicher Hinweis für die Erarbeitung adäquater Bewältigungsfähigkeiten unter älteren Alkoholabhängigen in zukünftigen Programmen angesehen werden. Während abhängigkeitsauslösende Stressoren in der Gruppe der EO eher in ferner Vergangenheit liegen, handelt es sich bei Alkoholabhängigen mit spätem Beginn höchstwahrscheinlich um weitaus präsentere, zumeist auch altersspezifische Entstehungsursachen. Somit ist es durchaus vorstellbar, dass in diesen beiden Gruppen vermehrt Selbstzweifel und vermeidende Tendenzen beobachtet werden können, wenn sich diese gegen Therapieende wieder verstärkt mit ihrem Alltagsleben und den damit verbundenen, noch unverarbeiteten Belastungen konfrontiert sehen. Dies betont letztlich nicht nur die zentrale Rolle altersspezifischer Einflussfaktoren in der Erarbeitung geeigneter Bewältigungsstrategien im Umgang mit Alkoholabhängigkeit im Alter, sondern verweist darüber hinaus auch explizit auf die Notwendigkeit einer effizienten Nachsorge.

8.4 Therapieabbruch

In der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* der TA und TB wurde kein signifikanter Unterschied zu Therapiebeginn ersichtlich, der in Anbetracht des Normwertebereichs des SF-36 (siehe Kap. 6.2.2) für eine vergleichbare, durchschnittliche Lebensqualität beider Gruppen spricht. Im Zuge einer genaueren Betrachtung der einzelnen Dimensionen der Lebensqualität zeigten sich lediglich tendenzielle Unterschiede, die auf geringfügig höhere Werte der TB in allen Skalen verwiesen (siehe Tab. 7.2.9). Die ähnlichen Lebensqualitätswerte der TA und TB lassen sich wahrscheinlich, ebenso wie in den anderen Vergleichsgruppen (VG und KG sowie LO, EO und RA; siehe Kap. 8.2) durch die vergleichbaren Ausprägungen soziodemografischer, psychosozialer und krankheitsbezogener Einflussfaktoren auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (siehe Kap. 2.4.1) erklären – so konnten zwischen TA und TB weder hinsichtlich des Familienstandes (siehe Kap. 7.1.6), der beruflichen Situation (siehe Kap. 7.1.5) oder der sozialen Eingebundenheit (siehe Kap. 7.1.8), noch in Bezug auf psychische (siehe Kap. 7.1.10) oder körperliche Erkrankungen (siehe Kap. 7.1.11) signifikante Unterschiede ermittelt werden.

In Bezug auf die *personellen Ressourcen* der TA und TB wurden ähnliche Ergebnisse wie in der Lebensqualitätsanalyse aufgedeckt. So zeigten sich vor Therapieantritt zwischen den beiden Gruppen zwar keine signifikanten Ressourcenunterschiede, allerdings auch hier wieder durchgehend geringfügig höhere Werte der TB in allen Subskalen (siehe Tab. 7.2.16). Desweiteren sprechen die ermittelten Werte unter Berücksichtigung des T-Wertebereichs im FERUS (siehe Kap. 6.2.3) durchschnittlich für ein vergleichbares, mittelmäßiges Ressourcenpotential in beiden Gruppen. Eine gesonderte Betrachtung

verlangen allerdings die Ergebnisse der TA in den Skalen *Veränderungsmotivation* und *Soziale Unterstützung*, die auf eine tendenziell eher unterdurchschnittliche Ausprägung dieser Ressourcen hinweisen. Dies führt zu dem Schluss, dass die Gruppe der TA bei Therapieantritt wahrscheinlich geringfügig größere Probleme hatte, ihren negativen Ausgangszustand anzuerkennen und therapieerfolgsrelevante Anforderungen wie Motivation und Antrieb zu mobilisieren. Die erlebte, tendenziell eher mangelhafte Unterstützung des persönlichen Umfeldes in dieser Gruppe erscheint in diesem Zusammenhang den eher ungünstigen motivationalen Einstellungen noch zuträglich.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen der Lebensqualität und der Ressourcen erwiesen sich jene zur *Stressbewältigung* sehr wohl als signifikant unterschiedlich zwischen TA und TB. In Bezug auf die Skalen *Positives Denken* und *Vermeidung* konnten keine Gruppenunterschiede festgestellt werden, im *Negativen Denken* und im *Suchen sozialer Unterstützung* erzielte die Gruppe der TA hingegen signifikant bzw. marginal signifikant höhere Werte (siehe Kap. 7.2.3.3). Während die deutlich aktivere Hilfesuche im sozialen Umfeld vorerst als positive Bewältigungsstrategie angesehen werden kann, verweist die signifikant höhere Ausprägung negativer Denkansätze unter den TA, die sich zumeist in Form von Selbstbeschuldigungen, Selbstzweifel und Vorwürfen zeigen (vgl. Kaluza, 1996; Aldwin, 1994), auf einen äußerst ineffektiven Umgang mit Belastungen. Verglichen mit den angemesseneren Bewältigungsstrategien unter den TB kann somit von einem eher suboptimalen Stressbewältigungspotential in der Gruppe der TA ausgegangen werden.

In Anbetracht der Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und zu den personellen Ressourcen kann geschlussfolgert werden, dass im Zuge einer gesonderten Betrachtung keiner dieser beiden Faktoren einen konkreten Rückschluss auf eine vorzeitige Therapiebeendigung zulässt. Stellt man diese allerdings in Beziehung mit den Stressbewältigungsfähigkeiten der TA, die offensichtlich einen existentielleren Prädiktor für einen Therapieabbruch darstellen, ergibt sich ein weitaus differenzierteres Bild. So kann angenommen werden, dass die tendenziellen Wohlbefindenseinbußen, der erlebte Mangel an sozialer Unterstützung und das hohe Bedürfnis nach externer Hilfe, bei gleichzeitig geringer persönlicher Veränderungsmotivation und Einsatzbereitschaft sowie starken Zweifeln an den eigenen Fähigkeiten, zu übersteigerten Erwartungen an die institutionelle Entwöhnungsbehandlung führten. Dies lässt weiters vermuten, dass die Gruppe der TA die persönliche Verantwortung für die Abstinenzerrreichung und den damit verbundenen Therapieerfolg verstärkt ablehnte und diese vordergründig als Aufgabe bzw. Verdienst der aufgesuchten Institution ansah. Da das therapeutische Konzept der qualifizierten Entzugsbehandlung am API allerdings auf der individuellen Unterstützung der Patienten im eigenständigen Erlangen von Abstinenz beruht, waren ebensolche Forderungen daher wahrscheinlich auch mit einem vorzeitigen Therapieabbruch verbunden.

8.5 Zusammenfassung

Der letzte Abschnitt dieses Kapitels widmet sich einer Zusammenfassung der vorab ausführlich erläuterten Ergebnisse und damit verbundener Schlussfolgerungen und Erklärungsansätze – im Zuge dessen werden die bedeutsamsten Erkenntnisse der vorliegenden Studie nochmals überblicksartig dargestellt.

Rückblickend konnte im Zuge der *Voranalyse* eine ähnliche Ausprägung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der personellen Ressourcen jüngerer und älterer Alkoholabhängiger festgestellt werden. Lediglich in zwei der erhobenen Stressbewältigungsstrategien zeigten sich statistisch bedeutsame, altersspezifische Gruppenunterschiede. Betrachtet man nun zusammenfassend die Ergebnisse zu allen drei therapieerfolgsrelevanten Faktoren kann zumindest von einer annähernd vergleichbaren Ausgangslage beider Gruppen zu Therapiebeginn ausgegangen werden.

Die älteren Alkoholabhängigen wiesen, zumeist aufgrund ihrer schlechteren körperlichen Verfassung, geringfügig niedrigere *Lebensqualitätswerte* auf, die sich allerdings angesichts der vergleichbaren mittleren bis hohen Ausprägung der Lebensqualität in beiden Gruppen als nicht gravierend erwiesen. Das vergleichbare latent unterdurchschnittliche bis mittelmäßige *Ressourcenpotential* beider Gruppen, erwies sich zwar keinesfalls als optimal, ließ allerdings auch keine gravierenden Ressourcendefizite erahnen, weshalb wahrscheinlich auch die Lebensqualitätswerte beider Gruppen in einem noch angemessenen Rahmen lagen. Allerdings zeigten sich auch in den Ressourcen marginale Gruppenunterschiede – so wiesen Ältere tendenziell bessere Selbstmanagementfähigkeiten und Jüngere geringfügig ausgeprägtere therapierelevante Ressourcen auf. Demzufolge waren die älteren Teilnehmer in ihrem Rehabilitierungsprozess eher auf sich selbst fokussiert und neigten dadurch auch vermehrt zu adaptiven Strategien. Jüngeren konnten hingegen eher akkomodative Einstellungen und Verhaltensweisen zugeschrieben werden, da sie im Umgang mit ihrer aktuellen Lebenssituation augenscheinlich handlungsorientierter und umweltbezogener agierten und aufgrund dessen wahrscheinlich auch ihr soziales Umfeld als tendenziell hilfreicher erlebten. In der Analyse der *Stressbewältigung* wurde desweiteren eine positivere Sichtweise und Einstellung der älteren Teilnehmer aufgedeckt, die wahrscheinlich aus den adäquateren Selbstmanagementressourcen resultierte und rückblickend auch eine zusätzliche Erklärung für deren angemessene Lebensqualitätswerte trotz nachweislicher körperlicher Einbußen darstellt. Die ebenfalls ermittelte aktivere Hilfesuche in dieser Gruppe ließ darüber hinaus auf ein stärkeres Bedürfnis nach sozialer Unterstützung im Bewältigungsprozess schließen, was letztlich als mögliche Konsequenz, des als weniger hilfreich erlebten derzeitigen sozialen Umfeldes angesehen werden kann.

In der genaueren Betrachtung der Subgruppen der VG zu Therapiebeginn wurden ebenfalls keine statistisch bedeutsamen Gruppenunterschiede ersichtlich – allerdings zeigten sich auch in diesem Zusammenhang interessante Tendenzen, die einen wesentlichen Einfluss der Abhängigkeitsdauer auf die Ausprägung der therapieerfolgsrelevanten Faktoren vermuten lassen. So verfügten jene älteren Alkoholabhängigen mit der kürzesten Abhängigkeitsdauer und den diesbezüglich mildesten kumulierenden Konsumfolgen nicht nur über die tendenziell höchsten Lebensqualitätswerte, sondern auch über das geringfügig beste Ressourcenpotential. Die erwähnte Vermutung eines zentralen Stellenwertes der Konsumdauer erwies sich auch in Bezug auf die Stressbewältigung der Subgruppen als zutreffend, da diese sich offensichtlich maßgeblich auf die Präferenz bestimmter Bewältigungsstrategien auswirkte. Diesbezüglich griffen jene älteren Alkoholabhängigen mit der kürzesten Abhängigkeitsdauer und damit verbundenen geringen nachteiligen Abhängigkeitserfahrungen am wenigsten auf negative Bewältigungsstrategien zurück. Ältere Alkoholiker mit langjähriger Abhängigkeitserfahrung wiesen hingegen überraschenderweise die tendenziell besseren positiven Bewältigungsstrategien auf. Eine lange Abhängigkeitsdauer geht demnach scheinbar mit günstigen Kompensationsversuchen einher, die in der vorliegenden Studie wahrscheinlich auch erklären, warum keine statistisch bedeutsamen Unterschiede in der Lebensqualität aller dreier Gruppen trotz unterschiedlicher Abhängigkeitsdauer und –folgen gefunden wurden.

Die *Hauptanalyse* verdeutlichte eine vergleichbare, signifikante Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, sowie eine statistisch bedeutsame Steigerung einflussreicher personeller Ressourcen und zentraler Stressbewältigungsstrategien in beiden Gruppen. Fasst man die wichtigsten Ergebnisse zu den drei therapieerfolgsrelevanten Faktoren zusammen, kann durchaus auf einen kompetenten therapeutischen Umgang mit altersspezifischen Einflussfaktoren und einen damit verbundenen, vergleichbar hohen Therapieerfolg beider Gruppen geschlossen werden.

Die genauere Analyse des *Ressourcenpotentials* jüngerer und älterer Teilnehmer ließ auf eine bereits eingeleitete, therapiebedingte Veränderung schließen – so wurde beiden Gruppen im Zuge der Therapie zu einer vergleichbaren Steigerung ihrer personellen Ressourcen verholfen, die sich in Bezug auf die Stressbewältigungsstrategien und Selbstwirksamkeitserwartungen sogar als statistisch bedeutsam erwies. Die gefundene geringfügig effektivere Ressourcenförderung unter den Älteren erscheint darüber hinaus nicht weiter verwunderlich, da es sich bei den erfassten Ressourcen, in Anbetracht der gängigen Literatur und der Voranalyseergebnisse, vermehrt um „altersspezifische“ handelt, die daher von den älteren Patienten vermutlich auch eher assimiliert wurden. Ungeachtet dieser tendenziellen Unterschiede, verweisen die Ergebnisse allerdings darauf, dass sowohl die älteren als auch die jüngeren Patienten, die therapievermittelten Strategien für einen adäquaten Umgang mit

Belastungen derart gut annehmen konnten, dass es auch zu einer erhöhten Selbstwirksamkeitswahrnehmung kam. Vergleichbare Ergebnisse wurden auch für die drei Subgruppen älterer Alkoholabhängiger ermittelt. Allerdings zeigten sich auch hier interessante Tendenzen, da unter jenen Älteren mit der kürzesten Abhängigkeitsdauer, nicht das vermutete adäquateste Ressourcenpotential, sondern die tendenziell geringste Ressourcensteigerung und –ausprägung nach Therapiebeendigung gefunden wurde. Dies ließ vorerst vermuten, dass die, aufgrund der erst kurzen Abhängigkeitsdauer noch sehr präsenten, abhängigkeitsauslösenden Faktoren die vorhandenen Ressourcen in dieser Gruppe überlagerten. Da diese Tendenzen allerdings unter den, ebenfalls im hohen Alter rückfälligen, Rezidiv-Abhängigen nicht erkennbar waren, wurden auch die zumeist erst kurze Abhängigkeitserfahrung und damit verbundene mangelnde Kompensationsfähigkeiten als mögliche Erklärung herangezogen.

In Bezug auf die *Stressbewältigung* wurden im therapeutischen Kontext ebenfalls vergleichbare, erfolgsversprechende Ergebnisse jüngerer und älterer Patienten erzielt. Diese verwiesen im emotionsfokussierten Bereich auf eine signifikant positivere Sichtweise und im handlungsorientierten Bereich auf eine signifikante Abnahme des Vermeidungsverhaltens beider Gruppen. In der genaueren Auseinandersetzung mit diesen Stressbewältigungsstrategien wurden wiederum positivere Tendenzen zugunsten der älteren Alkoholabhängigen ersichtlich, die höchstwahrscheinlich auf das geringfügig günstigere Ressourcenpotential und damit verbundenen adäquateren Adaptionfähigkeiten dieser Gruppe zurückzuführen sind. Nichtsdestotrotz sprechen die ermittelten Ergebnisse dafür, dass im therapeutischen Kontext beide Gruppen gleichermaßen zu kognitiven Umdenkprozessen und zum Abbau vermeidenden Bewältigungsverhaltens angeregt werden konnten, die nachweislich nicht nur mit positiveren Denkansätzen, sondern auch mit annähernden Einstellungen und Verhaltensweisen verbunden waren. Auch in den drei Subgruppen der älteren Alkoholabhängigen konnte eine vergleichbare, statistisch bedeutsame Förderung positiver Denkansätze im Bewältigungsprozess erzielt werden. In den übrigen Stressbewältigungsstrategien waren lediglich tendenzielle Veränderungen erkennbar, die auf den ersten Blick eher überraschten. So wiesen jene Gruppen älterer Alkoholabhängiger mit langjähriger Abhängigkeits- bzw. auch Rückfallerfahrung, auch ein geringfügig adäquateres Stressbewältigungspotential auf. Mögliche Erklärungsansätze für diese erfassten Tendenzen beziehen sich allerdings auf die, mit langjähriger Alkoholabhängigkeit oftmals einhergehenden, vermehrten Therapieerfahrungen, sowie auf die geringfügig günstigere Ressourcenausprägung in diesen Gruppen und den damit verbundenen Erklärungsansätzen.

Die vergleichbare Verbesserung personeller Ressourcen und zentraler Bewältigungsstrategien jüngerer und älterer Teilnehmer trug sicherlich auch zur erzielten Steigerung der *gesundheitsbezogenen*

Lebensqualität in beiden Gruppen bei. Nach Therapiebeendigung wurde in beiden Gruppen zwar eine ähnlich hohe Lebensqualität ermittelt, Jüngere erzielten allerdings tendenziell höhere Werte in den physischen und Ältere geringfügig bessere Werte in den psychischen Dimensionen. Interessante Ergebnisse zeigten sich desweiteren auch in der ermittelten, signifikanten Zunahme körperlicher Schmerzen unter den jüngeren und älteren Teilnehmern über den Therapieverlauf, die wahrscheinlich eine Folge des entzugsbedingten Wegfalls der dämpfenden Alkoholwirkung darstellten. Die Tatsache, dass weiters in keiner der drei Subgruppen älterer Alkoholabhängiger eine bedeutsame Verbesserung körperlicher Schmerzen und der körperlichen Funktionsfähigkeit gefunden wurde, lässt neben den Entzugsauswirkungen auch einen altersbezogenen Einfluss auf die gefundenen physischen Leiden und damit verbundenen Einschränkungen vermuten. So ist es durchaus vorstellbar, dass im Zuge der Therapie unter Hinzuziehung der tendenziell adäquateren intrapersonellen Ressourcen, eine bewusstere Wahrnehmung und verbesserte Akzeptanzfähigkeit der nachweislich vorhandenen körperlichen Einbußen unter den Älteren gefördert werden konnte. Diese Annahme spiegelt sich auch in der tendenziell geringeren Ausprägung physischer Dimensionen und den geringfügig höheren psychischen Dimensionswerten wider. Die dennoch erzielte signifikante Lebensqualitätssteigerung unter den älteren und jüngeren Alkoholabhängigen verweist letztlich darauf, dass vorhandene physische Schmerzen zwar nicht unmittelbar im Rahmen der Therapie verändert werden konnten, allerdings sehr wohl die Erarbeitung eines angemessenen Umgangs mit dem Schmerzerleben gelungen ist.

Die vorliegende Studie soll nun mit der gewonnenen Erkenntnis abgeschlossen werden, dass eine stationäre Kurzzeittherapie lediglich den Anfang einer dauerhaften Lebensveränderung darstellt, die von den Patienten eine stetige Veränderungsbereitschaft und Anpassungsfähigkeit verlangt. Demnach setzt eine abstinente Lebensweise von ehemals Betroffenen eine hohe psychische Stabilität, eine bewältigungsorientierte Auseinandersetzung mit persönlichen Krisensituationen und den Aufbau und Erhalt eines stabilen und unterstützenden Umfeldes voraus. Die, im Rahmen der sechswöchigen Entzugsbehandlung am API erzielte Steigerung der therapieerfolgsrelevanten Faktoren in beiden Gruppen spricht in diesem Zusammenhang dafür, dass der Grundstein für eine ebensolche längerfristige Lebensveränderung gelegt werden konnte. So wurden im therapeutischen Kontext offensichtlich nicht nur störungs- und altersspezifische Determinanten ausreichend berücksichtigt, sondern auch kompetent an die Patienten weitervermittelt. Die gefundenen Ergebnisse und damit verbundene Erklärungsansätze zeigen letztlich auch auf, dass bei ausreichender Berücksichtigung alterstypischer Belastungen im Zuge einer kompetenten Therapie, Altersunterschiede keinen derart gravierenden Einfluss besitzen, sodass diese nur alleinig in einem speziell gerontologischen Rehabilitationsprogramm behandelt werden können.

9 Kritik und Ausblick

Dieses Kapitel wurde im Kollegium verfasst.

In diesem nunmehr abschließenden Kapitel werden einige zentrale Aspekte der durchgeführten Studie kritisch betrachtet und hinterfragt sowie daraus resultierende Grenzen thematisiert. Zudem werden in Hinblick auf zukünftige Forschungsarbeiten zu der vorliegenden Thematik auch mögliche Verbesserungsvorschläge und Erweiterungsansätze aufgezeigt.

Zunächst ist der kleine Stichprobenumfang, eine daraus resultierende geringe Besetzung der einzelnen Untergruppen (siehe LO, EO und RA), sowie eine zum Teil auch ungleichmäßige Verteilung der Patienten in den einzelnen Subgruppen (siehe TA und TB) als kritisch zu betrachten. Unter Verwendung einer größeren Stichprobe hätten sich so die beschriebenen, nichtsignifikanten Tendenzen möglicherweise auch als signifikante Ergebnisse präsentiert.

Neben der kleinen Stichprobengröße in der vorliegenden Studie stellt auch die Datenerhebung, die ausschließlich an einer einzigen Institution, dem Anton Proksch Institut, vorgenommen wurde, einen möglichen Kritikpunkt dar. Einer Generalisierbarkeit der Studienergebnisse auf die Gesamtpopulation jüngerer und älterer Alkoholabhängiger in stationären Entzugsbehandlungen sind daher mit Sicherheit Grenzen gesetzt.

Desweiteren sollte auch die in der Literatur empfohlene (vgl. Feuerlein, 2005; Voßmann & Geyer, 2000) und daher in dieser Studie vorgenommene Revidierung der Altersgrenze auf 50 Jahre zur Klassifizierung älterer Alkoholabhängiger in zukünftigen Arbeiten nochmals überdacht werden. Durch die Festlegung einer Altersgrenze von 60 Jahren zur Markierung des höheren Erwachsenenalters, hätten höchstwahrscheinlich deutlichere Unterschiede in den soziodemografischen Daten (z.B. Familienstand oder berufliche Situation) sowie stärkere Alterseffekte in Bezug auf die therapieerfolgsrelevanten Faktoren ermittelt werden können.

Bezugnehmend auf die Datenerhebung kann als mögliche Störvariable die Tendenz der Studienteilnehmer, sozial erwünscht zu antworten, genannt werden. Obgleich alle Patienten vor Erhebungsbeginn über die Berücksichtigung verschiedener ethischer Kriterien (z.B. Anonymität, Datenschutz, etc.) unterrichtet und um Ehrlichkeit in der Itembeantwortung gebeten wurden, kann eine gewisse Ergebnisverfälschung durch sozial erwünschte Antworten nicht ausgeschlossen werden.

In diesem Zusammenhang müssen auch Umfang und Länge der verwendeten Fragebogenbatterie kritisiert werden, deren Bearbeitung von manchen Teilnehmern möglicherweise als zu hoher Aufwand

angesehen wurde. Dies führt zu der Vermutung, dass die Registrierung der doch etwas längeren Bearbeitungsdauer im Zuge der ersten Datenerhebung einen negativen Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft zur zweiten Fragebogenbearbeitung ausübte.

Diese Annahme leitet einen weiteren Kritikpunkt ein – unter Berücksichtigung der freiwilligen Studienteilnahme kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse durch eine mögliche „Selbstselektion“ der Studienteilnehmer beeinflusst wurden (vgl. Rose, 2002). So ist es durchaus vorstellbar, dass sich vor allem jene Patienten bereit erklärten, die beiden Datenerhebungen zu durchlaufen, die sich für die Thematik interessierten bzw. auch ein höheres therapiebezogenes Engagement besaßen.

Obgleich der ohnehin schon sehr umfangreichen Fragebogenbatterie und damit verbundener ausführlicher Befragung, wäre es dennoch interessant gewesen, eine detailliertere Analyse der Patientenzufriedenheit durchzuführen, sowie potentielle Erfahrungen der Patienten mit vorangegangenen Entzugsbehandlungen mit zu erheben. Diesen Aspekten könnte allerdings in zukünftigen Studien zum Thema Rechnung getragen werden, da diese mit Sicherheit aufschlussreiche Informationen für die praxisbezogene Gestaltung therapeutischer Konzepte bieten. Diesbezüglich stellt auch die Betreuungsqualität der Patienten durch die zugewiesenen TherapeutInnen einen interessanten Gesichtspunkt dar. Da die teilnehmenden Probanden im Anton Proksch Institut oftmals mit unterschiedlichen TherapeutInnen arbeiten, können die therapeutische Empathie und das Einfühlungsvermögen durchaus als zentrale Einflussfaktoren auf die Erfolgsergebnisse der Patienten angesehen werden. Da eine Befragung in diesem Sinne in der vorliegenden Studie allerdings ethisch nicht vertretbar erscheint, wurde zumindest die subjektive Zufriedenheit der Teilnehmer mit den betreuenden TherapeutInnen erhoben.

Mögliche weiterführende Themen für zukünftige Forschungsarbeiten, die sich durch diese Studie ergaben, beziehen sich auf zwei große Patientengruppen – weibliche Patienten und Therapieabbrecher. In Anbetracht der Tatsache, dass sich ein Großteil der immensen Bandbreite an wissenschaftlicher Literatur zum Thema Alkoholabhängigkeit auf Männer bezieht, wäre es durchaus interessant, die vorliegende Studie mit weiblichen Alkoholabhängigen zu replizieren. So könnten etwaige geschlechtsspezifische Unterschiede in den therapieerfolgsrelevanten Faktoren aufgedeckt werden, die eine noch adäquatere Abstimmung therapeutischer Interventionen auf verschiedene Patientengruppen ermöglichen. Ein weiterer Interessenschwerpunkt könnte in Zukunft verstärkt auf das Thema Therapieabbruch und damit zusammenhängender Determinanten und Indikatoren gelegt werden. In diesem Zusammenhang könnte eine ausführliche Auseinandersetzung mit Therapieabbrechern, deren persönlichen Einstellungen, Werten und Charakterzügen maßgeblich dazu beitragen, potentiell

„prädestinierte Patienten“ bereits zu Therapiebeginn zu identifizieren, um dementsprechende Maßnahmen zur Unterstützung in der Aufrechterhaltung der Therapiebereitschaft frühzeitig einzuleiten.

Eine abschließende positive Kritik bezieht sich auf das vor einigen Jahren am Anton Proksch Institut durchgeführte Pilotprojekt „Therapie 66“, bei dem es sich um das erste altersspezifische stationäre Behandlungsangebot für ältere Alkoholabhängige in Österreich handelte. Dies weist darauf hin, dass das Thema der vorliegenden Studie im Zuge der qualifizierten Entzugsbehandlung am API bereits explizit Beachtung fand und eine souveräne Auseinandersetzung mit diesem erfolgte. Daraus kann weiters auf eine gewisse Sensibilität für die Thematik einer Alkoholabhängigkeit im Alter geschlossen werden, die sicherlich in die angebotenen therapeutischen Interventionen miteinfließt und so höchstwahrscheinlich auch einen maßgeblichen Einfluss auf die ermittelten positiven Studienergebnisse hatte.

10 Zusammenfassungen

Das vorliegende Kapitel wurde mit Ausnahme spezifischer Textpassagen zur Stressbewältigung, die von Nadine Lehner abgehandelt wurden, im Kollegium verfasst.

10.1 Deutsche Zusammenfassung

Ziel der Untersuchung: Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde ein Vergleich des Therapieerfolges zwischen älteren und jüngeren Alkoholabhängigen in einem altersgemischten Rehabilitationsprogramm untersucht. Explizites Ziel war es, herauszufinden, ob sich die therapieerfolgsrelevanten Faktoren – gesundheitsbezogene Lebensqualität, personelle Ressourcen und Stressbewältigung – in den jeweiligen Altersgruppen im Zuge des Therapieverlaufs unterschiedlich verändern, um so Aufschluss über die Notwendigkeit speziell gerontologischer Entzugsprogramme zu erhalten. In diesem Sinne soll die Frage beantwortet werden, ob ein Therapieerfolg älterer Teilnehmer auch in altersunabhängigen Interventionen in vergleichbarem Ausmaß wie bei jüngeren erreicht werden kann.

Methode: Die Untersuchung konzentrierte sich, in Anlehnung an die aktuelle Forschungsliteratur ausschließlich auf Männer. Insgesamt nahmen 63 Patienten an der gesamten Untersuchung teil, wovon 27 (50 bis 70 Jahre) der Versuchsgruppe und 36 (21 bis 49 Jahre) der Kontrollgruppe angehörten. Um den Therapieerfolg ermitteln zu können, wurden die Patientendaten zu den therapieerfolgsrelevanten Faktoren am Beginn der Therapie, unmittelbar nach dem körperliche Entzug, sowie gegen Ende der Therapie, innerhalb der sechsten Behandlungswoche, erhoben. Zum ersten Erhebungstermin wurde neben einem soziodemografischen Fragebogen sowie dem WST, SF-36, FERUS, BDI und CBI-G auch ein Fragebogen zur Erfassung persönlich wichtiger Problembereiche bei der Abhängigkeitsentstehung und –aufrechterhaltung vorgegeben. Im Zuge der zweiten Erhebung kamen neben den bereits zum ersten Testzeitpunkt vorgelegten Erhebungsverfahren zusätzlich zwei selbst formulierte Fragebögen zur Berücksichtigung verschiedener Problembereiche in der Therapie sowie zur Teilnahme an therapeutischen Angeboten des API zur Anwendung.

Ergebnisse: Da sowohl die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die personellen Ressourcen als auch die wesentlichsten Stressbewältigungsstrategien im Rahmen der sechswöchigen Rehabilitationstherapie am API in beiden Gruppen verbessert werden konnten, ist von einem allgemeinen Therapieerfolg beider Gruppen auszugehen. Die Steigerung der therapieerfolgsrelevanten Faktoren verlief bis auf einige Tendenzen, die größtenteils zugunsten der VG ausfielen, in beiden

Gruppen ähnlich, was darauf schließen lässt, dass im Zuge der Therapie auf beide Gruppen gleichermaßen eingegangen wurde und so ein vergleichbarer Therapieerfolg anzunehmen ist.

Konklusion: Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen zunächst eindeutig die qualifizierte Arbeit, die am API geleistet wird auf, durch welche es nicht nur möglich war auf individuelle Entstehungs- als auch Aufrechterhaltungsfaktoren ausreichend einzugehen, sondern darüber hinaus durch kompetente therapeutische Angebote, sowohl die Lebensqualität, die personellen Ressourcen als auch die Stressbewältigungsfähigkeiten der Patienten zu steigern. Da weder zum ersten noch zum zweiten Erhebungszeitpunkt gravierende Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Alkoholabhängigen festgestellt werden konnten, stellt sich nunmehr die Frage, ob Altersunterschiede in therapeutischen Interventionen wirklich einen derart gravierenden Einfluss besitzen wie oftmals in der Literatur behauptet wird. Zusammenfassend ist im Allgemeinen aber anhand der gewonnenen Ergebnisse nicht davon auszugehen, dass eine Notwendigkeit für spezielle gerontologische Rehabilitationsprogramme besteht - viel wichtiger erscheint in diesem Zusammenhang eine kompetente, empathische und vor allem individuelle Betreuung, im Zuge derer, falls nötig auch auf mögliche altersspezifische Determinanten eingegangen wird, wie dies in speziell altersbezogenen Interventionen der Fall ist.

10.2 English Abstract

Objective of the study: Within the scope of the present research study a comparison of the therapeutic success between younger and older alcohol addicts in a rehabilitation program (varied aged subject group) was carried out. The objective was to detect whether relevant factors concerning therapeutic success – health-related quality of life, personal resources and coping strategies – would change differently in the respective age groups as part of the therapy-progress. The result of this comparison should indicate whether older participants in interventions achieve the same therapeutic success as younger participants independent of age, or whether particular gerontological detox programs are necessary.

Approach: Referring to the current research literature, the study is focused on men only. In total, 63 patients participated in the investigation, of which 27 (aged 50 to 70) were part of the test group and 36 (aged 21 to 49) of the control group. To investigate the therapeutic success, patient data concerning relevant factors for therapeutic success were compiled at the beginning of the therapy – immediately after the detoxification – as well as towards the end of the therapy, within the sixth week after the first medical treatment. The first elicitation was composed of a sociodemographic questionnaire, WST, SF-

36, FERUS, BDI und CBI-G and a questionnaire related to important personal problem areas in terms of the emergence and the maintenance of addiction. As part of the second elicitation, two self-created questionnaires, one taking account of different problem areas during the therapy and the other examining the participation in the therapeutic offers of the API, were administered.

Results: In the course of the six weeks' rehabilitation therapy at the API, the health-related quality of life, personal resources and the main coping strategies improved in both groups. Thus, a general therapeutic success, encompassing both groups, must be assumed. The improvement of relevant factors related to the therapeutic success proceeded similarly in both groups except some tendencies which mainly benefited the test group. Hence, both groups were treated equally, and this turn resulted in a comparable therapy success.

Conclusion: The results of the presented study initially illustrate the high-skilled work accomplished at the API. This level of skills enabled an elaboration of individual factors related to the emergence and the maintenance of addiction. Through qualified therapeutic offers both health-related quality of life, personal resources and coping strategies of the patients could all be improved. As no considerable differences between younger and older alcohol addicts could be ascertained, neither at the time of the first nor second, does the question arise whether age disparity in therapeutic interventions has a verifiably strong impact, as is often claimed in the literature. Finally, by reference to the obtained results, it has to be concluded that there is currently no need for particular gerontological detox programs. In this context, qualified, empathetic and especially individualized care appears much more important. If necessary, an age-specific determination can be elaborated as part of this particular therapy, as it is the case in age-related interventions.

11 Literaturverzeichnis

- Aldridge-Gerry, A. A., Roesch, S. C., Villodas, F., McCabe, C., Leung, Q. K. & Da Costa, M. (2011). Daily stress and alcohol consumption: Modeling between-person and within-person ethnic variation in coping behavior. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72 (1), 125-134.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York: The Guilford Press.
- Anton Proksch Institut (2012). *Das Anton Proksch Institut*. Verfügbar unter: <http://www.api.or.at/typo3/startseite.html> [Datum des Zugriffs: 15.02.2012].
- Armeli, S., Carney, M. A., Tennen, H., Affleck, G. & O'Neil, T. (2000). Stress and alcohol use: A daily process examination of the stressor-vulnerability model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78 (5), 979-994.
- Ayer, L. A., Harder, V. S., Rose, G. L. & Helzer, J. E. (2011). Drinking and stress: An examination of sex and stressor differences using IVR-based daily data. *Drug and Alcohol Dependence*, 115 (3), 205-212.
- Baltes, M. M. & Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and Aging*, 12 (3), 433-443.
- Baumann, R., Pütz, C., Röhrig, B., Höffken, K. & Wedding, U. (2009). Health-related quality of life in elderly cancer patients, elderly non-cancer patients and an elderly general population. *European Journal of Cancer Care*, 18, 457-465.
- Becker, P., Schulz, P. & Schlotz, W. (2004). Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit. Eine prospektive Studie zur Überprüfung eines systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12 (1), 11-23.
- Belvis de, A. G., Avolio, M., Spagnolo, A., Damiani, G., Sicuro, L., Cicchetti, A., Ricciardi, W. & Rosano, A. (2008). Factors associated with health-related quality of life: The role of social relationships among the elderly in an Italian region. *Public Health*, 122 (8), 784-793.
- Berking, M. & Kähnel, M. (2007). Achtsamkeitstraining als psychotherapeutische Interventionsmethode. Konzeptklärung, klinische Anwendung und aktuelle empirische Befundlage. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 57 (3/4), 170-177.

- Beutel, M. & Baumann, M. (2000). Rehabilitation suchtkranker älterer Menschen. *Suchttherapie*, 1 (3), 155-162.
- Bode, H. & Haupt, M. (1998). Alkoholismus im Alter. Ein Überblick über Diagnostik, Therapie und psychische Folgeschäden. *Fortschritte Neurologie, Psychiatrie*, 66 (10), 450-458.
- Bodenmann, G. & Widmer, K. (2000). Stressbewältigung im Alter: Ein Vergleich von Paaren jüngeren, mittleren und höheren Alters. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33 (3), 217-228.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Bowen, S., Chawla, N. & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. A clinician's guide*. New York: Guilford Press.
- Brady, K. T. & Sonne, S. C. (1999). The role of stress in alcohol use, alcoholism treatment, and relapse. *Alcohol Research & Health*, 23 (4), 263-271.
- Brennan, P. L., Schutte, K. K., Moos, B. S. & Moos, R. H. (2010) Twenty-year alcohol-consumption and drinking-problem trajectories of older men and women. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72 (2), 308-321.
- Brower, K., Modd, S., Blow, F., Joung, J. & Hill, E. (1994). Severity and treatment of alcohol withdrawal in elderly versus younger patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18 (1), 196-201.
- Brown, S. A., Vik, P. W., McQuaid, J. R., Patterson, T. L., Irwin, M. R. & Grant, I. (1990). Severity of psychosocial stress and outcome of alcoholism treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (4), 344-348.
- Bühringer, G. & Kunz-Ebrecht, S. R. (2005). Substanzstörungen mit Schwerpunkt Alkohol. In Petermann, F. & Reinecker, H. (Hrsg.). *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. (S. 421-430). Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M., Siegrist, J. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2000a). *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und –soziologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (Band 18). Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. & Siegrist, J. (2000b). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin. Eine Einführung. In Bullinger, M., Siegrist, J. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.). *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und –soziologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (Band 18). (S. 11-21). Göttingen: Hogrefe.

- Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43 (3), 190-197.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) (2006). *Alkoholkonsum in Österreich. Ergebnisse unterschiedlicher aktueller Quellen einschließlich der österreichweiten repräsentativen Bevölkerungsumfrage BMGF/LBISucht/market 2005*. Erstellt von Alkoholkoordinations- und Informationsstelle (AKIS). Verfügbar unter: <http://www.api.or.at/sp/download/lbidownload/06%20factsheet%20alkohol.pdf> [Zugriff am 16.02.2012].
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Auflage). Hillsdale: Erlbaum.
- Comer, R. J. (2008). *Klinische Psychologie* (6. Auflage). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Comer, R. J. (2001). *Klinische Psychologie* (2. Auflage). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Conte, H. R., Plutchik, R., Picard, S., Galanter, M. & Jacoby, J. (1991). Sex differences in personality traits and coping styles of hospitalized alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 52 (1), 26-32.
- Daig, I. & Lehmann, A. (2007). Procedures to measure quality of life. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16 (1/2), 5-23.
- Delgado, C. (2007). Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 39 (3), 229-234.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2011). *Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen*. Hamm: Rasch.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2008). *Alkohol im Alter*. Hamm: Rasch.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) (2001). *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung – Band 1*. Opladen: Leske + Budrich.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2010). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (5. Überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (7., überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.

- Dom, G., D'Haene, P., Hulstijn, W. & Sabbe, B. (2006). Impulsivity in abstinent early- and late-onset alcoholics: Differences in self-report measures and a discounting task. *Addiction*, 101 (1), 50-59.
- Droller, H. (1964). Some aspects of alcoholism in the elderly. *Lancet*, 2 (7351), 137-139.
- Einsle, F., Weidner, K., Nitschke, M., Stöbel-Richter, Y., Bley, S., Neumann, K. & Köllner, V. (2007). Are there differences between female and male patients with cardiac arrhythmias regarding quality of life. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16 (4), 161-170.
- Esslinger, A. S. & Heppner, H. J. (2006). Lebensqualität im Alter vor dem Hintergrund knapper Ressourcen im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie – psychiatrie*, 19 (1), 39-44.
- Ettrich, K. U. & Fischer-Cyrlies, A. (2005). Substance abuse in middle and old age. Everyday drug alcohol and nicotine: Use and abuse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38 (1), 47-59.
- Faul, L. A., Jim, H. S., Williams, C., Loftus, L. & Jacobsen, P. B. (2010). Relationship of stress management skill to psychological distress and quality of life in adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 19 (1), 102-109.
- Feselmayer, S., Poltrum, M. & Cervinka, R. (2008). Ressourcenorientiertes Arbeiten mit Suchtkranken am Beispiel der Natur und der Naturverbundenheit. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 31 (1), 49-56.
- Feselmayer, S., Beiglböck, W., Marx, R., Hauk, E., Zach, E. C., Fischer, C., Narath, U. & Waigmann, S. (1994). Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie in Behandlung und Prophylaxe von Suchtkrankheiten. In Springer, A., Feselmayer, S., Burian, W., Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S. & Marx, R. (Hrsg.). *Suchtkrankheit. Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger*. (S. 153-176). Wien: Springer.
- Feuerlein, W. (1995). Abhängigkeit im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie*, 8 (3), 153-162.
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Los Angeles: Sage.
- Fillip, S. H. & Ferring, D. (2001). „Lebenslust trotz der Last des Lebens?“ – Vom konstruktiven Umgang mit den kleineren und größeren Katastrophen im Leben. In Gerhard, U. (Hrsg.). *Psychologie und Lebensqualität*. (S. 19-31). Freiburg: Universitätsverlag.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S. & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992-1003.
- Forstmeier, S., Uhlenhorff, H. & Maercker, A. (2005). Assessment of resources in the elderly. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie*, 18 (4), 227-257.
- Forys, K., McKellar, J. & Moos, R. (2007). Participation in specific treatment components predicts alcohol-specific and general coping skills. *Addictive Behaviors*, 32 (8), 1669-1680.
- Foster, J. H., Powell, J. E., Marshall, E. J. & Peters, T. J. (1999). Quality of life in alcohol-dependent subjects – a review. *Quality of life research*, 8 (3), 255-261.
- Frank, R. (Hrsg.) (2007). *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Fredrickson, B. L. & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13 (2), 172-175.
- Gerhard, U. (Hrsg.) (2001). *Psychologie und Lebensqualität*. Freiburg: Universitätsverlag.
- Gerrig, R. J. & Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie* (18. aktualisierte Auflage). München: Pearson Studium.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44 (2), 63-73.
- Grom, B. (2007). Subjektives Wohlbefinden und Ressourcen im Alter. In Frank, R. (Hrsg.). *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. (S. 249-259). Heidelberg: Springer.
- Günther, O., Roick, C., Angermeyer, M. C. & König, H. H. (2007). The EQ-5D in alcohol dependent patients: Relationships among health-related quality of life, psychopathology and social functioning. *Drug and Alcohol Dependence*, 86 (2/3), 253-264.
- Gunzelmann, T., Schmidt, S., Albani, C. & Brähler, E. (2006a). Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie*, 19 (1), 7-15.
- Gunzelmann, T., Albani, C., Beutel, M. & Brähler, E. (2006b). Die subjektive Gesundheit älterer Menschen im Spiegel des SF-36. Normwerte aus einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39 (2), 109-119.

- Gunzelmann, T. & Oswald, W.-D. (2002). Gerontopsychologische Diagnostik. In Maercker, A. (Hrsg.). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. (S. 111-122). Berlin: Springer.
- Halisch, F. & Geppert, U. (2000). Wohlbefinden im Alter: Der Einfluss von Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen, Bewältigungsstrategien und persönlichen Zielen. Ergebnisse aus der Münchner GOLD-Studie. In Försterling, F. & Stiensmeier-Pelster, J. (Hrsg.). *Kognitive und emotionale Aspekte der Motivation*. (S. 121-152). Göttingen: Hogrefe.
- Hasking, P. A. & Oei, T. P. S. (2007). Alcohol expectancies, self-efficacy and coping in an alcohol-dependent sample. *Addictive Behaviors*, 32 (1), 99-113.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hodek, J. M., Ruhe, A. & Greiner, W. (2009). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Multimorbidität im Alter. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 52 (12), 1188-1201.
- Holzhausen, M., Bornschlegel, U. & Fischer, T. (2009). Die Patientenperspektive in der Erfassung von Lebensqualität im Alter. Möglichkeiten und Grenzen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42 (5), 355-359.
- Hurrelmann, K. (1990). Sozialisation und Gesundheit. In Schwarzer, R. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. (S. 93-101). Göttingen: Hogrefe.
- Jack, M. (2007). *Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Jacobi, F. (Hrsg.) (2002). *Wissenschaftliches Arbeiten in der klinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Jopp, D. & Leipold, B. (2004). Zur Wahrnehmung von Ressourcen und ihrer Bedeutung für das Wohlbefinden: Altersassoziierte Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei jungen und alten Erwachsenen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37 (5), 354-356.
- Jüttemann, G. (Hrsg.) (2004). *Psychologie als Humanwissenschaft. Ein Handbuch*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kaluza, G. (1996). Belastungsbewältigung und Gesundheit. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 5, 147-155.

- Kerr, W. C. & Ye, Y. (2010). Relationship of life-course drinking patterns to diabetes, heart problems and hypertension among those 40 and older in the 2005 U.S. national alcohol survey. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71 (4), 515-525.
- Kiefer, F. & Mann, K. (2007). Evidenzbasierte Behandlung der Alkoholabhängigkeit. *Nervenarzt*, 78 (11), 1321-1331.
- Knesebeck von dem, O., David, K., Bill, P. & Higl, R. (2006). Aktives Altern und Lebensqualität. Evaluationsergebnisse eines WHO-Demonstrationsprojektes. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39 (2), 82-89.
- Knight, B. G., Robinson, G. S. & Satre, D. D. (2002). Ein lebensspannenpsychologischer Ansatz der Alterspsychotherapie. In Maercker, A. (Hrsg.). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. (S. 87-110). Berlin: Springer.
- Knoll, L. (1997). *Lexikon der praktischen Psychologie. Erkenntnisse und Argumente zur Menschenkunde im Alltag*. Bindlach: Gondrom.
- Krohne, H. W. (1990). Stress und Stressbewältigung. In Schwarzer, R. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. (S. 263-277). Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A., Lehr, U. & Schmitt, E. (2004). Ressourcen des Alters erkennen und nutzen – Zur Produktivität älterer Menschen. In Jüttemann, G. (Hrsg.). *Psychologie als Humanwissenschaft. Ein Handbuch*. (S. 345-360). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Krystin-Exner, I. (2008). *Klinische Psychologie II*. Wien: Facultas.
- Krystin-Exner, I., Lueger-Schuster, B. & Weber, G. (Hrsg.) (1998). *Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie. Postgraduale Aus- und Weiterbildung*. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Lang, F. R., Rieckmann, N. & Schwarzer, R. (2000). Lebensqualität über die Lebensspanne: Die Rolle von Depressivität und Alter in der Alltagsgestaltung. In Bullinger, M., Siegrist, J. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.). *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und – soziologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (Band 18). (S. 337-353). Göttingen: Hogrefe.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion. An new synthesis*. London: Springer Publishing Company, Inc.
- Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, 7 (4), 375-389.

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978). Stress-related transaction between person and environment. In Pervin, L. A. Lewis, M. (Hrsg.). *Perspectives in international psychology*. (S. 287-327). New York: Academic Press.
- Lehr, U. (1990). „Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin: Der Beitrag der Gerontologie als interdisziplinäre Wissenschaft. In Schölmerich, P. & Thews, G. (Hrsg.). *„Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin*. (S. 257-270). Stuttgart: Gustav Fischer.
- Lentner, S. (1994). Das Modell der geschlossenen Behandlungskette im Anton Proksch Institut. In Springer, A., Feselmayer, S., Burian, W., Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S. & Marx, R. (Hrsg.). *Suchtkrankheit. Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger*. (S. 61-66). Wien: Springer.
- Levin, C., Ilgen, M. & Moos, R. (2007). Avoidance coping strategies moderate the relationship between self-efficacy and 5-year alcohol treatment outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21 (1), 108-113.
- Lieb, B., Rosien, M., Bonnet, U. & Scherbaum, N. (2008). Alkoholbezogene Störungen im Alter. Aktueller Stand zu Diagnostik und Therapie. *Fortschritte Neurologie, Psychiatrie*, 76 (2), 75-85.
- Litman, G. K., Stapelton, J., Oppenheim, A. N. & Peleg, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addiction*, 78 (3), 269-276.
- Livingston, M. (2009). Effects of alcohol consumption in spousal relationships on health-related quality of life and life satisfaction. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70 (3), 383-390.
- Loeber, S., Kiefer, F., Wagner, F., Mann, K. & Croissant, B. (2009). Behandlungserfolg nach qualifiziertem Alkoholentzug. Vergleichsstudie zum Einfluss motivationaler Interventionen. *Nervenarzt*, 80 (9), 1085-1092.
- Loydolt, R. (1994). Sozialtherapeutische Beratung. In Springer, A., Feselmayer, S., Burian, W., Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S. & Marx, R. (Hrsg.). *Suchtkrankheit. Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger*. (S. 251-263). Wien: Springer.
- Mader, R., Feselmayer, S., Lentner, S., Marx, R., Nimmerrichter, A., Uhl, A. & Zimmerl, H. (1991). Das „Anton Proksch-Institut – Stiftung Genesungsheim Kalksburg“. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 14 (1/2), 3-25.

- Maercker, A. (Hrsg.) (2002). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin: Springer.
- Maercker, A. (2002). Psychologie des höheren Lebensalters. Grundlagen der Alterspsychotherapie und klinischen Gerontopsychologie. In Maercker, A. (Hrsg.). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. (S. 1-58). Berlin: Springer.
- Mayer, F. H. (1998). *Gesundheitsbezogene Lebensqualität. Zur Methodik der Messung*. Bayreuth: Verlag P.C.O.
- McQuaid, J. R., Brown, S. A., Aarons, G. A., Smith, T. L., Patterson, T. L. & Schuckit, M. A. (2000). Correlates of life stress in an alcohol treatment sample. *Addictive Behaviors*, 25 (1), 131-137.
- Mikulasek, A. (2010). *Demographisches Jahrbuch. Herausgegeben von STATISTIK AUSTRIA*. Wien: Verlag Österreich GmbH. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/geburten/publdetail?id=25&listid=25&detail=609 [Zugriff am 10.02.2012].
- Moos, R. H., Brennan, P. L., Schutte, K. K. & Moos, B. S. (2010). Older adults health and late-life drinking patterns: A 20-year perspective. *Aging & Mental Health*, 14 (1), 33-43.
- Moos, R. H. & Moos, B. S. (2007a). Treated and untreated alcohol-use disorders. Course and predictors of remission and relapse. *Evaluation Review*, 31 (6), 564-584.
- Moos, R. H. & Moos, B. S. (2007b). Protective resources and long-term recovery from alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 86 (1), 46-54.
- Moos, R. H., Brennan, P. L., Fondacaro, M. R. & Moos, B. S. (1990). Approach and avoidance coping responses among older problem and nonproblem drinkers. *Psychology and Aging*, 5 (1), 31-40.
- Morgan, M. Y., Landron, F. & Leher, P. (2004). Improvement in quality of life after treatment for alcohol dependence with acamprosate and psychosocial support. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28 (1), 64-77.
- Mundle, G., Wormstall, H. & Mann, K. (1997). Die Alkoholabhängigkeit im Alter. *Sucht*, 43 (3), 201-206.
- Okoro, C. A., Brewer, R. D., Naimi, T. S., Moriarty, D. G., Giles, W. H. & Mokdad, A. H. (2004). Binge drinking and health-related quality of life. *American Journal of Preventive Medicine*, 26 (3), 230-233.
- Oslin, D. W., Slaymaker, V. J., Blow, F. C., Owen, P. L. & Collieran, C. (2005). Treatment outcomes for alcoholic dependence among middle-aged and older adults. *Addictive Behaviors*, 30 (7), 1431-1436.

- Oslin, D. W., Pettinati, H. & Volpicelli, J. (2002). Alcoholism treatment adherence: Older age predicts better adherence and drinking outcome. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10 (6), 740-747.
- Pervin, L. A. Lewis, M. (Hrsg.) (1978). *Perspectives in international psychology*. New York: Academic Press.
- Petermann, F. & Reinecker, H. (Hrsg.) (2005). *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Petry, J. (1993). Alkoholismustherapie. *Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien*. Weinheim: Psychologie-Verlag-Union.
- Pinel, J. P. J. (2007). *Biopsychologie* (6., aktualisierte Ausgabe). München: Pearson Studium.
- Preinsberger, W., Beiglböck, W. & Lentner, S. (1994). Das therapeutische Konzept der Behandlung substanzabhängiger Männer. In Springer, A., Feselmayer, S., Burian, W., Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S. & Marx, R. (Hrsg.). *Suchtkrankheit. Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger*. (S. 135-141). Wien: Springer.
- Pschyrembel (2004). *Klinisches Wörterbuch* (260. Auflage). Berlin: Walter de Gruyter.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Nickel, J., Ottova, V. & Erhart, M. (2009). Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität aus einer bevölkerungsbezogenen Perspektive. Ergebnisse aus aktuellen internationalen und nationalen Studien. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17 (2), 56-68.
- Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C. & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in an heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23 (4), 183-192.
- Reimann, S. & Hammelstein, P. (2006). Ressourcenorientierte Ansätze. In Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie*. (S. 13-28). Heidelberg: Springer.
- Reimann, S. & Pohl, J. (2006). Stressbewältigung. In Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie*. (S. 217-277). Heidelberg: Springer.
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hrsg.) (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer.
- Renneberg, B. & Lippke, S. (2006). Lebensqualität. In Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie*. (S. 29-33). Heidelberg: Springer.
- Röhrle, B. (Hrsg.) (2002). *Prävention und Gesundheitsförderung*. Tübingen: DGVT.

- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Rubonis, A. V., Gulliver, S. B., Colby, S. M., Binkoff, J. A. & Abrams, D. B. (2001). Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: 6- and 12-month outcomes. *Addiction*, 96 (8), 1161-1174.
- Romeis, J. C., Waterman, B., Scherrer, J. F., Goldberg, J., Eisen, S. A., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Slutske, W. S., Lyons, M. J., Tsuang, M. T. & True, W. R. (1999). The impact of sociodemographics, comorbidity and symptom recency on health-related quality of life in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 60 (5), 653-662.
- Rose, U. (2002). Grundbegriffe der Versuchsplanung bei klinischen Interventionsstudien. In Jacobi, F. (Hrsg.). *Wissenschaftliches Arbeiten in der klinischen Psychologie*. (S. 121-142). Göttingen: Hogrefe.
- Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Bronner, E., Scholler, G., Danzer, G. & Klapp, B. F. (2000). „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“ ein Teil der „allgemeinen Lebensqualität“. In Bullinger, M., Siegrist, J. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.). *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und –soziologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (Band 18). (S. 206-221). Göttingen: Hogrefe.
- Rosenbloom, M. J., Sullivan, E. V., Sassoon, S. A., O'Reilly, A., Fama, R., Kemper, C. A., Deresinski, S. & Pfefferbaum, A. (2007). Alcoholism, HIV infection, and their comorbidity: Factors affecting self-related health-related quality of life. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68 (1), 115-125.
- Rudolf, H., Bommer, I. & Priebe, S. (1996). Alkoholabhängige Frauen nach der körperlichen Entgiftung – Wie bewerten sie ihre Lebenssituation. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 19 (3), 47-53.
- Rumpf, H. J., Hapke, U., Dawedait, A., Meyer, C. & John, U. (1998). Triggering and maintenance factors of relapsing from alcohol dependence without formal help. *European Addiction Research*, 4 (4), 209-210.
- Rüster, P. (2007). Strategic short time therapy with alcohol dependents. *Psychotherapie*, 12 (2), 205-215.
- Saarni, S. I., Joutsenniemi, K., Koskinen, S., Suvisaari, J., Pirkola, S., Sintonen, H., Poikolainen, K. & Lönnqvist, J. (2008). Alcohol consumption, abstaining, health utility, and quality of life – A general population survey in finland. *Alcohol & Alcoholism*, 43 (3), 376-386.
- Saatcioglu, O., Yapici, A. & Cakmak, D. (2008). Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. *Drug and Alcohol Review*, 27 (1), 83-90.

- Scherer, U. & Scherer, K. (1994). Emotionale Reagibilität, Bewältigungsstrategien und Alkoholismus. *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie*, 74-95.
- Schiepek, G., Noichl, F., Tischer, D., Honermann, H. & Elbing, E. (2001). Stationäre Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. Evaluation eines systemisch-ressourcenorientierten Konzepts. *Psychotherapeut*, 46 (4), 243-251.
- Schmidt, E. (1994). Ambulante Betreuung von Alkoholkranken in Wien. In Springer, A., Feselmayer, S., Burian, W., Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S. & Marx, R. (Hrsg.). *Suchtkrankheit. Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger*. (S. 271-290). Wien: Springer.
- Schmidt, K. H. & Metzler, P. (1992). *Wortschatztest (WST)*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Schölmerich, P. & Thews, G. (Hrsg.) (1990). „Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Scholz, H., Zingerle, H. & Quantschnig, B. (1995). Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten im höheren Lebensalter. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 18 (1), 65-74.
- Schwarzer, R. & Koll, N. (2001). Personale Ressourcen im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung – Band 1*. (S. 11-93). Opladen: Leske + Budrich.
- Schwarzer, R. (Hrsg.) (1990). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworth.
- Selye, H. (1956). *The stress of life* (6. Auflage). New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1953). *Einführung in die Lehre vom Adaptationssyndrom*. Stuttgart: Thieme.
- Spencer, R. L. & Hutchison, K. E. (1999). Alcohol, aging and the stress response. *Alcohol Research & Health*, 23 (4), 272-283.
- Springer, A., Feselmayer, S., Burian, W., Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S. & Marx, R. (1994). (Hrsg.). *Suchtkrankheit. Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger*. Wien: Springer.
- Statistik Austria (2011). *Statistisches Jahrbuch Österreichs 2012*. Wien: Verlag Österreich GmbH. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/services/stat_jahrbuch/index.html [Zugriff am 10.02.2012].

- Staudinger, U. M. & Greve, W. (2001). Resilienz im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung – Band 1.* (S. 95- 144). Opladen: Leske + Budrich.
- Steinbüchel von, N., Lischetzke, T., Gurny, M., Winkler, I. & The WHOQOL-OLD Group (2005). Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität älterer Menschen mit dem WHOQOL-BREF-Fragebogen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 14 (1), 13-23.
- Timko, C., Finney, J. W. & Moos, R. H. (2005). The 8-year course of alcohol abuse: Gender differences in social context and coping. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29 (4), 612-621.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Puhm, A., Kobra, U. & Musalek, M. (2011a). *Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2011*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Puhm, A., Kobra, U. & Musalek, M. (2011b). *Handbuch Alkohol – Österreich. Band 2: Einrichtungen 2011*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Kobra, U., Puhm, A., Springer, A., Kopf, N., Beiglböck, W., Eisenbach-Stangl, I., Preinsperger, W. & Musalek, M. (2009a). *Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. Trends. 2009*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Uhl, A., Strizek, J., Puhm, A., Kobra, U. & Springer, A. (2009b). *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008. Band 1: Forschungsbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Uhl, A. (2002a). Todesfälle durch Substanzkonsum: Wie sinnvoll ist dieses Konzept? *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 25 (1), 23-32.
- Uhl, A. (2002b). Schutzfaktoren und Risikofaktoren in der Suchtprophylaxe. In Röhrle, B. (Hrsg.). *Prävention und Gesundheitsförderung*. (S. 261-283). Tübingen: DGVT.
- Uhl, A. & Kobra, U. (2003). Epidemiologie des geschlechtsspezifischen Alkoholgebrauchs. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 26 (3), 5-19.
- Vieten, C., Astin, J. A., Buscemi, R. & Galloway, G. P. (2010). Development of an acceptance-based coping intervention for alcohol dependence relapse prevention. *Substance Abuse*, 31 (2), 108-116.
- Voßmann, U. & Geyer, D. (2006). Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Therapeutische Erfahrungen mit älteren Patienten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19 (4), 221-227.

- Walter, M., Dammann, G., Wiesbeck, G. A. & Klapp, B. F. (2005). Psychosocial stress and alcohol consumption: Interrelations, consequences and interventions. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 73 (9), 517-525.
- Wechdorn, H. & Günther, V. (1998). Stress und Stressbewältigung in der Gesundheitspsychologie. In Kryspin-Exner, I., Lueger-Schuster, B. & Weber, G. (Hrsg.). *Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie. Postgraduale Aus- und Weiterbildung*. (S. 239-246). Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Weinberger, M., Hiner, S. L. & Tierney, W. M. (1987). In support of hassles as a measure of stress in predicting health outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 10 (1), 19-31.
- Welsh, J. A., Buchsbaum, D. G. & Kaplan, C. P. B. (1993). Quality of life of alcoholics and non-alcoholics: Does excessive drinking make a difference in the urban setting. *Quality of Life Research*, 2 (5), 335-340.
- Welte, J. W. & Mirand, A. L. (1993). Drinking, problem drinking and life stressors in the elderly general population. *Journal on Studies of Alcohol*, 56 (1), 67-73.
- Wetterling, T. & Kugler, C. (2006). Ältere Suchtkranke im psychiatrischen Krankenhaus. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19 (4), 195-200.
- Wetterling, T., Backhaus, J. & Junghanns, K. (2002). Sucht im Alter. Ein unterschätztes Problem in der klinischen Versorgung älterer Menschen. *Nervenarzt*, 73 (9), 861-866.
- Weyerer, S. (2003). Sucht im Alter. Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Benzodiazepinen im höheren Alter. *SuchtMagazin*, 4, 1-8.
- Wiesmann, U., Wendlandt, S. & Hannich, H. J. (2004). Salutogenese im Alter. Kohärenzgefühl und psycho-soziale Widerstandsressourcen älterer aktiver Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 17 (3), 179-193.
- Winkler, I., Buyantugs, L., Petscheleit, A., Kilian, R., Angermeyer, M. C. & The WHOQOL-OLD Group (2003). The intercultural measuring of quality of life in the elderly: The WHOQOL-OLD project. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 16 (4), 177-192.
- Wiscott, R., Kopera-Frye, K. & Begovic, A. (2002). Binge drinking in later life: Comparing young-old and old-old social drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16 (3), 252-255.
- Wolter, D. (2006). Sucht im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19 (4), 189-193.
- Zeman, P. (2009). Sucht im Alter. *Informationsdienst Altersfragen*, 3, 10-14.

12 Tabellenverzeichnis

Tab. 3.1.1	Interne und externe Ressourcen.
Tab. 6.2.1	Acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit.
Tab. 6.2.2	Erläuterung der sieben Subskalen des FERUS.
Tab. 7.2.1	K-S-Testergebnisse für die Subskalen des SF-36.
Tab. 7.2.2	Signifikanztestergebnisse zu Veränderungen in den Subskalen des SF-36 über den Therapieverlauf.
Tab. 7.2.3	Deskriptive Ergebnisse für die einzelnen Subskalen des SF-36 in der VG zu T1 und T2.
Tab. 7.2.4	Deskriptive Ergebnisse für die einzelnen Subskalen des SF-36 in der KG zu T1 und T2.
Tab. 7.2.5	Signifikanztestergebnisse in Bezug auf Veränderungen in den Subskalen des SF-36 über die Zeit.
Tab. 7.2.6	Deskriptive Ergebnisse für die einzelnen Subskalen des SF-36 in der Gruppe der LO zu T1 und T2.
Tab. 7.2.7	Deskriptive Ergebnisse für die einzelnen Subskalen des SF-36 in der Gruppe der EO zu T1 und T2.
Tab. 7.2.8	Deskriptive Ergebnisse für die einzelnen Subskalen des SF-36 in der Gruppe der RA zu T1 und T2.
Tab. 7.2.9	Deskriptive Ergebnisse für die einzelnen Subskalen des SF-36 in den Gruppen TA und TB.
Tab. 7.2.10	Signifikanztestergebnisse in Bezug auf Veränderungen in den Subskalen des

FERUS über den Therapieverlauf.

Tab. 7.2.11	Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des FERUS in der VG zu T1 und T2.
Tab. 7.2.12	Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des FERUS in der KG zu T1 und T2.
Tab. 7.2.13	Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des FERUS in der Gruppe der LO zu T1 und T2.
Tab. 7.2.14	Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des FERUS in der Gruppe der EO zu T1 und T2.
Tab. 7.2.15	Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des FERUS in der Gruppe der RA zu T1 und T2.
Tab. 7.2.16	Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des FERUS in den Gruppen TA und TB.
Tab. 7.2.17	Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des CBI-G in VG und KG zu T1.
Tab. 7.2.18	Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des CBI-G zu T1 und T2 in der VG.
Tab. 7.2.19	Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des CBI-G zu T1 und T2 in der KG.
Tab. 7.2.20	Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des CBI-G zu T1 und T2 in der Gruppe der LO.
Tab. 7.2.21	Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des CBI-G zu T1 und T2 in der Gruppe der EO.
Tab. 7.2.22	Deskriptive Ergebnisse für die Subskalen des CBI-G zu T1 und T2 in der Gruppe der RA.
Tab. 7.3.1	Deskriptivstatistik zu den Depressionswerten in der VG und KG zu T1 und T2.
Tab. 7.3.2	Deskriptivstatistik zu den Depressionswerten in der Gruppe der LO, EO und RA zu T1 und T2.

Tab. 7.3.3	Deskriptivstatistik zu den Depressionswerten in der Gruppe der TA und TB zu T1.
Tab. 7.3.4	Skala „Soziales“ aus TH1
Tab. 7.3.5	Skala „Berufliches“ aus TH1.
Tab. 7.3.6	Skala „Persönliches“ aus TH1.
Tab. 7.3.7	Skala „Soziales“ aus TH2.
Tab. 7.3.8	Skala „Berufliches“ aus TH2.
Tab. 7.3.9	Skala „Persönliches“ aus TH2.
Tab. 7.3.10	Teilnahme der VG und KG an „Therapeutischen Basisangeboten und suchtspezifische Interventionen“.
Tab. 7.3.11	Teilnahme der VG und KG an „komorbiditätsspezifischen Interventionen“.
Tab. 7.3.12	Teilnahme der VG und KG an „sport- und bewegungszentrierten Modulen“.
Tab. 7.3.13	Inanspruchnahme von „Angeboten der Sozialarbeit und beruflichen (Re-)Integration“ durch die VG und KG.
Tab. 7.3.14	Teilnahme der VG und KG an den „Kreativtherapien“.
Tab. 7.3.15	Teilnahme der VG und KG an „Angeboten zur Lebens- und Freizeitgestaltung“.

13 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.5.1	Suchtdreieck.
Abb. 3.4.1	Ressourcenaktivierung als positiver Rückkoppelungsprozess.
Abb. 7.1.1	Altersverteilung in der Gesamtstichprobe.
Abb. 7.1.2	Altersverteilung in der Gruppe der TA.
Abb. 7.1.3	Bildungsniveau der VG und KG.
Abb. 7.1.4	Berufliche Situation der VG und KG.
Abb. 7.1.5	Berufliche Situation der EO, LO und RA.
Abb. 7.1.6	Berufliche Situation der TA und TB.
Abb. 7.1.7	Familienstand der VG und KG.
Abb. 7.1.8	Familienstand der EO, LO und RA.
Abb. 7.1.9	Familienstand der TA und TB.
Abb. 7.1.10	Wohnsituation der VG und KG.
Abb. 7.1.11	Wohnsituation der EO, LO und RA.
Abb. 7.1.12	Wohnsituation der TA und TB.
Abb. 7.1.13	Anzahl nahestehender Personen in den Subgruppen der VG.
Abb. 7.1.14	Anzahl nahestehender Personen in der Gruppe der TA und TB.
Abb. 7.1.15	Psychische Erkrankungen in der KG.

- Abb. 7.1.16** Psychische Erkrankungen in der VG.
- Abb. 7.2.1** Veränderung von *Positives Denken* in der VG und KG über den Therapieverlauf.
- Abb. 7.2.2** Veränderung von *Vermeidung* in der VG und KG über den Therapieverlauf.
- Abb. 7.2.3** Skalenwert *Suchen sozialer Unterstützung* in der Gruppe der TA und TB zu T1.
- Abb. 7.2.4** Skalenwert *Negatives Denken* in der Gruppe der TA und TB zu T1.
- Abb. 7.3.1** Antwortverteilung in der VG und KG zur TherapeutInnenzufriedenheit am API.
- Abb. 7.3.2** Antwortverteilung in der VG und KG zur Zufriedenheit mit dem therapeutischen Aufenthalt am API.
- Abb. 7.3.3** Antwortverteilung in der Bewertung der erhaltenen Hilfe und Unterstützung in beiden Altersgruppen.

14 Abkürzungsverzeichnis

ADH	Alkoholdehydrogenase
AAS	Allgemeines Adaptationssyndrom
APA	American Psychiatric Association
API	Anton Proksch Institut
AV	Abhängige Variable
BDI	Beck Depressions-Inventar
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
CBI-G	Coping Behaviours Inventory, Deutsche Version
CoPD	Chronisch obstruktive Pulmonaldysfunktion („Raucherlunge“)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
EO	Early-onset Alkoholabhängige
FERUS	Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten
GRR	Generalised Resistance Resources (generelle Widerstandsressourcen)
ICD	International Classification of Diseases
IQ	Intelligenzquotient
KG	Kontrollgruppe

K-S-Test	Kolmogorov-Smirnov-Test
LO	Late-onset Alkoholabhängige
MANOVA	Multivariate Varianzanalyse
MW	Mittelwert
NHP	Nottingham Health Profile
η^2	Partielles Eta-Quadrat (Effektstärke)
p	Signifikanzniveau
QOL	Quality of Life
RA	Rezidiv-Abhängige
SAR-Modell	systematisches Anforderungs-Ressourcen-Modell
SD	Standardabweichung
SF-36	Fragebogen zum Gesundheitszustand in der Kurzform mit 36 Items
SOC	Sense of Coherence (Kohärenzgefühl)
SOK-Modell	Modell der selektiven Optimierung und Kompensation
SPSS	Statistical Package for Social Science
STUS	Substanztod im umfassendsten Sinn
TACOS	Projekt „Transitions in Alcohol Consumption and Smoking“
TA	Therapieabbrecher
TB	Therapieabsolventen

T	Testzeitpunkt
T1	Erste Datenerhebung vor Therapiebeginn
T2	Zweite Datenerhebung gegen Therapieende
TH1	Fragebogen zur persönlichen Wichtigkeit verschiedener Problembereiche bei der Abhängigkeitsentstehung
TH2	Fragebogen zur Berücksichtigung verschiedener Problembereiche im therapeutischen Setting
TH3	Fragebogen zur Teilnahme an Therapieangeboten und zur Patientenzufriedenheit
UV	Unabhängige Variable
VG	Versuchsgruppe
WHO	World Health Organisation
WST	Wortschatztest

◀ ANHANG ▶



Sehr geehrte Teilnehmer!

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

Wir möchten Sie bitten, sowohl zu Beginn als auch gegen Ende Ihres Aufenthaltes am Anton Proksch Institut unsere Fragebogenbatterie zu bearbeiten. Das jeweilige Ausfüllen des Fragebogens wird ca. eine Stunde in Anspruch nehmen. Ihre **Teilnahme** an unserer Studie ist **ausnahmslos freiwillig**, d.h. Sie haben jederzeit das Recht, die Pausen einzulegen oder auch die Behandlung abzubrechen. Diese Untersuchung dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken. Die durch **Ihre Antworten** gewonnenen Informationen werden **absolut vertraulich behandelt** und anonym ausgewertet, sodass zu keiner Zeit Rückschlüsse auf Ihre Identität gezogen werden können. Sämtliche Daten werden natürlich nicht an Außenstehende weitergegeben.

Bitte bedenken Sie, dass es bei Ihrer Bearbeitung **keine richtigen oder falschen Antworten** gibt. Wir bitten Sie lediglich, **alle gestellten Fragen ehrlich und vollständig zu beantworten**, da dies eine wichtige Voraussetzung ist, um Ihre Angaben in unsere Untersuchung miteinbeziehen zu können.

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

Nadine Lehner: a0503743@unet.univie.ac.at bzw. 0676/69 110 10

Elisabeth Zeiler: a0502056@unet.univie.ac.at bzw. 0676/91 72 355

VIELEN HERZLICHEN DANK FÜR IHRE TEILNAHME!

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin einverstanden, an der Studie teilzunehmen!

DATUM

UNTERSCHRIFT

Anfangsbuchstabe
VORNAME

Anfangsbuchstabe
NACHNAME

Tag des Geburtsdatums

Um die beiden von Ihnen ausgefüllten Fragebögen richtig zuzuordnen zu können, möchten wir Sie bitten,
in die rot markierten Kästchen ihren persönlichen Code einzutragen.

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

BEISPIEL: Franz Müller, geb. am 13.02.1955 ⇒ F M 13

Aufnahmedatum:

Entlassungsdatum:

Datum erster Testung:

Datum zweiter Testung:

Im Folgenden finden Sie Reihen mit jeweils sechs Wörtern. Darunter ist aber **immer nur ein reales Wort**, das Ihnen bekannt sein kann. **Bitte suchen Sie dieses Wort heraus und streichen Sie es durch.** Lesen Sie bitte jede Zeile durch und lassen Sie dabei keine aus. Bitte raten Sie nicht, es steht Ihnen genügend Zeit zur Verfügung.

Ronolie – Unidase – Orisal – Ironie – Niro – Ikomie
Narchom – Monarch – Archimon – Sevarch – Charisker – Mondular
insivieren – tobasieren – okluvieren – lotatieren – tolerieren – keloterieren
Koratur – Vektation – Persavan – Seliton – Kelmation – Koalition
Kunsofat – Sulkason – Konsulat – Densodat – Subasor – Konsuvar
Tortur – Rutsur – Torastal – Turtos – Korut – Tektorb
iopras – saroll – ralopk – rapoll – palrost – salopp
Malek – Kelmak – Almek – Makel – Nastel – Akelm
Fraksun – Fraktur – Raktie – Turtan – Aklur – Sagun
Kadseke – Kamlade – Kataske – Sabale – Kaskade – Haskase
inspizieren – pikistieren – negosieren – inklenieren – imaltieren – invigieren
Tilmad – Dailed – Laidel – Defain – Detail – Ailrod
Ritmun – Ritual – Duarid – Tiluralk – Riturdal – Utaled
Fisabol – Askiso – Fiasko – Briaske – Konfikus – Fialkon
Refilbe – Dilgede – Gedile – Figele – Gefilde – Lefide
Sobtion – Pavisol – Arkusion – Epuktion – Savasor – Eruption
Diskrepanz – Dekrepanz – Drusalik – Diskresat – Krepazid – Diskasenz
Phorestie – Reuphorsie – Euklopan – Euphorie – Phoskomie – Eusobek
konzalieren – ubitieren – prazieren – kinazipieren – nodalieren – konzipieren
Aldiktie – Lirekt – Relikt – Keriske – Selirikt – Espokrit
flagrant – falsevat – lasant – flagnal – agantal – granflot

Tuvot – Votum – Noktum – Knesam – Umfod – Vorkum
Kausaminat – Sobquität – Malesit – Kausalität – Abasitor – Rendosität
Noklentur – Disklatat – Nomenklatur – Menastat – Nomesur – Klaturat
Spresit – Pristit – Esphin – Kervat – Esprit – Ritit
Esiktion – Sevestor – Ditioned – Edifar – Kondikat – Edition
Akrophab – Brekamie – Abriskie – Akribie – Akrisal – Semalie
kontaminieren – minkieren – uzieren – kolgieren – telankieren – kortalimieren
Kobison – Subzerion – Sebodal – Suksessan – Lokasin – Sukzession
Kossume – Koltage – Voluke – Kolumne – Nemulke – Lomunke
Penkompium – Kasidor – Kompendium – Sagorin – Kamidion – Potorium
evident – elisent – detival – evelent – senisant – osalent
Vanzak – Regavent – Valtur – Kanzom – Vakanz – Kevanz
Koraspu – Komeskanz – Konkorval – Konkordanz – Dedkon – Kordukanz
ukusieren – usurpieren – abumieren – uspatieren – sprousieren – uskieren
Emonugett – Flasomat – Fleskulett – Geloett – Effoleset – Flageolett
puskerabel – abuldär – surabelisch – pentamal – kommensurabel – kommesbarul
Wigink – Zelkon – Witib – Sikis – Catib – Bilkeb
eskamotieren – kamosieren – lasbieren – esamieren – konalieren – moteskamieren
Rothurm – Kallune – Kassader – Nokhorm – Kothurn – Thurkam
Tesoritit – Kossanetrat – Itnirkat – Kassiterit – Teritterat – Kasprit
Duratt – Heddur – Herudd – Tesadd – Heddarn – Eddhor

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

Wie alt sind Sie? _____

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Herkunftsland:

Österreich	☐
Anderes Land: _____	☐

Was ist Ihre höchste abgeschlossene Schulausbildung?

Kein Abschluss	☐
Pflichtschule	☐
Lehre/Berufsschule	☐
Fachschule ohne Matura	☐
Matura/Abitur	☐
Fachhochschule/Universität	☐

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer beruflichen Situation:

Nicht erwerbstätig	☐
berufstätig	☐
in Karenz	☐
in Frühpension	☐
in Pension	☐
Sonstige: _____	

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

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Familienstand:

ledig	☐
in einer Beziehung/Partnerschaft	☐
verheiratet	☐
geschieden	☐
verwitwet	☐

Bitte beschreiben Sie Ihre derzeitige Wohnsituation:	
allein lebend	☐
mit Partner/in	☐
mit Kind/ern	☐
bei Eltern bzw. einem Elternteil	☐
Wohngemeinschaft	☐
andere Wohnform (z.B. Pflegeheim, Seniorenwohnheim, etc.)	☐

Wie viele nahestehende Personen und enge Freunde haben Sie zurzeit?	
0	☐
1	☐
2 bis 4	☐
mehr als 4	☐

Bitte geben Sie an, mit welchem Alter Sie alkoholabhängig wurden:	
Mit _____ Jahren	

Gab es im Laufe Ihrer Suchterkrankung eine oder mehrere Phasen, in denen Sie länger als ein Jahr abstinent waren?	
Nein	☐
Ja	☐
Wenn Ja, wie viele Phasen? _____	

Wenn Ja, wie lange dauerte/n diese Phase/n?	
mindestens 1 Jahr	☐
zwischen 2-4 Jahre	☐
zwischen 5-10 Jahre	☐
länger als 10 Jahre	☐
zwischen 15-20 Jahre	☐
länger als 20 Jahre	☐

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

Wurde bei Ihnen schon einmal eine psychische Erkrankung festgestellt?	
Nein	☐
Ja	☐
Wenn Ja, welche? _____	

Wurde bei Ihnen schon einmal eine schwerwiegende körperliche Erkrankung festgestellt?	
Nein	☐
Ja	☐
Wenn Ja, welche? _____	

Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre persönliche Beurteilung Ihres **Gesundheitszustandes**. Ihre Antworten ermöglichen es, nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie unter allen Antwortmöglichkeiten jene auswählen, die am besten auf Sie zutrifft.

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	
Ausgezeichnet	☐
Sehr gut	☐
Gut	☐
Weniger gut	☐
Schlecht	☐

Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	
Derzeit viel besser	☐
Derzeit etwas besser	☐
Unverändert	☐
Derzeit etwas schlechter	☐
Derzeit viel schlechter	☐

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?			
TÄTIGKEITEN	<i>Ja, stark eingeschränkt</i>	<i>Ja, etwas eingeschränkt</i>	<i>Nein, gar nicht eingeschränkt</i>
Anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	☐	☐	☐
Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	☐	☐	☐
Einkaufstaschen heben oder tragen	☐	☐	☐
Mehrere Treppenabsätze steigen	☐	☐	☐
Einen Treppenabsatz steigen	☐	☐	☐
Sich beugen, knien, bücken	☐	☐	☐
Mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	☐	☐	☐
Mehrere Straßenkreuzungen zu Fuß gehen	☐	☐	☐
Eine Straßenkreuzung zu Fuß gehen	☐	☐	☐
Sich baden oder anziehen	☐	☐	☐

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?		
SCHWIERIGKEITEN	JA	NEIN
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	☐	☐
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	☐	☐
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen)	☐	☐

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?		
SCHWIERIGKEITEN	JA	NEIN
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	☐	☐
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	☐	☐

Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	
Überhaupt nicht	☐
Etwas	☐
Mäßig	☐
Ziemlich	☐
Sehr	☐

Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?	
Ich hatte keine Schmerzen	☐
Sehr leicht	☐
Leicht	☐
Mäßig	☐
Stark	☐
Sehr stark	☐

Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und/oder im Beruf behindert?	
Überhaupt nicht	☐
Ein bisschen	☐
Mäßig	☐
Ziemlich	☐
Sehr	☐

Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile jene Antwort an, die am ehesten Ihrem Befinden entspricht. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...						
	<i>immer</i>	<i>meistens</i>	<i>ziemlich oft</i>	<i>manchmal</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
...voller Schwung?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...sehr nervös?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...ruhig und gelassen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...voller Energie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...entmutigt und traurig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...erschöpft?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...glücklich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...müde?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten, usw.) beeinträchtigt?	
Immer	☐
Meistens	☐
Manchmal	☐
Selten	☐
Nie	☐

Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?					
	<i>trifft ganz zu</i>	<i>trifft weitgehend zu</i>	<i>weiß nicht</i>	<i>trifft weitgehend nicht zu</i>	<i>trifft überhaupt nicht zu</i>
Ich schein etwas leichter als andere krank zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.	☐	☐	☐	☐	☐

Im Folgenden erhalten Sie eine Reihe von Aussagen. Diese **Aussagen** beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 2 bis 3 Wochen einschließlich heute, also auf **Ihre derzeitige Situation**. Bitte kreuzen Sie für jede Aussage die am ehesten zutreffende Antwort an.

	<i>stimmt nicht</i>	<i>stimmt wenig</i>	<i>stimmt mittelmäßig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt sehr</i>
Die Dinge, mit denen ich mich momentan am meisten beschäftige, werden mir in Zukunft noch von Nutzen sein.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn mir jemand bei der Verwirklichung meiner Absichten und Ziele im Weg steht, finde ich trotzdem eine Möglichkeit, meine Vorstellungen durchzusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei Konflikten, an denen ich nichts ändern kann, finde ich einen Weg, die Ruhe zu bewahren und mit diesem Problem fertig zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich einen Misserfolg habe, schaue ich mir mein Verhalten in allen Einzelheiten an und versuche zu verstehen, was schief gelaufen ist.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich muss dringend neue Verhaltensweisen, die ich in der Therapie lerne/gelernt habe, daheim ausprobieren, so dass ich mich in Zukunft psychisch und/oder körperlich besser fühle.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich nicht etwas an meiner Lebenssituation verändere, wird es in meinem Privatbereich immer schwieriger.	☐	☐	☐	☐	☐
Um etwas Schwieriges zu erreichen, mache ich mir vorher klar, wie ich mich verhalten muss, um zum Ziel zu kommen.	☐	☐	☐	☐	☐
In Konfliktsituationen gebe ich mich nicht geschlagen und versuche zumindest, einen Kompromiss heraus zu handeln.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe die Fähigkeit, meine Probleme zu lösen wenn ich mich darum bemühe.	☐	☐	☐	☐	☐
Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen.	☐	☐	☐	☐	☐

	<i>stimmt nicht</i>	<i>stimmt wenig</i>	<i>stimmt mittelmäßig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt sehr</i>
Wenn ich an einer Situation nichts ändern kann, versuche ich das Bestmögliche daraus zu machen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich ein Ziel erreichen möchte und deswegen mit jemandem in einen Konflikt gerate, versuche ich diese Person dazu zu bringen, mir zu helfen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich mal den Mut verliere, versuche ich an meine Erfolge zu denken, um mir wieder Mut zu machen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Freunde und/oder Angehörige, die mir auch mal gut zuhören, wenn ich ein Problem habe.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich in der Lage, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn mal wieder etwas schief läuft und ich daran nichts ändern kann, versuche ich mich der Situation anzupassen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich nicht etwas an meiner Lebenssituation verändere, wird es in meinem Beruf immer schwieriger.	☐	☐	☐	☐	☐
Um ein Problem zu bewältigen, muss ich mir erst ein genaues Bild der gesamten Situation machen.	☐	☐	☐	☐	☐
Auch wenn einmal alles schief läuft, glaube ich, dass es wieder aufwärts gehen wird.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Freunde und/oder Angehörige, die mich auch einfach mal umarmen.	☐	☐	☐	☐	☐
Um meine schlechten Gefühle nach einem Misserfolg loszuwerden, sage ich mir, dass es keine Katastrophe ist und dass ich weiter dran bleiben muss, um Erfolg zu haben.	☐	☐	☐	☐	☐
In schwierigen Situationen verhalte ich mich meistens richtig.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, hole ich mir manchmal Rat, um mir klar zu werden, was ich in dieser Situation tun kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, ich werde in meinem Leben noch genug Zeit haben, Dinge zu tun, die mir Spaß machen.	☐	☐	☐	☐	☐

	<i>stimmt nicht</i>	<i>stimmt wenig</i>	<i>stimmt mittelmäßig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt sehr</i>
Bei Problemen, die nicht sofort zu bewältigen sind, versuche ich, in Ruhe abzuwarten.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich ein wichtiges Ziel erreichen möchte, schaue ich mir an, wie ich mit meinem Verhalten die Situation am besten meistern kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich in einer Situation Angst bekomme, sage ich mir: „Bleib ruhig, es ist keine Katastrophe“.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich mal krank bin, kann ich ohne zu zögern Freunde oder Angehörige bitten, für mich bestimmte Dinge zu erledigen (z.B. Einkaufen, Medikamente holen).	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich ein Ziel nicht erreiche, versuche ich herauszufinden, ob ich mein Verhalten ändern muss, um doch noch ans Ziel zu gelangen.	☐	☐	☐	☐	☐
Selbst wenn sich die Ereignisse oder meine Probleme nur so überschlagen, glaube ich, dass ich damit klar komme.	☐	☐	☐	☐	☐
In Problemsituationen denke ich oft in Ruhe nach und entwerfe einen Plan, um diese Situation zu meistern.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich möchte meine jetzige private oder berufliche Situation verändern, weil ich mit vielen Dingen unzufrieden bin.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn mich meine Probleme mal überwältigen, sage ich mir „Kopf hoch, es ist nicht so schlimm“.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich möchte lernen, mit schwierigen Situationen besser umgehen zu können.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich über ein Problem reden möchte, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Was auch immer passiert, ich weiß, wie ich mir selber helfen oder mir Hilfe holen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal lasse ich die Dinge und Probleme wie sie sind und kann damit auch gelassen umgehen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich möchte mit den Dingen, die ich in der Therapie lerne bzw. gelernt habe, meine Probleme lösen können.	☐	☐	☐	☐	☐

	<i>stimmt nicht</i>	<i>stimmt wenig</i>	<i>stimmt mittelmäßig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt sehr</i>
Auch wenn ich mich ganz unten fühle, versuche ich mir aufmunternde Dinge vorzusagen.	☐	☐	☐	☐	☐
In schwierigen Situationen fällt mir meistens etwas Kreatives ein, um die Situation zum Besseren zu wenden.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei manchen Freunden und/oder Angehörigen kann ich ohne Bedenken auch mal ganz ausgelassen sein.	☐	☐	☐	☐	☐
Für meine Probleme habe ich meistens eine gute Lösung.	☐	☐	☐	☐	☐
Um ein Problem zu lösen, ist es für mich wichtig, mein eigenes Verhalten in dieser Situation genau zu kennen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich mal starke Angst oder Depressionen habe, dann denke ich mir: „das ist schon O.K., jeder hat das mal“.	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt Dinge in meinem Leben, die ich verändern möchte, weil es so wie bisher für mich nicht mehr befriedigend ist.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube das Leben wird für mich noch viele Chancen bereithalten.	☐	☐	☐	☐	☐
Selbst wenn ich durch ein Problem ganz angespannt bin, weiß ich, wie ich mich wieder entspannen und damit fertig werden kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe mit dieser Therapie den ersten Schritt in die richtige Richtung getan und möchte nun mein Leben in einigen Bereichen verändern.	☐	☐	☐	☐	☐
Um ein Problem zu lösen, überlege ich mir oft einen Plan, um es zu beseitigen.	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich nicht mehr weiter weiß.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn Probleme auftauchen, weiß ich, dass ich die Fähigkeit habe, damit umzugehen.	☐	☐	☐	☐	☐
Meine jetzigen Erfahrungen sind eine gute Vorbereitung zur Bewältigung künftiger Probleme.	☐	☐	☐	☐	☐

	<i>stimmt nicht</i>	<i>stimmt wenig</i>	<i>stimmt mittelmäßig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt sehr</i>
Es ist mir sehr wichtig, neue Verhaltensweisen zu lernen, um mit Problemen und Konflikten besser umgehen zu können.	☐	☐	☐	☐	☐
Auch wenn ich mal einen Fehler mache, gibt es Menschen, die zu mir halten.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn Probleme auftauchen, brauche ich nur zu überlegen und es fallen mir meist mehrere Ideen ein, wie ich damit fertig werden kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich setze viel Hoffnung in die Zukunft.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich denke, dass die Therapie (in der Klinik) mir hilft bzw. geholfen hat, Verhaltensweisen zu lernen, die ich auch Zuhause anwenden kann, um einige Lebensbereiche besser zu bewältigen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe einen Freundeskreis, zu dem ich mich zugehörig fühle.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich weiß, dass ich in Zukunft etwas bei mir verändern muss, damit es mir psychisch und/oder körperlich besser geht.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich werde in meinem Leben noch viele schöne Dinge erleben.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich eine schlechte Angewohnheit loswerden möchte, versuche ich erst die Gründe herauszufinden, die diese Angewohnheit unterstützen.	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt einen sehr vertrauten Menschen, auf dessen Hilfe ich mich jederzeit verlassen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich möchte unbedingt einige Dinge in meinem Leben verändern, so dass ich wieder Freude am Leben finde.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, dass ich die Dinge erreichen kann, die ich mir wünsche.	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt Menschen, denen ich meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es mir peinlich wird.	☐	☐	☐	☐	☐
Manche Dinge, die vor mir liegen, sind zwar schwer zu bewältigen, aber ich werde es schon schaffen.	☐	☐	☐	☐	☐

Der folgende Aufgabenteil enthält 21 Gruppen von Aussagen, die Ihren **Gefühlszustand** näher beschreiben sollen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Kreuzen Sie bitte in jeder Gruppe jene Aussage an, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Aussagen ankreuzen. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe durch, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

A	
Ich bin nicht traurig.	☐
Ich bin traurig.	☐
Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.	☐
Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.	☐

B	
Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.	☐
Ich sehe mutlos in die Zukunft.	☐
Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.	☐
Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist und dass die Situation nicht besser werden kann	☐

C	
Ich fühle mich nicht als Versager.	☐
Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.	☐
Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.	☐
Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.	☐

D	
Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.	☐
Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.	☐
Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.	☐
Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.	☐

E	
Ich habe keine Schuldgefühle.	☐
Ich habe häufig Schuldgefühle.	☐
Ich habe fast immer Schuldgefühle.	☐
Ich habe immer Schuldgefühle.	☐

F	
Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.	☐
Ich habe das Gefühl vielleicht bestraft zu werden.	☐
Ich erwarte, bestraft zu werden.	☐
Ich habe das Gefühl bestraft zu sein.	☐

G	
Ich bin nicht von mir enttäuscht.	☐
Ich bin von mir enttäuscht.	☐
Ich finde mich fürchterlich.	☐
Ich hasse mich.	☐

H	
Ich habe nicht das Gefühl schlechter zu sein als die anderen.	☐
Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.	☐
Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.	☐
Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.	☐

I	
Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.	☐
Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.	☐
Ich möchte mich am liebsten umbringen.	☐
Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.	☐

J	
Ich weine nicht öfter als früher.	☐
Ich weine jetzt mehr als früher.	☐
Ich weine jetzt die ganze Zeit.	☐
Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.	☐

K	
Ich bin nicht reizbarer als sonst.	☐
Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.	☐
Ich fühle mich dauernd gereizt.	☐
Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.	☐

L	
Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.	☐
ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.	☐
Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.	☐
Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.	☐

M	
Ich bin so entschlossen wie immer.	☐
Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.	☐
Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.	☐
Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.	☐

N	
Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.	☐
Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.	☐
Ich habe das Gefühl, dass Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich hässlich machen.	☐
Ich finde mich hässlich.	☐

O	
Ich kann so gut arbeiten wie früher.	☐
Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.	☐
Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.	☐
Ich bin unfähig zu arbeiten.	☐

P	
Ich schlafe so gut wie sonst.	☐
Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.	☐
Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.	☐
Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.	☐

Q	
Ich ermüde nicht stärker als sonst.	☐
Ich ermüde schneller als früher.	☐
Fast alles ermüdet mich.	☐
Ich bin zu müde, um etwas zu tun.	☐

R	
Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.	☐
Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.	☐
Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.	☐
Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.	☐

S		
Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.		☐
Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.		☐
Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.		☐
Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.		☐
Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen:	Ja ☐	Nein ☐

T	
Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.	☐
Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.	☐
Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.	☐
Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann.	☐

U	
Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.	☐
Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.	☐
Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.	☐
Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.	☐

In Momenten, in denen Sie den Wunsch verspüren, wieder Alkohol zu trinken, wie schaffen Sie es, sich davon abzuhalten? Es folgt eine **Liste von Wegen, die Menschen probiert haben, um sich vom Trinken abzuhalten.**

Welche von diesen Wegen haben Sie versucht?

Bitte kreuzen Sie jene Antwort an, die dem am nächsten kommt, wie oft Sie diesen Weg benutzt haben, um sich selbst vom Trinken abzuhalten. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten oder Trickfragen. Wir möchten von Ihnen erfahren, was Sie versucht haben.

	<i>meistens</i>	<i>oft</i>	<i>manchmal</i>	<i>nie</i>
Ich habe daran gedacht, wie viel besser es mir geht, wenn ich nicht trinke.	☐	☐	☐	☐
Ich habe einen Freund angerufen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mich in der Gesellschaft von Menschen aufgehalten, die keinen Alkohol trinken.	☐	☐	☐	☐
Ich habe meine Gedanken in eine positive Richtung gelenkt.	☐	☐	☐	☐
Ich habe an die Schwierigkeiten gedacht, in die ich mich durch das Alkoholtrinken gebracht habe.	☐	☐	☐	☐
Ich habe innegehalten, meine Beweggründe überprüft und die falschen über Bord geworfen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe an Versprechungen gedacht, die ich anderen gemacht habe.	☐	☐	☐	☐
Ich bin im Haus geblieben, habe mich versteckt.	☐	☐	☐	☐
Ich habe innegehalten und von vorne bis hinten den Teufelskreis des Trinkens nachvollzogen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mein Geld zuhause gelassen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mir deutlich gemacht, dass das Leben nicht rosarot ist, aber dass das Trinken keine Lösung darstellt.	☐	☐	☐	☐
Ich bin zu einem Treffen einer Selbsthilfegruppe gegangen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mir klargemacht, dass ich, wenn ich nicht trinke, anderen in die Augen sehen kann, ohne Angst davor, was sie über mich denken.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mich selbst ermutigt, indem ich mir stattdessen etwas Besonderes kaufe.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mich meinen schlechten Gefühlen gestellt, statt sie zu ertränken.	☐	☐	☐	☐
Ich habe fleißiger oder härter gearbeitet.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mir klargemacht, dass es das nicht wert ist.	☐	☐	☐	☐

	<i>meistens</i>	<i>oft</i>	<i>manchmal</i>	<i>nie</i>
Ich habe gewartet, bis alles geschlossen hat.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mich daran erinnert, wie ich meine Familie und Freunde in der Vergangenheit im Stich gelassen habe.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mich von Menschen ferngehalten, die Alkohol trinken.	☐	☐	☐	☐
Ich habe einen Spaziergang gemacht.	☐	☐	☐	☐
Ich habe die positive Seite gesehen und versucht, damit aufzuhören, für mich Entschuldigungen zu suchen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mir klar gemacht, dass es meine Gesundheit beeinträchtigt.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mich zuhause mit etwas beschäftigt.	☐	☐	☐	☐
Ich habe an die Folgen gedacht, die es für meine Familie haben wird.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mir das schöne Leben in Erinnerung gerufen, das ich ohne trinken haben kann.	☐	☐	☐	☐
Ich habe Kontakt gesucht zu alten Trinkfreunden, die sich jetzt gebessert haben.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mich dazu entschieden, damit aufzuhören, mich selbst an der Nase herumzuführen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe eine gute Mahlzeit zu mir genommen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe Orte vermieden, wo ich getrunken habe.	☐	☐	☐	☐
Ich habe an die vielen Menschen gedacht, die mir geholfen haben.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mir gesagt, dass es mir gut geht und dass ich möchte, dass es weiterhin so ist.	☐	☐	☐	☐
Ich bin ins Bett gegangen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe daran gedacht, welchen Einfluss es auf meine Familie haben wird.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mich dazu gezwungen, zur Arbeit zu gehen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe versucht, mich dem Leben zu stellen, statt mich davor zu verstecken.	☐	☐	☐	☐

Sie finden im Folgenden eine Reihe von Situationen, die einige Menschen zum Trinken verleiten können. Zuerst möchten wir von Ihnen wissen: Wie sehr sind sie versucht, in den einzelnen Situationen zu trinken. Bitte kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die am besten beschreibt, **wie sehr Sie** zum jetzigen Zeitpunkt **durch die Situation in Versuchung geraten**.

	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>mäßig</i>	<i>sehr</i>	<i>äußerst</i>
Wenn es mich quält, mit dem Trinken aufgehört zu haben oder wenn ich Entzugserscheinungen habe.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich Kopfschmerzen habe.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich mich traurig fühle.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich im Urlaub bin und mich entspannen möchte.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich um jemanden besorgt bin.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich sehr beunruhigt bin und mir um jemanden Sorgen mache.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich den Drang verspüre, nur ein einziges alkoholisches Getränk zu probieren, um zu sehen, was dann passiert.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich in einer sozialen Situation ein alkoholisches Getränk angeboten bekomme.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich davon träume, ein alkoholisches Getränk zu mir zu nehmen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich meine Willenskraft über das Trinken testen möchte.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich ein körperliches Bedürfnis oder ein starkes Verlangen nach Alkohol verspüre.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich körperlich erschöpft bin.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich körperliche Verletzungen oder Schmerzen habe.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich so frustriert bin, dass ich in die Luft gehen könnte.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich Andere in einer Gaststätte oder bei einer Feier trinken sehe.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich das Gefühl habe, dass bei mir alles schief läuft.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn Menschen, mit denen ich früher getrunken habe, mich zum Alkoholtrinken auffordern.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich ärgerlich bin.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn mich ganz unerwartet das Verlangen oder der Drang trifft, etwas Alkoholisches zu trinken.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich voller Freude bin oder mit anderen feiere.	☐	☐	☐	☐	☐

Unten aufgeführt finden Sie eine Reihe von Situationen, die einige Menschen zum Trinken verleiten. Wir möchten nun von Ihnen wissen, **wie sicher Sie sind, dass Sie in dieser Situation nicht trinken**. Bitte kreuzen Sie wiederum die Antwort an, die am besten beschreibt, wie sicher Sie sich in der jeweiligen Situation sind.

	<i>überhaupt nicht sicher</i>	<i>wenig sicher</i>	<i>mäßig sicher</i>	<i>sehr sicher</i>	<i>absolut sicher</i>
Wenn es mich quält, mit dem Trinken aufgehört zu haben oder wenn ich Entzugserscheinungen habe.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich Kopfschmerzen habe.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich mich traurig fühle.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich im Urlaub bin und mich entspannen möchte.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich um jemanden besorgt bin.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich sehr beunruhigt bin und mir um jemanden Sorgen mache.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich den Drang verspüre, nur ein einziges alkoholisches Getränk zu probieren, um zu sehen, was dann passiert.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich in einer sozialen Situation ein alkoholisches Getränk angeboten bekomme.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich davon träume, ein alkoholisches Getränk zu mir zu nehmen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich meine Willenskraft über das Trinken testen möchte.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich ein körperliches Bedürfnis oder ein starkes Verlangen nach Alkohol verspüre.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich körperlich erschöpft bin.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich körperliche Verletzungen oder Schmerzen habe.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich so frustriert bin, dass ich in die Luft gehen könnte.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich Andere in einer Gaststätte oder bei einer Feier trinken sehe.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich das Gefühl habe, dass bei mir alles schief läuft.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn Menschen, mit denen ich früher getrunken habe, mich zum Alkoholtrinken auffordern.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich ärgerlich bin.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn mich ganz unerwartet das Verlangen oder der Drang trifft, etwas Alkoholisches zu trinken.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich voller Freude bin oder mit anderen feiere.	☐	☐	☐	☐	☐

Im letzten Teil des Fragebogens sind mögliche Problembereiche aufgelistet, die im alltäglichen Leben von Bedeutung sein können. Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden **Problembereiche** für Sie **persönlich wichtig und zutreffend** sind und deshalb **im Zuge der Therapie Ihrer Alkoholabhängigkeit bearbeitet werden sollten**.

SOZIALES					
	<i>unwichtig</i>	<i>mäßig wichtig</i>	<i>wichtig</i>	<i>sehr wichtig</i>	<i>äußerst wichtig</i>
Verlust nahestehender Personen	☐	☐	☐	☐	☐
familiäre Belastungen (z.B. Partnerschaftsprobleme, häufige Auseinandersetzungen in der Familie, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
soziale Belastungen (z.B. Ausgrenzung, Isolation, Einsamkeit, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐

BERUFLICHES					
	<i>unwichtig</i>	<i>mäßig wichtig</i>	<i>wichtig</i>	<i>sehr wichtig</i>	<i>äußerst wichtig</i>
Belastungen im Beruf (z.B. Stress, Probleme mit Vorgesetzten/Kollegen, Überforderung, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Belastungen durch den Verlust beruflicher Tätigkeiten (z.B. durch Pensionierung, Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzsuche, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐

PERSÖNLICHES					
	<i>unwichtig</i>	<i>mäßig wichtig</i>	<i>wichtig</i>	<i>sehr wichtig</i>	<i>äußerst wichtig</i>
Verlust der Eigenständigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Belastungen durch körperliche Einschränkungen (z.B. altersbedingte Gebrechlichkeit, Verletzungen, Erkrankungen, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Belastungen durch geistige Einschränkungen (z.B. Gedächtnis- oder Konzentrationsprobleme, nachlassende Merkfähigkeit, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Belastungen durch Minderwertigkeitsgefühle	☐	☐	☐	☐	☐
Finanzielle Probleme (z.B. geringeres Einkommen, erhöhte Ausgaben, Verschuldung, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐

In diesem Teil des Fragebogens sind mögliche Problembereiche aufgelistet, die im alltäglichen Leben von Bedeutung sein können. Bitte geben Sie eine persönliche Einschätzung ab, inwieweit auf die folgenden **Problembereiche im Zuge der Therapie Ihrer Alkoholabhängigkeit eingegangen wurde.**

SOZIALES					
	<i>gar nicht</i>	<i>zu wenig</i>	<i>mäßig</i>	<i>ausreichend</i>	<i>in idealem Ausmaß</i>
Verlust nahestehender Personen	☐	☐	☐	☐	☐
familiäre Belastungen (z.B. Partnerschaftsprobleme, häufige Auseinandersetzungen in der Familie, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
soziale Belastungen (z.B. Ausgrenzung, Isolation, Einsamkeit, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐

BERUFLICHES					
	<i>gar nicht</i>	<i>zu wenig</i>	<i>mäßig</i>	<i>ausreichend</i>	<i>in idealem Ausmaß</i>
Belastungen im Beruf (z.B. Stress, Probleme mit Vorgesetzten/Kollegen, Überforderung, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Belastungen durch den Verlust beruflicher Tätigkeiten (z.B. durch Pensionierung, Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzsuche, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐

PERSÖNLICHES					
	<i>gar nicht</i>	<i>zu wenig</i>	<i>mäßig</i>	<i>ausreichend</i>	<i>in idealem Ausmaß</i>
Verlust der Eigenständigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Belastungen durch körperliche Einschränkungen (z.B. altersbedingte Gebrechlichkeit, Verletzungen, Erkrankungen, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Belastungen durch geistige Einschränkungen (z.B. Gedächtnis- oder Konzentrationsprobleme, nachlassende Merkfähigkeit, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Belastungen durch Minderwertigkeitsgefühle	☐	☐	☐	☐	☐
Finanzielle Probleme (z.B. geringeres Einkommen, erhöhte Ausgaben, Verschuldung, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐

Im Folgenden finden Sie eine Liste mit verschiedenen Angeboten und Aktivitäten des Anton Proksch Instituts.
Bitte geben Sie an, **ob Sie an den folgenden Angeboten teilgenommen haben, und wenn JA, wie oft.**

THERAPEUTISCHES BASISANGEBOT UND SUCHTSPEZIFISCHE INTERVENTIONEN		
	<i>Nein</i>	<i>Ja</i>
Einzelgespräche mit meinem/r Therapeuten/in	☐	☐
Kleingruppe	☐	☐
Großgruppe mit allen PatientInnen der Abteilung	☐	☐
Betreuung und Gespräche mit Pflegepersonen	☐	☐
Kontakt zur Sozialarbeit (Haus G)	☐	☐
Ernährungsberatung/ Diätologie	☐	☐
Rückfallpräventionsgruppe/ Gruppe für Rückfällige	☐	☐
Raucherentwöhnungsgruppe	☐	☐
SpieLERgruppe (Internet- und Glücksspielsucht)	☐	☐

INTERVENTIONEN BEZÜGLICH BEGLEITERKRANKUNGEN		
	<i>Nein</i>	<i>Ja</i>
Gruppentraining für soziale Kompetenz (Selbstbehauptungsgruppe)	☐	☐
Progressive Muskelentspannung nach Jacobson	☐	☐
Gedächtnistraining im Psychologischen Bereich (Brain-Jogging)	☐	☐
Biofeedback	☐	☐

SPORT UND BEWEGUNGSZENTRIERTE MODULE		
	<i>Nein</i>	<i>Ja</i>
aktives ErWachen	☐	☐
Training in der Kraftkammer	☐	☐
Nordic Walking (Stöcke)	☐	☐
Körperwahrnehmung	☐	☐
Laufen (organisiert in Gruppen)	☐	☐
Physiotherapeutische Behandlung (einzeln)	☐	☐
Wirbelsäulengymnastik	☐	☐
Spaziergang / Wandern in Gruppen (Bewegungstherapie)	☐	☐
Fußball und/ oder Volleyball	☐	☐
QiGong	☐	☐
Therapeutische Rückenschule	☐	☐

ANGEBOTE DER SOZIALARBEIT UND DER BERUFLICHEN (RE-) INTEGRATION		
	<i>Nein</i>	<i>Ja</i>
Lernzentrum (z.B. ECDL, EBCL, Sprachen, usw.)	☐	☐
Arbeitstherapie/ Allround Training	☐	☐
Beratung durch Wiener Berufsbörse/ AMS	☐	☐
Kontakt zu sozialökonomischem Betrieb oder Arbeitsplatz	☐	☐

KREATIVTHERAPIEN		
	<i>Nein</i>	<i>Ja</i>
Aktivgruppe in der Werkstatt	☐	☐
Gartengruppe (klinisches Gärtnern)	☐	☐
Besuch in der freien Werkstatt	☐	☐
Musikprojekt	☐	☐
Mal- und Gestaltungstherapie	☐	☐
Kreativkurse (Malen, Ton, Speckstein)	☐	☐

ANGEBOTE ZUR LEBENS- UND FREIZEITGESTALTUNG		
	<i>Nein</i>	<i>Ja</i>
Philosophicum	☐	☐
Kinotherapie	☐	☐
Lesezirkel	☐	☐
Freizeit- und Kulturausflüge mit Schwester Franzl	☐	☐
Log In (Fußball, Volleyball, Yoga, Tanz, Theater)	☐	☐
therapeutische Tag- und Nachtausgänge (Mi., Sa., So.)	☐	☐

Wenn Sie nun nochmals kurz über Ihren gesamten Aufenthalt am Anton Proksch Institut nachdenken, wie zufrieden waren Sie mit...					
	<i>gar nicht zufrieden</i>	<i>wenig zufrieden</i>	<i>mäßig zufrieden</i>	<i>sehr zufrieden</i>	<i>äußerst zufrieden</i>
Ihren Therapeut/Innen	☐	☐	☐	☐	☐
Ihrem Aufenthalt an sich	☐	☐	☐	☐	☐

Wie hilfreich waren die therapeutischen Angebote am Anton Proksch Institut für Sie?				
<i>gar nicht hilfreich</i>	<i>wenig hilfreich</i>	<i>mäßig hilfreich</i>	<i>sehr hilfreich</i>	<i>äußerst hilfreich</i>
☐	☐	☐	☐	☐

Curriculum Vitae

Personaldaten

Name	Nadine Lehner
Anschrift	Birkenweg 6 2134 Staatz
Telefonnummer	0676 – 69 110 10
E-Mail Adresse	<u>a0503743@unet.univie.ac.at</u> bzw. <u>nadine.lehner@gmx.at</u>
Geburtsdatum und –ort	29.01.1987, Mistelbach
Familienstand	Ledig
Eltern	Manfred Lehner (45), Diplomierter Gesundheitskrankenpfleger Karin Lehner (43), Diplomierte Gesundheitskrankenschwester
Religionsbekenntnis	Römisch-katholisch
Staatsbürgerschaft	Österreich

Schulausbildung

1993 - 1997	Volksschule 2134 Staatz
1997 - 2005	Gymnasium 2136 Laa/Thaya
14. Juni 2005	Reifeprüfung

Studienwerdegang

Oktober 2005	Beginn des Diplomstudiums Psychologie an der Hauptuniversität Wien
Juni 2008	Abschluss des ersten Studienabschnitts
Oktober 2008 – Juni 2011	Absolvierung aller erforderlichen Lehrveranstaltungen und Pflichtseminare des zweiten Studienabschnitts
Seit Oktober 2011	Erarbeitung eines Diplomarbeitsthemas und Verfassen der Diplomarbeit

Studiumsrelevante Praktika

zum Thema „Alkoholabhängigkeit im Alter“

Sechswöchiges Pflichtpraktikum an der neuropsychiatrischen Abteilung für Kinder und Jugendliche mit Behindertenzentrum im Neurologischen Zentrum Rosenhügel von August bis September 2010

Freiwilliges Praktikum in der psychiatrischen Tagesklinik im Otto Wagner Spital im Juni 2010

Freiwilliger Praktikumstag an der Neurologischen Abteilung des Landeskrankenhauses Mistelbach im Februar 2011

Diplomarbeitsvorbereitung und –durchführung am Anton Proksch Institut (Begleitung zur Visite, Durchführung von Testungen, Datenerhebung und -auswertung)

Berufserfahrung

Dezember 2005 bis Mai 2006

Nebenbeschäftigung als Kinderbetreuerin bei der Firma „Erlebnisreich“, die österreichweit Kinderveranstaltungen organisiert und durchführt

Mai 2006 bis Juli 2010

Übernahme der Teamleitung für das Erlebnisreich-Team Wien und Wiener Neustadt

Sonstige Kenntnisse

EDV-Kenntnisse in Word, Excel und PowerPoint

Sprachkenntnisse in Deutsch, Englisch und Französisch

Kompetenzen

Teamfähig, zielstrebig, offen für Neues, ehrgeizig, kommunikativ, ordentlich, lernfähig, kreativ, flexibel

Originalitätserklärung

Ich, Nadine Lehner, versichere, dass

1. ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne Verwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst und mich im Zuge dessen auch keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
2. alle Ausführungen und Angaben der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, als solche explizit gekennzeichnet wurden.
3. dieses Exemplar mit der beurteilten Arbeit ident ist.
4. diese Diplomarbeit bisher weder im In- oder Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt wurde.