

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck

Direktor: Prof. Dr. Fritz Hohagen

**Effektivität alkoholbezogener Kurzinterventionen bei Hausarztpatienten mit
alkoholbezogenen Störungen/problematischem Alkoholkonsum und komorbiden Angst-
und/oder depressiven Störungen**

**Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
- Aus der Medizinischen Fakultät -**

**vorgelegt von
Janina M. Grothues
aus Bielefeld**

Lübeck 2007

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

2. Berichterstatter/in: Prof. Dr. med. Andreas Moser

Tag der mündlichen Prüfung: 29.11.2007

Zum Druck genehmigt: Lübeck, den 29.11.2007

ZUSAMMENFASSUNG

HINTERGRUND: Im Rahmen der Sekundärprävention problematischen Alkoholkonsums empfiehlt es sich, den Fokus auf pro-aktive, bevölkerungsorientierte Maßnahmen zu richten, um die Zielgruppe umfassend zu erreichen. Günstige Zugangswege stellen hierbei Einrichtungen der medizinischen Basisversorgung, wie beispielsweise Hausarztpraxen, dar. Alkoholbezogene Kurzinterventionen bieten effektive Maßnahmen bei geringem Zeitaufwand. Aufgrund einer hohen Prävalenz komorbider Angst- und/oder depressiver Störungen bei Personen mit problematischem Alkoholkonsum ist es notwendig, die Effektivität alkoholbezogener Kurzinterventionen bei Komorbidität zu untersuchen.

ZIELE: Es soll geprüft werden, ob sich die Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion und assoziierte Variablen, sowie die Trinkmengenreduktion nach alkoholbezogenen Kurzinterventionen zwischen Hausarztpatienten mit und ohne komorbide Angst- und/oder depressive Störungen unterscheiden.

METHODIK: Im Rahmen einer randomisierten Kontrollgruppenstudie mit zwei Interventionsgruppen und einer Kontrollgruppe sowie einer Katamnese nach 12 Monaten wurden Daten von 408 Hausarztpatienten, welche die diagnostischen Kriterien für Alkoholabhängigkeit oder –missbrauch, Risikokonsum oder Binge Drinking erfüllten, erhoben. Von diesen wiesen 88 Patienten eine komorbide Angst- und/oder depressive Störung auf. Die Interventionsgruppen, bestehend aus einer nach Erfolg gestuften und einer festgesetzten Anzahl von Kontakten, wurden für die Analysen zusammengefasst. Die Auswertung der Längsschnittdaten erfolgte auf Grundlage einer Intention to treat Analyse. Die Outcomevariable Trinkmengenreduktion wurde als Differenzwert in Gramm Alkohol zwischen Baseline und Katamnese gemessen. Die Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion und assoziierte Variablen wurden anhand der Quer- und Längsschnittdaten analysiert.

ERGEBNISSE: Komorbide Probanden waren signifikant häufiger weiblich und alkoholabhängig und wiesen höhere Trinkmengen zur Baseline auf, unterschieden sich jedoch von nicht-komorbiden Studienteilnehmern nicht hinsichtlich der Dauer der schulischen Ausbildung, Alter oder Zugehörigkeit zur Interventions- oder Kontrollgruppe. Im Querschnitt zeigte sich, dass komorbide Patienten eine höhere Bereitschaft zur Änderung des Alkoholkonsums aufwiesen sowie vermehrt kognitiv-affektive und verhaltensbezogene Prozesse der Änderung nutzten. Eine multinomiale logistische Regressionsanalyse ergab, dass sich negative Konsequenzen des Konsums in stärkerem Maße prädiktiv auf die Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion auswirkten als Komorbidität. Komorbidität war weiterhin mit

einer stärkeren Gewichtung sowohl positiver als auch negativer Aspekte des Konsums im Vergleich zu Nicht-Komorbidern, einem stärkeren Verlangen nach Alkohol und einer geringeren Selbstwirksamkeit zur Abstinenz assoziiert. Im Längsschnitt zeigten Komorbide eine ausgeprägtere Abnahme der Bedeutung positiver Aspekte des Konsums.

Die Kurzinterventionen waren mit einer Erhöhung der Inanspruchnahme in der nicht-komorbidern, jedoch nicht in der komorbidern Substichprobe assoziiert. Die Daten zeigen insgesamt für komorbide Probanden eine signifikant höhere Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen sowohl im Quer- als auch im Längsschnitt.

Es ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Kurzinterventionen und Trinkmengenreduktion für nicht-komorbide Probanden, jedoch nicht für Komorbide. In der komorbidern Substichprobe fanden sich im Allgemeinen stärkere Trinkmengenreduktionen, unabhängig von der Zugehörigkeit zur Interventions- oder Kontrollgruppe. Eine Prädiktivität unterschiedlicher Variablen auf die Trinkmengenreduktion wurde im Zusammenhang mit Komorbidität in mehreren multivariaten Analyseschritten untersucht. Im endgültigen Modell ergab sich für die Variablen Risikokonsum, Trinkmenge zur Baseline, sowie Zugehörigkeit zur Interventionsgruppe ein signifikanter Einfluss auf die Trinkmengenreduktion zur Katamnese. Komorbidität wurde tendenziell signifikant.

DISKUSSION: Die vorliegende Studie untersucht erstmalig den Zusammenhang von Komorbidität und der Wirksamkeit alkoholbezogener Frühintervention. Komorbide Patienten zeigten eine höhere Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion und bieten somit günstige Voraussetzungen für die Frühintervention. Sie wiesen ebenso eine höhere Reduktion der Trinkmenge bei der Katamnese auf. Allerdings war diese nicht auf die Kurzintervention zurückzuführen. Die Ergebnisse weisen insgesamt darauf hin, dass komorbide Angst- und/oder depressive Störungen bei problematischem Alkoholkonsum keinen limitierenden Faktor für pro-aktive Interventionen zur Trinkmengenreduktion darstellen. Allerdings scheint eine Anpassung der Interventionsinhalte sinnvoll. Dazu gehört eine Stärkung von Defiziten bei Komorbidern, wie das Erlernen von Coping-Strategien zum Umgang mit dem Verlangen nach Alkohol und die Erhöhung der Selbstwirksamkeit zur Abstinenz. Komorbide Betroffene könnten weiterhin von einer gezielten Überweisung an Hilfeinrichtungen mit einem höherschwelligen Betreuungsangebot profitieren.

EINLEITUNG	1
1. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN	2
1.1 Problematischer Alkoholkonsum/alkoholbezogene Störungen	2
1.1.1 Alkoholabhängigkeit	2
1.1.2 Alkoholmissbrauch.....	4
1.1.3 Alkohol-Risikokonsum	6
1.1.4 Binge Drinking.....	6
1.2 Komorbidität/Doppeldiagnose	7
2. PROBLEMATISCHER ALKOHOLKONSUM/ALKOHOLBEZOGENE STÖRUNGEN	10
2.1 Prävalenz.....	10
2.2 Erreichbarkeit von Betroffenen.....	10
2.3 Maßnahmen zur Trinkmengenreduktion	10
2.3.1 Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung	10
2.3.2 Kurzinterventionen.....	19
2.3.3 Motivierende Gesprächsführung	23
3. ANGST- UND DEPRESSIVE STÖRUNGEN	27
3.1 Angststörungen.....	27
3.1.1 Agoraphobie	28
3.1.2 Panikstörung.....	31
3.1.3 Generalisierte Angststörung.....	32
3.1.4 Soziale Phobie	34
3.1.5 Differentialdiagnose: Substanzinduzierte Angststörung.....	36
3.2 Depressive Störungen.....	36
3.2.1 Episoden depressiver Störungen	39
3.2.2 Depressive Störungen.....	41
3.2.3 Dysthyme Störungen	43
3.2.4 Andere affektive Störungen	46
3.3 Prävalenz in der hausärztlichen Praxis.....	46
4. KOMORBIDITÄT VON ANGST- UND/ODER DEPRESSIVEN STÖRUNGEN BEI PROBLEMATISCHEM ALKOHOLKONSUM/ALKOHOLBEZOGENEN STÖRUNGEN.....	48
4.1 Prävalenz.....	48
4.1.1 Allgemeinbevölkerung	48
4.1.2 Klinische Studien	51
4.2 Störungsmodelle	53
4.2.1 Angst- und alkoholbezogene Störungen	54

4.2.2 Affektive und alkoholbezogene Störungen.....	55
4.3 Verlauf und Outcome alkoholspezifischer Intervention bei Komorbidität.....	55
4.3.1 Klinische und Bevölkerungsstudien.....	55
4.3.2 Inanspruchnahme von Hilfen	58
4.3.3 Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion.....	59
5. ZIELE DER STUDIE.....	61
5.1 Synopsis der bisherigen Befunde	61
5.2 Fragestellung und Hypothesen.....	61
6. METHODIK	63
6.1 Design	63
6.2 Einschlusskriterien.....	66
6.3 Poweranalyse, Zeitrahmen und Erhebungszeiträume.....	66
6.4 Prozedur	67
6.4.1 Rekrutierung der Arztpraxen.....	67
6.4.2 Baseline-Erhebung T0.....	68
6.4.3 Erhebungen und telefonische Interventionen T1-T4.....	71
6.4.4 Katamnese T5.....	75
6.5 Erhebungsinstrumente.....	76
6.5.1 Screening	78
6.5.2 Diagnostisches Interview	81
6.5.3 Trinkmengenverlauf und alkoholassoziierte Probleme.....	83
6.5.4 Änderungsbereitschaft und assoziierte Variablen des TTM	83
6.5.5 Inanspruchnahme formeller, alkoholbezogener Hilfen.....	87
6.5.6 Lebenszufriedenheit	87
6.5.7 Soziodemographie	88
6.5.8 Drogenkonsum	88
6.5.9 Schwangerschaft.....	89
6.6 Forschungsteam.....	89
6.7 Datenerfassung und Datenbereinigung.....	89
6.8 Statistische Auswertung.....	90
7. STICHPROBE	92
8. ERGEBNISSE	94
8.1 Datenquerschnitt	94
8.1.1 Verteilung alkoholbezogener Störungen/problematischen Alkoholkonsums	94
8.1.2 Verteilung komorbider Störungen.....	94
8.1.3 Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion und assoziierte Variablen des TTM	95

8.1.4 Inanspruchnahme formeller, alkoholspezifischer Hilfen zur Baseline	102
8.2 Datenlängsschnitt	104
8.2.1 Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion und assoziierte Variablen des TTM	104
8.2.2 Inanspruchnahme formeller, alkoholspezifischer Hilfen zur Katamnese	108
8.2.3 Trinkmengenreduktion	111
9. DISKUSSION	120
9.1 Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion und assoziierte Variablen des TTM	120
9.2 Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen	124
9.3 Trinkmengenreduktion	125
10. FAZIT UND AUSBLICK	131
11. LITERATURVERZEICHNIS	133
12. ANHANG	143
12.1 Ethikvotum und Förderhinweis	143
12.2 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	143
12.3 Erhebungsinstrumente und Studiendokumentation	146
12.3.1 Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)	146
12.3.2 Lübecker Alkoholabhängigkeits- und –missbrauchs-Screening-Test (LAST)	147
12.3.3 Kurzdiagnostik zu Angst- und depressiven Störungen	148
12.3.4 Readiness to Change Questionnaire (RCQ)	148
12.3.5 Alcohol Decisional Balance Scale (ADBS)	149
12.3.6 Adverse Consequences from Drinking scale (ACD)	151
12.3.7 Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (AASE)	151
12.3.8 Processes of Change questionnaire-Alcohol (POC-A)	152
12.3.9 Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen	155
13. DANKSAGUNG	156
Curriculum Vitae	163

EINLEITUNG

Untersuchungen zeigen, dass nur ein geringer Anteil von Personen mit problematischem Alkoholkonsum oder alkoholbezogenen Störungen Kontakt zu suchtspezifischen Hilfeinrichtungen hat. Erfasst werden primär Personen mit bereits erheblichen alkoholassozierten Schäden, während für Risikokonsumenten nahezu keine adäquaten Angebote bestehen. Im Rahmen der Sekundärprävention problematischen Alkoholkonsums empfiehlt es sich daher, den Fokus auf pro-aktive, bevölkerungsorientierte Maßnahmen zur Erreichung eines breiten Spektrums der Zielgruppe zu richten. Einrichtungen der medizinischen Basisversorgung, wie beispielsweise Hausarztpraxen, können hierbei günstige Zugangswege darstellen. Alkoholbezogene Kurzinterventionen haben sich vor allem bei geringem Zeitkontingent als effektiv erwiesen, wobei die Motivierende Gesprächsführung ein geeignetes Interventionskonzept zur Förderung der individuellen Änderungsbereitschaft auch für bislang wenig oder nicht motivierte Zielgruppen darstellt.

Aufgrund einer hohen Prävalenz komorbider, d.h. gleichzeitig vorliegender, Angst- und/oder depressiver Störungen bei Personen mit problematischem Alkoholkonsum ist es bei der Bereitstellung alkoholbezogener Kurzinterventionen sinnvoll, eine mögliche Interaktion zwischen der Effizienz entsprechender Maßnahmen und diesen komorbiden Störungen zu evaluieren. Diese Fragestellung wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit erstmalig untersucht.

1. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

1.1 Problematischer Alkoholkonsum/alkoholbezogene Störungen

Mit *problematischem Alkoholkonsum* werden im Sinne eines umfassenden Oberbegriffs alle Formen negativer Auswirkungen des Alkoholkonsums zusammenfassend bezeichnet. Dazu gehören drei Hauptkategorien von Störungen (2000): 1. riskanter Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen (Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit), 2. alkoholassoziierte Erkrankungen wie akute und chronische Erkrankungen im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum, und 3. psychische und soziale Störungen sowie Auswirkungen auf Dritte, wie z.B. soziale Probleme im Familien- oder im Arbeitsbereich. Die Hauptkategorien zwei und drei resultieren aus einem problematischen Trinkmuster, können jedoch im Hinblick auf das Trinkverhalten aufrechterhaltend und verstärkend wirken. Die Begrifflichkeiten der ersten Hauptkategorie sollen im Folgenden näher bestimmt werden.

1.1.1 Alkoholabhängigkeit

Die beiden derzeit gebräuchlichen Klassifikationssysteme sind die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (Weltgesundheitsorganisation, 1993) sowie das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM-IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (American Psychiatric Association, 1995). Die diagnostischen Kriterien beider Diagnoseschemata basieren weitgehend auf dem *Alkoholabhängigkeitssyndrom* von Edwards und Gross (1976). Dieses Abhängigkeitskonzept konnte in seiner Konstruktvalidität durch einige Studien untermauert werden (Kosten et al., 1987). Die inhaltlich sinnvolle Differenzierung von Symptomen, die durch das Abhängigkeitssyndrom dargestellt wurden, sowie negative Konsequenzen des Konsums erwiesen sich als empirisch evident (John, 1993). Das Abhängigkeitssyndrom nach Edwards & Gross (1976) berücksichtigt beobachtbares Verhalten, subjektives Erleben und physiologische Prozesse. Das Hauptmerkmal der Alkoholabhängigkeit ist ein charakteristisches Muster kognitiver, verhaltensbezogener und physiologischer Symptome, die anzeigen, dass das Individuum den Konsum trotz einschneidender substanzbezogener Probleme fortsetzt. Es liegt ein Muster wiederholten Alkoholkonsums vor, das normalerweise zu Toleranzentwicklung, Entzugerscheinungen und einem unwiderstehlichen Drang („Craving“) nach Alkoholeinnahme führt.

Eine Alkoholabhängigkeit liegt nach DSM-IV vor, wenn das Trinkmuster in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigung oder Leiden führt, wobei zu irgendeinem Zeitpunkt

BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums mindestens drei der folgenden sieben Kriterien erfüllt sein müssen:

1. Toleranzentwicklung, d.h. die Notwendigkeit, die Alkoholmenge deutlich zu erhöhen um den gewünschten Effekt zu erreichen, oder eine deutlich geringere Wirkung bei fortgesetztem Gebrauch derselben Alkoholmenge.
2. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
 - (a) Es liegt ein charakteristisches Entzugssyndrom vor, das mit physiologischen und kognitiven Begleiterscheinungen einhergeht und auftritt, wenn nach längerem Alkoholmissbrauch die Blut- und Gewebekonzentrationen absinken.
 - b) Dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
3. Alkohol wird häufig in größeren Mengen oder über eine längere Dauer als beabsichtigt eingenommen.
4. Es besteht ein anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
5. Die Beschaffung von Alkohol und die Aufrechterhaltung des Blutalkohollevels gewinnt gegenüber anderen, früher wichtigen, Aktivitäten an Bedeutung. Der Betroffene verbringt einen großen Teil der Tagesaktivitäten damit, die Verfügbarkeit der Substanz sicherzustellen, Alkohol zu konsumieren oder sich von den Nachwirkungen des Konsums zu erholen.
6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
7. Es besteht ein fortgesetzter Alkoholmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Alkoholmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde.

Eine körperliche Abhängigkeit von Alkohol wird durch Hinweise auf eine Toleranzentwicklung und Entzugssymptome belegt. Weder Toleranzentwicklung noch Entzug sind jedoch notwendig oder hinreichend für die Diagnose der Alkoholabhängigkeit. Die Zusatzkodierungen „mit körperlicher Abhängigkeit“ und „ohne körperliche Abhängigkeit“ werden vorgeschlagen, um das Vorhandensein bzw. Fehlen von Toleranzentwicklung und Entzugssymptomen anzuzeigen.

Nach den Forschungskriterien der ICD-10 sollte eine Diagnose der Alkoholabhängigkeit nur dann gestellt werden, wenn irgendwann innerhalb der letzten 12 Monate drei oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt waren:

BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

1. Es besteht ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren.
2. Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom tritt nach Beendigung oder Reduktion des Konsums auf. Dies ist nachgewiesen durch substanzspezifische Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um diese Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
4. Es besteht der Nachweis einer Toleranzentwicklung.
5. Es findet eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Konsums statt, es besteht ein erhöhter Zeitaufwand zur Beschaffung bzw. dem Konsum der Substanz oder der Erholung von den Konsumfolgen.
6. Es besteht ein anhaltender Konsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

Die Diagnosen *Abhängigkeitssyndrom* nach ICD-10 und *Abhängigkeit* nach DSM-IV zeigen eine hohe konzeptionelle Übereinstimmung (Üstün und Wittchen, 1992), und auch die empirische Übereinstimmung der beiden diagnostischen Kategorien ist hoch (Hasin et al., 1996; Rounsaville et al., 1993). Bis auf das erneute Auftreten von Entzugsserscheinungen nach Beendigung einer Abstinenzzeit und der Einengung des Trinkrepertoires wurden alle Kriterien des Abhängigkeitssyndroms nach Edward und Gross (1976) in beiden Klassifikationssystemen berücksichtigt. Das erneute Auftreten von Entzugssymptomen wird in den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 nicht erwähnt, sondern beschränkt sich lediglich auf den Kommentar zum Abhängigkeitssyndrom. Die Einengung des Trinkrepertoires findet sich in den *Klinisch-Diagnostischen Leitlinien*, jedoch nicht in den *Forschungskriterien* des ICD-10 (WHO, 1993). Zusätzlich zu den Kriterien des Abhängigkeitssyndroms nach Edwards und Gross (1976) wurden sowohl in der ICD-10 als auch im DSM-IV die Kriterien Kontrollverlust und Unfähigkeit zur Abstinenz mit aufgenommen. Dies bezeichnet die verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Alkoholkonsums, sowie erfolglose Versuche, den Alkoholkonsum zu reduzieren oder zu beenden.

1.1.2 Alkoholmissbrauch

Unter Missbrauch versteht man ganz allgemein den Gebrauch einer Sache in einer Weise, die vom üblichen Gebrauch bzw. vom ursprünglich dafür festgelegten Zweck abweicht, und zwar in qualitativer und/oder quantitativer Hinsicht, und der zu körperlichen, psychischen und

sozialen Schäden führt (Feuerlein et al., 1998). Da der Gebrauch von Alkohol multifunktionale Eigenschaften aufweist, d.h. zugleich Nahrungs-, Genuss- und Rauschmittel darstellen kann, in Abhängigkeit vom Kulturkreis auch als Heil- und Kultmittel Verwendung findet und außerdem in vielen Kulturkreisen fester Bestandteil des sozialen Lebens ist, lässt sich der Begriff Alkoholmissbrauch nur schwer präzisieren. Desweiteren wird die Abgrenzung Missbrauch versus Abhängigkeit durch fließende Übergänge erschwert, d.h. ein ursprünglich missbräuchliches Verhalten kann sich leicht in einer Alkoholabhängigkeit manifestieren (Wetterling und Veltrup, 1997).

Die Diagnosekriterien für einen Alkoholmissbrauch sind innerhalb des DSM-IV und der ICD-10 unterschiedlich definiert. Hauptsächlich finden sich Differenzen in Bezug auf negative soziale Konsequenzen. Nach dem DSM-IV ist das Hauptmerkmal des Alkoholmissbrauchs ein fehlangepasstes Muster von Trinkgewohnheiten, das sich in wiederholten und deutlich nachteiligen Konsequenzen infolge eines sich wiederholenden Konsummusters manifestiert, z.B. wiederholtes Versagen bei wichtigen Verpflichtungen, wiederholter Konsum auch in Situationen mit erhöhter Verletzungsgefahr, Probleme mit dem Gesetz oder wiederholt auftretende soziale und zwischenmenschliche Probleme (Kriterium A). Diese Probleme müssen mehrmals innerhalb derselben 12-Monats-Periode auftreten. Ein singuläres Ereignis, z.B. in Form einer vereinzelt Trunkenheitsfahrt mit dem Auto, wird somit vom chronischen Alkoholmissbrauch differenziert. Ungleich den Kriterien der Alkoholabhängigkeit umfassen die Kriterien für Alkoholmissbrauch keine Toleranzentwicklung, keine Entzugssymptome und kein Muster zwanghaften Alkoholkonsums; im Vordergrund der Kriterien stehen lediglich die schädlichen Konsequenzen wiederholten Konsums. Die Diagnose Alkoholmissbrauch wird dann durch die Diagnose Alkoholabhängigkeit ersetzt, wenn das Muster des Alkoholkonsums die oben beschriebenen Kriterien einer Alkoholabhängigkeit erfüllt (Kriterium B). In der *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen* wurde seit der Einführung der ICD-10 der Begriff Missbrauch für psychotrope Substanzen mit Abhängigkeitspotential durch die Kategorie *Schädlicher Konsum* ersetzt. Die Diagnose wird lediglich dann gestellt, wenn eine Schädigung der psychischen und physischen Gesundheit aufgrund des Alkoholgebrauchs tatsächlich eingetreten ist. Negative soziale Folgen des Konsumverhaltens, wie z.B. Arbeitsplatzverlust oder familiäre Probleme, werden nicht als Kriterien für den schädlichen Gebrauch gewertet, da sie eine hohe kulturelle Varianz aufweisen und folglich keine interkulturell gültige Diagnostik erlauben. So kann bereits ein geringfügiger Alkoholkonsum in Abstinenzgesellschaften gravierende soziale Folgen haben,

ohne dass die Substanz an sich irgendeine psychisch oder physisch schädigende Wirkung auf den Konsumenten hätte.

1.1.3 Alkohol-Risikokonsum

Unter dem Begriff Risikokonsum versteht man zusammenfassend alle Konsummuster und Konsummengen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit in Zukunft zu alkoholbezogenen Störungen führen (Bühninger et al., 2000). Alkoholbezogene Konsequenzen umfassen sowohl gesundheitliche Schädigungen als auch riskante Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Konsum, wie z.B. die Teilnahme am Straßenverkehr unter Alkoholeinfluss, der Konsum am Arbeitsplatz oder während der Schwangerschaft. Als Indikator riskanten Alkoholkonsums werden durchschnittliche Konsumgrenzen pro Tag verwendet, oberhalb derer auf Dauer physische, psychische und soziale Folgeschäden zu erwarten sind. Ab welcher genauen Grenze Alkoholkonsum zu gesundheitlichen Schäden führt, wird diskutiert. Dies führt zu einer international uneinheitlichen Festsetzung von Grenzwerten. In einer Stellungnahme der British Medical Association (1995) wurden Empfehlungen für risikoarme Trinkmengen von wöchentlich weniger als 21 Getränkeeinheiten (Englisch: „units“) für Männer und 14 Getränkeeinheiten für Frauen bestätigt. Dies entspricht in etwa einem maximalen Konsum von 30 Gramm reinen Alkohols pro Tag für Männer und maximal 20 Gramm Reinalkohols pro Tag für Frauen. Aufgrund neuerer Forschungsergebnisse wird derzeit eine weitere Herabsenkung der Grenzwerte auf 10 Gramm Reinalkohol für Frauen und 20 Gramm Reinalkohol für Männer diskutiert (Bundesministerium für Gesundheit, 2000).

1.1.4 Binge Drinking

Der Begriff „Binge Drinking“ beschreibt einen exzessiven Konsum im Rahmen einer Trinkgelegenheit. Bisher wurden keine einheitlichen Grenzwerte für Binge Drinking festgelegt. Die im Rahmen dieser Studie festgelegten Richtlinien von mindestens 60 Gramm Reinalkohol für Frauen und 80 Gramm Reinalkohol für Männer im Rahmen einer Trinkgelegenheit zu mindestens zwei Zeitpunkten innerhalb eines Monats wurden angelehnt an eine Studie der WHO (Babor et al., 1992). Binge Drinking ist assoziiert mit einem erhöhten Risiko gesundheitlicher und psychosozialer Folgeschäden, wie z.B. erhöhte Unfallgefahr, Kriminaldelikte und medizinische Notfallbehandlungen (Bedford et al., 2006; Girgis et al., 2006; O'Brien et al., 2006).

1.2 Komorbidität/Doppeldiagnose

Eine psychiatrische Komorbidität bezeichnet das Auftreten von mehr als einer Störung bei einer Person innerhalb eines definierten Zeitintervalls (Wittchen et al., 1996). Der Begriff der Komorbidität wurde ursprünglich in der somatischen Medizin verwandt. Feinstein (1970) untersuchte die klinische Bedeutung zusätzlicher Diagnosen bei chronisch verlaufenden Erkrankungen. Hierbei stellte sich ein erheblicher Einfluss von Begleiterscheinungen auf den Verlauf der Indexerkrankung heraus, welches den Fokus auf weitreichende Konsequenzen für die Versorgungsplanung richtete. Diese müsse, um eine effektive Ausrichtung auf die Bedürfnisse des Patienten gewährleisten zu können, in stärkerem Maße die diagnostische Heterogenität der Population berücksichtigen (Feinstein, 1970). Die relativ späte Rezeption des Komorbiditätsbegriffs in der psychiatrischen Forschung ist erklärbar durch einen in den 70er Jahren stattfindenden Veränderungsprozess in der psychiatrischen Diagnostik (Driessen, 1999). Gegenüber der bisherigen Annahme, dass das Krankheitsbild eines Patienten mit einer einzigen Diagnose beschreibbar sei, setzte sich die Ansicht durch, dass komplexe psychiatrische Erkrankungen eine Abbildung durch Mehrfachdiagnosen erfordern.

Mit der Einführung kriterienorientierter und operationalisierter diagnostischer Klassifikationssysteme (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980) wurde sowohl der Wissenschafts- als auch der Versorgungssektor explizit zur Stellung von Mehrfachdiagnosen aufgefordert. Nach dem DSM-IV kann die psychische Störung eine Achse I-Störung (z.B. Schizophrenie, affektive Störung, Angststörung) oder eine Achse II-Störung (z.B. antisoziale Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung) sein. Das gleichzeitige Vorliegen einer Substanzabhängigkeit und einer nicht-substanzbezogenen psychiatrischen Diagnose innerhalb eines definierten Zeitintervalls wird oftmals unter dem Begriff der *Doppeldiagnose* (engl. „dual diagnosis“, „dual disorder“; deutsch auch „Dualdiagnosen“ oder „Dualstörung“) im Allgemeinen als Spezialfall von Komorbidität verstanden (Moggi und Donati, 2004). Die Stellung einer Doppeldiagnose erfordert die Unterscheidung dessen, ob es sich bei den vorliegenden Symptomen um eine durch die Substanz hervorgerufene (sekundäre) komorbide Störung oder um eine zugrundeliegende (primäre) Erkrankung handelt. Nach der ICD-10 können psychische Störungen in Erscheinung treten, die a) während oder unmittelbar nach der Einnahme einer Substanz auftreten, b) nach der direkten Substanzeinwirkung anhalten, oder c) verzögert mehr als zwei Wochen nach der Einnahme einer Substanz auftreten. Sofern psychische Störungen bereits vor dem problematischen Konsum einer Substanz bestanden haben, durch die Substanzeinnahme verschlimmert oder ausgelöst wurden oder nicht durch die Substanz bedingt sind, muss eine zweite Störung und somit eine Doppeldiagnose gestellt

werden. Der Begriff „Doppeldiagnose“ wird jedoch in beiden Klassifikationssystemen nicht explizit verwendet.

Der grundsätzliche Vorteil des Komorbiditätsbegriffs besteht in der Möglichkeit, mehrere auf gleichem methodischen Niveau erfasste psychiatrische Störungen auf ihre Beziehung untereinander zu untersuchen (Driessen, 1999); so ist es z.B. möglich, die zeitliche Dimension des Verlaufs mehrerer Erkrankungen zu berücksichtigen, ohne welche pathogenetische Zusammenhänge kaum überprüft werden können. Es besteht allerdings bis heute Uneinigkeit bezüglich des zeitlichen Bezugs einer koexistenten Erkrankung zu einer Indexerkrankung (Driessen, 1999). Einige Autoren (Kessler et al., 1997; Kushner et al., 2000; Regier et al., 1990) weisen darauf hin, dass die beschriebenen Symptome nicht notwendigerweise zur selben Zeit auftreten müssen. Driessen (1999) führt an, dass eine zeitlich weniger eng gefasste Begrifflichkeit des Komorbiditätskonzeptes in Form eines Einschlusses der sukzessiven Komorbidität, d.h. dem Eintreten einer psychischen Störung unabhängig von der zeitlichen Existenz, für die Forschungsperspektive mehr Möglichkeiten biete. Babor et al. (1994) verweisen in einem von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen Lexikon auf den Begriff der „Dual Diagnosis“ in folgender Weise: „A general term referring to comorbidity or the co-occurrence in the same individual of a psychoactive substance use disorder and another psychiatric disorder“ (S.36). Der zeitliche Rahmen wird demnach offen gelassen. Maser und Cloninger (1990) hingegen akzeptieren den Terminus Komorbidität nur bei zeitlicher Koexistenz zweier Störungen. Tatsächlich ist diese zeitliche Überschneidung im Sinne einer simultanen Komorbidität für die differenzielle Diagnosestellung sowie therapeutische Unterstützung des Einzelnen im klinischen Bereich von großer Bedeutung (Kosten und Kleiber, 1988).

Die Definition von Doppeldiagnosen wird ebenfalls kompliziert durch die Tatsache, dass sich sowohl Substanzstörungen als auch psychische Störungen auf einem Kontinuum mit zunehmendem Schweregrad lokalisieren lassen. Die Begrifflichkeit der Doppeldiagnose enthält jedoch weder Aussagen zum Schweregrad der jeweiligen Störungen selbst, noch zum Schweregrad der Komorbidität (Moggi und Donati, 2004). Ferner beinhaltet der Begriff vielfältige Kombinationen aus beiden Störungsklassen. Heterogenität entsteht beispielsweise durch die verschiedenen Substanzklassen, die spezifische Wirkungsprofile aufweisen und oft in unterschiedlichen Kombinationen eingenommen werden, als auch durch den analogen Begriff der psychischen Störung, der eine große Bandbreite von Symptomen und Syndromen beinhaltet.

BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Aufgrund einer hohen Prävalenz von Angst- und affektiven Störungen in der medizinischen Basisversorgung (siehe Kapitel 3.3) sowie bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen oder problematischem Alkoholkonsum (siehe Kapitel 4.1) zentriert sich die im Folgenden beschriebene Untersuchung auf die Koexistenz dieser Störungen.

2. PROBLEMATISCHER ALKOHOLKONSUM/ALKOHOLBEZOGENE STÖRUNGEN

2.1 Prävalenz

Der übermäßige Konsum von Alkohol stellt neben der tabakattributablen Mortalität und Morbidität das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko dar (John und Hanke, 2002). In der Bundesrepublik Deutschland konsumieren nach einer Schätzung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit etwa 8,3 Millionen Menschen Alkohol in einer Menge, die als riskant angesehen werden kann (Bühringer et al., 2000). Dabei wurden Grenzwerte eines durchschnittlichen Konsums von 30 Gramm Reinalkohol pro Tag für Männer und 20 Gramm Reinalkohol pro Tag für Frauen angesetzt. Weitere 3,4 Millionen Personen betreiben einen gefährlichen Konsum (60-120 Gramm Reinalkohol pro Tag für Männer und 40-80 Gramm Reinalkohol pro Tag für Frauen). Schließlich liegt bei weiteren 440.000 Personen ein hochgefährlicher Konsum vor, der eine Trinkmenge von 80 Gramm Reinalkohol für Frauen und 120 Gramm Reinalkohol für Männer übersteigt. Bezogen auf bereits manifeste Störungen liegt derzeit bei 1,6 Millionen Personen eine Alkoholabhängigkeit vor. Hinzu kommen etwa 3,2 Millionen Personen, die zu einem früheren Zeitpunkt einmal eine Diagnose der Alkoholabhängigkeit erfüllt haben. Bei 2,7 Millionen Menschen liegt derzeit ein Alkoholmissbrauch vor (Bühringer et al., 2000). Nach einer repräsentativen Studie zur Prävalenz alkoholbezogener Störungen im Allgemeinkrankenhaus (John et al., 1999) beträgt die Rate von Alkoholabhängigkeit 12,7%, von Missbrauch 4,8%, und die Rate der Verdachtsdiagnosen 9,7%. Somit lässt sich eine noch höhere Rate von Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus annehmen. In Praxen niedergelassener praktischer und Allgemeinärzte fand sich eine Rate der Alkoholabhängigkeit von 7,2% und Missbrauch von 3,5% nach ICD-10 und DSM-III-R Kriterien (Hill et al., 1998).

2.2 Erreichbarkeit von Betroffenen

Das bestehende Suchthilfesystem erreicht nur einen Bruchteil der betroffenen Personen (Dawson, 1996; Rumpf et al., 1999; Rumpf et al., 2000). Für Risikokonsumenten und Alkoholmissbraucher bestehen nahezu keine adäquaten Angebote. Eine in Lübeck und Umgebung durchgeführte repräsentative Bevölkerungsuntersuchung an 4,075 Personen (TACOS, „Transitions in Alcohol Consumption and Smoking“) ergab, dass von denjenigen, die während der letzten 12 Monate eine Alkoholabhängigkeit aufwiesen, 70,9% keinerlei Kontakt zu suchtspezifischen Hilfen hatten (Rumpf et al., 2000). Weitere 14,5% wiesen

geringfügige Kontakte auf, z.B. bis zu fünf Beratungen durch einen Hausarzt, bis zu drei Gespräche in einer Beratungsstelle oder bis zu 10 Besuche einer Selbsthilfegruppe. Lediglich weitere 14,5% nahmen darüber hinausgehende Hilfen einschließlich der klassischen Angebote der Suchtkrankenversorgung, wie Entwöhnungsbehandlungen, in Anspruch. Befunde zeigen, dass nur ein kleiner Teil der Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum eine Änderung ihres Trinkverhaltens wünscht oder als notwendig erachtet, während ein weitaus größerer Teil der Betroffenen nicht oder nur geringfügig änderungsmotiviert ist (Rumpf et al., 1999). Durch ein bislang vorwiegend reaktiv ausgerichtetes Versorgungskonzept werden jedoch weitestgehend nur diejenigen Betroffenen erreicht, die von sich aus fachliche Unterstützung aufsuchen. Hilfeangebote zur Erreichung eines breiten Spektrums von Betroffenen sollten daher pro-aktiv und bevölkerungsorientiert ausgerichtet sein, das heißt über die bereits hilfeschenden Personen hinaus auch auf wenig änderungsmotivierte Betroffene zugehen, um diese durch Initiative der Helfer zur Verhaltensänderung zu motivieren.

Die Daten der Lübecker Bevölkerungsstichprobe zeigen, dass Einrichtungen der medizinischen Basisversorgung einen geeigneten Zugangsweg zu Personen mit einem problematischen Alkoholkonsum darstellen. Von den alkoholabhängigen Personen hatten 80% mindestens einmal im Jahr Kontakt zu einem Hausarzt, praktischen Arzt oder Internisten (Rumpf et al., 2000). Bei Alkoholmissbrauchern lag diese Rate bei 67,4%. Diese Befunde stellen den Hintergrund für die Wahl des Arztpraxensettings im Rahmen der beschriebenen Arbeit dar.

2.3 Maßnahmen zur Trinkmengenreduktion

Interventionen zur Erhöhung der Motivation zur Verhaltensänderung problematischem Alkoholkonsums können als „all-inclusive“ bezeichnet werden, da sie sowohl das Abstinenzziel, als auch die Risikominimierung mit Fokus auf der Verringerung eines überhöhten, exzessiven Alkoholkonsums integrieren. Dadurch eignen sich diese Interventionsansätze auch für Betroffene mit weniger schwerwiegenden Problemen, geringerer Änderungsmotivation oder kürzerer exzessiver Konsumdauer. Die im Rahmen dieser Untersuchung eingesetzten konzeptionellen und methodischen Elemente sollen im Folgenden näher beschrieben werden.

2.3.1 Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung

Um auch wenig oder nicht änderungsbereite Personen dazu zu motivieren, ein Verhalten zu verändern, hat sich in der empirischen Forschung das Transtheoretische Modell (TTM) als

fruchtbares methodisches Konzept erwiesen (Prochaska und DiClemente, 1983; Prochaska und DiClemente, 1984; Prochaska et al., 1992). A priori macht das TTM keine Annahmen über die bereits vorhandene Änderungsbereitschaft, sondern erkennt an, dass Personen zu verschiedenen Zeitpunkten in unterschiedlichem Maße zu einer Verhaltensänderung bereit sind, und dass sich Interventionen jeweils an die derzeitige und individuelle Bereitschaft anpassen müssen. Das Modell beschreibt Verhaltensänderung über vier Kernkonstrukte, die im Folgenden dargestellt werden. Das zentrale organisierende Element bilden hierbei fünf *Stadien der Verhaltensänderung* (englisch „*stages of change*“), welche die zeitliche Dimension des Veränderungsprozesses in Bezug auf ein definiertes Zielverhalten abbilden. Die *Prozesse der Verhaltensänderung* („*processes of change*“) beschreiben, wie eine Veränderung stattfindet bzw. welche kognitiv-affektiven und verhaltensbezogenen Strategien nötig sind, um von einem Stadium ins Nächste zu gelangen. Die Konstrukte der *Entscheidungswaage* („*decisional balance*“) und der *Selbstwirksamkeitserwartung* („*self-efficacy*“) bilden Voraussetzungen für die Entwicklung von Motivation und die Umsetzung in entsprechende Verhaltensänderung.

Die Erfassung der Kernkonstrukte des TTM erlaubt eine Beurteilung der differenzierten Effekte einer Intervention und macht den Prozess der Veränderung transparent. Unter Betrachtung der entsprechenden Variablen kann bestimmt werden, ob eine bestimmte Intervention für Personen eines definierten Stadiums der Verhaltensänderung effektiver ist als für Personen eines anderen Stadiums. Weiterhin kann überprüft werden, ob der Einsatz der für die jeweiligen Stadien relevanten Veränderungsprozesse durch die entsprechende Intervention in der beabsichtigten Weise gefördert wurde. Somit lassen sich Interventionen stärker den individuellen Bedürfnissen anpassen, während eine Rückkoppelung dieser Art die sukzessive Erweiterung und Ausdifferenzierung entsprechender Interventionen erlaubt. Nicht zuletzt leistet das TTM einen angemessenen Beitrag zur Erreichung des entscheidenden Erfolgskriteriums einer bevölkerungsorientierten Maßnahme: einem hohen Impactfaktor, d.h. dem Verhältnis von Rekrutierungsrate zur Effektivitätsrate einer Intervention. Häufig zeichnen sich handlungsorientierte Interventionen, wie z.B. eine Alkoholentwöhnung, durch eine hohe Effektivität aus, jedoch erreicht eine derartig spezifische Intervention primär einen kleinen Teil der Bevölkerung. Eine bevölkerungsorientierte Maßnahme mit einer hohen Rekrutierungsrate wird jedoch auch bei einer vergleichsweise niedrigeren Effektivitätsrate der Intervention einen deutlich höheren Bevölkerungsimpact aufweisen. Da Interventionen auf der Basis des TTM darüber hinaus ebenfalls Potenzial für vergleichsweise hohe

Effektivitätsraten schaffen, eröffnen sie somit einen Weg für bevölkerungsorientierte Interventionen mit hohem Impactfaktor (Keller et al., 1999).

2.3.1.1 Stadien der Verhaltensänderung

Das TTM unterscheidet fünf aufeinander aufbauende *Stadien der Änderungsbereitschaft* (Keller, et al., 1999), die über den Zeithorizont der Intention, ein Problemverhalten zu ändern, sowie über die Dauer der Aufrechterhaltung eines Zielverhaltens definiert werden. Eine Kurzübersicht über die Stadien der Verhaltensänderung findet sich Sie in Tabelle 2.1.

Im Stadium der *Absichtslosigkeit* findet keine Auseinandersetzung mit dem eigenen Trinkverhalten statt, und eine Änderung wird nicht in Erwägung gezogen. Dies kann sowohl in einem Mangel an relevanten Informationen als auch in einem Mangel an Problembewusstsein des entsprechenden Risikoverhaltens begründet liegen. In der Stufe der Absichtslosigkeit finden sich auch Personen, die sich nach mehreren Rückfällen keinen Erfolg von weiteren Änderungsversuchen mehr versprechen. Personen im Stadium der Absichtslosigkeit tendieren dazu, Informationen bezüglich ihres Risikokonsums auszublenden und eine bewusste Auseinandersetzung mit der Thematik zu vermeiden.

Das Stadium der *Absichtsbildung* ist durch zunehmende Auseinandersetzung mit dem eigenen Trinkverhalten gekennzeichnet. Die betroffene Person wägt Argumente für und wider eine Änderung ihres Konsums ab. Oftmals stehen die Vor- und Nachteile des persönlichen Konsums in ausgewogener Balance, was dazu führt, dass noch keine konkreten Schritte zur Änderung des Verhaltens unternommen werden. Die Person verändert jedoch bereits ihre Einstellung zum eigenen Alkoholkonsum und überlegt sich zunächst, eine Änderung ihres Verhaltens in absehbarer Zeit, d.h. in den nächsten sechs Monaten, einzuleiten. Personen können jedoch sowohl im Stadium der Absichtslosigkeit, als auch im Stadium der Absichtsbildung sehr lange verharren, ohne dass ein weiteres Fortschreiten im Änderungsprozess erkennbar wird.

Im Stadium der *Vorbereitung* wird eine klare Entscheidung für eine Änderung des Trinkverhaltens getroffen, und es werden konkrete Maßnahmen geplant. Oftmals werden bereits erste Schritte unternommen, um diese Pläne in die Tat umzusetzen. Der Rahmen der Vorbereitung ist zeitlich eng begrenzt (meist die nächsten 30 Tage) und wird somit als Durchgangsstufe beschrieben (Keller, et al., 1999).

Im Stadium der *Handlung* führen die konkret geplanten Maßnahmen zu einer tatsächlichen Verhaltensänderung. Im Gegensatz zu den vorangegangenen Phasen stehen im Stadium der

Handlung beobachtbare Verhaltensweisen zur Zielerreichung stärker im Vordergrund als kognitiv-affektive Prozesse.

Eine Person befindet sich im Stadium der *Aufrechterhaltung*, wenn das Zielverhalten seit mindestens sechs Monaten stabil beibehalten werden konnte. Hier richten sich die Bemühungen auf die Vermeidung eines Rückfalls. Das Stadium der Aufrechterhaltung ist dadurch gekennzeichnet, dass Strategien der Handlungsphase beibehalten und konsolidiert werden.

Prochaska und DiClemente (1986) weisen darauf hin, dass nur wenige Betroffene die Stadien der Änderung in einer Richtung durchlaufen. Das Modell sieht vor, dass eine Person zu jeder Zeit ein Stadium verlassen und in eine der vorangegangenen Stadien zurückkehren kann. Ein Zurückfallen in ein früheres Stadium wird allgemein als Regression bezeichnet; eine Regression von der Handlungs- oder Aufrechterhaltungsphase wird als Rückfall definiert (Keller et al., 1999).

Tabelle 2.1: Stadien der Verhaltensänderung (in Anlehnung an Prochaska et al., 1992)

Stadienbezeichnung	Operationale Beschreibung	Förderliche Prozesse der Verhaltensänderung
Absichtslosigkeit („pre-contemplation“)	Keine Auseinandersetzung mit dem eigenen Problemverhalten; keine Absicht, das problematische Verhalten innerhalb der nächsten sechs Monate zu ändern.	Steigern des Problembewusstseins; Wahrnehmen
Absichtsbildung („contemplation“)	Es findet eine zunehmende Wahrnehmung und Neubewertung des Problemverhaltens und seiner Konsequenzen statt; eine Änderung des Verhaltens innerhalb der nächsten sechs Monate wird in Erwägung gezogen.	förderlicher Umweltbedingungen; Emotionales Erleben; Selbstneubewertung; Neubewertung der persönlichen Umwelt
Vorbereitung („preparation“)	Konkrete Maßnahmen zur Änderung des Verhaltens innerhalb der nächsten vier Wochen werden geplant (Handlungsintention); erste Handlungsschritte werden unternommen.	Selbstverpflichtung; Nutzen hilfreicher Beziehungen; (Selbst-) Verstärkung;
Handlung („action“)	Das Zielverhalten wurde seit bis zu sechs Monaten erreicht.	Gegenkonditionierung; Kontrolle der Umwelt
Aufrechterhaltung („maintenance“)	Das Zielverhalten wurde seit mehr als sechs Monaten aufrechterhalten.	

2.3.1.2 Prozesse der Verhaltensänderung

Notwendige Voraussetzung für eine Stadienprogression ist eine differenzierte Nutzung von multiplen kognitiv-affektiven und verhaltensbezogenen Prozessen bzw. Strategien je nach Stadium der Änderungsbereitschaft. Dabei stellen diese Prozesse bzw. Strategien unabhängige Variablen dar, welche eine Veränderung in den Stadien bedingen, d.h. während die Stadien der Verhaltensänderung beschreiben, *wann* ein Fortschreiten stattfindet, beschreiben die Strategien, *wie* eine Veränderung stattfindet. Historisch betrachtet stand die

Beschreibung der Prozesse am Anfang der Entwicklung des TTM und beruhte auf einer Analyse und Integration von Wirkelementen unterschiedlicher Therapieschulen, was zur Bezeichnung „Trans-theoretisches Modell“ führte. Die Integration der beiden Konzepte Stadien und Prozesse der Verhaltensänderung erlaubt eine individuell an die Änderungsmotivation und das Verhalten des Einzelnen angepasste Intervention. Dabei sind einige Änderungsprozesse, d.h. Aktivitäten und Ereignisse, die ein riskantes Verhalten und damit zusammenhängende Kognitionen und Emotionen beeinflussen und verändern, in einzelnen Stadien bedeutsamer und werden häufiger genutzt als andere (Perz et al., 1996). In Abhängigkeit der jeweiligen Stadien sollten die entsprechenden Änderungsprozesse somit verstärkt unterstützt und gefördert werden (vgl. Tabelle 2.1). Das TTM unterscheidet jeweils fünf kognitiv-affektive und verhaltensbezogene Prozesse. Hierbei beziehen sich die kognitiv-affektiven Prozesse vorwiegend auf subjektive Bewertung und das emotionale Erleben eines problematischen Verhaltens bzw. dessen Alternativen und Lösungsmöglichkeiten (Tabelle 2.2). Ihr Einsatz ist vor allem in den ersten beiden Stadien der Verhaltensänderung von Bedeutung. Im Gegensatz dazu beschreiben die verhaltensbezogenen Prozesse primär handlungsorientierte Strategien, die vor allem in den Stadien der Vorbereitung bis zur Aufrechterhaltung relevant sind (Tabelle 2.3).

Tabelle 2.2: Beschreibung der kognitiv-affektiven Prozesse der Verhaltensänderung und mögliche Förderung (in Anlehnung an Prochaska et al., 1992)

Prozesse	Beschreibung	Beispiele möglicher Förderung
Steigern des Problembewusstseins („consciousness raising“)	Aktives Aufnehmen von Informationen über Ursachen, Konsequenzen und mögliche Veränderungsmöglichkeiten eines bestimmten Problemverhaltens	Gezielte Rückmeldung zum Problemverhalten, Anbieten alternativer Interpretationen, Vermitteln von Informationen
Emotionales Erleben („dramatic relief“)	Herstellen eines emotionalen Bezuges und persönlicher Betroffenheit in Bezug auf das Problemverhalten und dessen Konsequenzen	Rollenspiele, Erleben von Trauer und Verlust, Kommunikationstraining, Einsatz von Medien zur Verdeutlichung emotionaler Aspekte
Neubewertung der persönlichen Umwelt („environmental reevaluation“)	Bewusstes Wahrnehmen von emotionalen und kognitiven Konsequenzen des eigenen Problemverhaltens bzw. des Zielverhaltens für die persönliche Umwelt	Steigerung der Empathie, Führen von Tagebüchern oder Protokollen, Kommunikationstraining
Selbstneubewertung („self-reevaluation“)	Kognitive und affektive Bewertung der eigenen Person oder des Selbstbildes, das mit Beibehaltung des Verhaltens oder Änderung einhergeht	Analyse der persönlichen Wertvorstellungen, Orientierung an Modellpersonen, Einübung eines alternativen Rollenbildes
Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen („social liberation“)	Aktive Wahrnehmung und Bewusstmachen von Umweltbedingungen, die das Erreichen des Zielverhaltens erleichtern	Aktive Wahrnehmung sich ändernder Normen, Angebot an alkoholfreien Getränken, Erleichterung des Zugangs zu Hilfen, gesetzliche Maßnahmen

Tabelle 2.3: Beschreibung der verhaltensbezogenen Prozesse der Verhaltensänderung und mögliche Förderung (in Anlehnung an Prochaska et al., 1992)

Prozesse	Beschreibung	Beispiele möglicher Förderung
Gegenkonditionierung („counterconditioning“)	Aneignen alternativer, günstiger Verhaltensweisen im Sinne von Problemlösungsstrategien	Anwendung von Ersatzpräparaten, Entspannungstraining
Kontrolle der Umwelt („stimulus control“)	Entfernen von Auslösern des Problemverhaltens und/oder das Bereitstellen von Anreizen für ein günstiges Alternativverhalten	Vermeiden von bestimmten Orten oder Personen, aktives Umgestalten der eigenen Umwelt, z.B. Entfernen von Alkohol aus dem Haus
Selbstverpflichtung („self-liberation“, „commitment“)	Selbstüberzeugung, dass eine Verhaltensänderung möglich ist, Auswahl einer Handlungsalternative und Fassen eines konkreten Vorsatzes zur Verhaltensänderung	Bereitstellung mehrerer Handlungsalternativen zum Problemverhalten, z.B. sofortige Abstinenz, Trinkmengenreduktion mit/ohne Endziel Abstinenz, öffentliche Bekundung des Vorsatzes
Nutzen hilfreicher Beziehungen („helping relationships“)	Aktives Bemühen um soziale Unterstützung	Besuch von Selbsthilfegruppen, therapeutische Vereinbarungen, Rat und Unterstützung von Freunden oder Verwandten
(Selbst-) Verstärkung („reinforcement management“)	Bewusstes Einsetzen von Belohnungen für die Annäherung an das Zielverhalten	Geld, das für Alkoholverzicht eingespart wurde, für andere erwünschte Dinge einsetzen, sich durch einen Kinobesuch belohnen

2.3.1.3 Entscheidungswaage

Weitere Variablen, die den Prozess der Verhaltensänderung bedingen und somit auch als abhängige oder Ergebnisvariablen bezeichnet werden, sind die individuell wahrgenommenen, gewichteten Vor- und Nachteile des Problemverhaltens sowie einer möglichen Verhaltensänderung. Die Entscheidungswaage basiert auf dem Entscheidungsmodell von Janis und Mann (1968), in dem vier Kategorien von Vor- bzw. Nachteilen, d.h. der Nutzen/Schaden für die Person selbst oder für andere sowie Anerkennung/Ablehnung durch die Person oder durch andere als bedeutsam für den Veränderungsprozess postuliert wurden. Im TTM sind empirisch begründet lediglich die Faktoren der wahrgenommenen Vorteile bzw. Nachteile einer Verhaltensänderung berücksichtigt. Diese subjektive Gewichtung interagiert in charakteristischer Weise mit den Stadien der Verhaltensänderung: Veränderungen verlaufen über die verschiedenen Stadien hinweg systematisch und reproduzierbar (Prochaska, 1994). Bei ausreichender Datenbasis kann sowohl die Richtung als auch das Ausmaß von Veränderung dieser Variablen im Rahmen einer Stadienprogression zuverlässig vorhergesagt werden. So überwiegen im Stadium der Absichtslosigkeit die Nachteile einer Verhaltensänderung, während im Stadium der Absichtsbildung typischerweise ein Zustand der Ambivalenz vorherrscht. Nach einer Höhergewichtung der Vorteile im Stadium der Vorbereitung verlieren im weiteren Verlauf des Veränderungsprozesses sowohl die Vor- als auch die Nachteile einer Verhaltensänderung an Bedeutung.

2.3.1.4 Selbstwirksamkeitserwartung und situative Versuchung

Basierend auf dem Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung (synonym: Kompetenzerwartung) von Bandura (1982; 1986) beschreibt die Variable im Kontext des TTM die subjektive Beurteilung einer Person, angestrebte Ergebnisse mittels eigener Handlungen auch unter widrigen Umständen erzielen zu können; dies wird als Mediator zwischen Wissen und Handeln verstanden. Selbstwirksamkeitserwartungen sind ein dynamisches Konstrukt, das sich durch permanente aktuelle Informationsverarbeitungen über Wirksamkeitserfahrungen wie vorangegangene Erfolgserlebnisse, indirekte Beobachtungen von Erfahrungen Anderer und soziale Einflüsse verändert und sich dem jeweiligen situativen Kontext angleicht. Dieses Verständnis weist starke konzeptionelle Ähnlichkeit mit der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle auf, die in der „Theory of Planned Behavior“ von Ajzen (1991) eine bedeutsame Rolle spielt. In der Suchtforschung gelten Selbstwirksamkeitserwartungen als wesentliche Wirkfaktoren in der Behandlung und Remission. Sie betreffen in diesem Kontext die Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten, eine konstruktive Änderung des Konsums

herbeizuführen. Nach Marlatt und Gordon (1985) sind Alkoholabhängige mit hohen Selbstwirksamkeitserwartungen weniger rückfallgefährdet und setzen mehr Bewältigungsstrategien ein als jene mit niedrigen Selbstwirksamkeitserwartungen. In ihrem Rückfallmodell postulieren die Autoren, dass mit zunehmender Fähigkeit, mit Risikosituationen umzugehen, auch Selbstwirksamkeitserwartungen stärker werden. Im Rahmen des TTM steht die Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich eines spezifischen Verhaltens in systematischem Zusammenhang mit der stadienbezogenen Motivation, dieses Verhalten zu zeigen. Die Werte für Selbstwirksamkeitserwartungen stellen sich somit vorwiegend in monoton ansteigender Funktion über die Stadien der Verhaltensänderung dar. Die größten Veränderungen zeigen sich hierbei im Übergang von der Vorbereitung zur Handlung.

Als Gegenpol zur Selbstwirksamkeit ist die situative Versuchung zu verstehen. Diese beschreibt das subjektive Verlangen, in unterschiedlichen Situationen dem Problemverhalten nachzugeben, z.B. trotz eines bestehenden Abstinenzwunsches Alkohol zu konsumieren. Die situative Versuchung verhält sich konträr zur Selbstwirksamkeitserwartung, d.h. mit fortschreitender Stadienprogression verringert sich in der Regel die Versuchung, in verschiedenen Situationen das Risikoverhalten zu zeigen. Die Konstrukte der Selbstwirksamkeit und der situativen Versuchung lassen sich in drei stabile Faktoren einteilen: Situationen mit negativem Affekt bzw. emotionaler Stressbelastung, positiv besetzte soziale Situationen sowie Gewohnheiten bzw. Verlangen.

2.3.2 Kurzinterventionen

Kurzinterventionen beschreiben eine Vielzahl von Maßnahmen, die von schriftlichen Informationen bis hin zu mehrfachen Beratungsgesprächen reichen. Bien et al. (1993) definieren Gemeinsamkeiten wirksamer Kurzinterventionen, die mit dem Akronym FRAMES zusammengefasst werden (Tabelle 2.4). Entsprechend gestaltete und wenig aufwendige Maßnahmen haben sich als effektiv erwiesen (Bien et al., 1993; Miller und Wilbourne, 2002). Kurzinterventionen bieten daher eine kosteneffektive Alternative zu traditionellen, längerfristigen Behandlungen bei vergleichbarer Effektivität (Miller und Wilbourne, 2002; Moyer et al., 2002; Project Match Research Group, 1997). Die Mehrheit der untersuchenden Studien bezog sich dabei primär auf Personen mit einem riskantem Alkoholkonsum, es konnte jedoch auch für Alkoholabhängige eine Wirksamkeit nachgewiesen werden. So zeigten sich signifikante Trinkmengenreduktionen im Vergleich zu Kontrollgruppen und teilweise auch eine vergleichbare Effektivität zu aufwendigeren Behandlungen (Bien et al., 1993). Allerdings vergrößert sich bei Ausschluss von Alkoholabhängigen die Effektstärke

(Moyer et al., 2002). Zumindest bei Erwachsenen zeigen sich in Bezug auf alle Formen der Behandlung von Alkoholabhängigkeit und Missbrauch bei Kurzinterventionen die höchsten Effektraten (Miller und Wilbourne, 2002).

Tabelle 2.4: Gemeinsamkeiten wirksamer Kurzinterventionen (FRAMES)

(nach Bien et al., 1993)

F	Feedback (Rückmeldung persönlicher Risiken und Beeinträchtigungen durch den Konsum)
R	Responsibility (Betonung der persönlichen Verantwortung)
A	Advice (Klar formulierter Ratschlag)
M	Menue (Aufzeigen differenzierter Änderungsoptionen)
E	Empathy (Empathischer Beratungsstil)
S	Self-Efficacy (Betonung und Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung)

2.3.2.1 Alkoholspezifische Kurzintervention in der medizinischen Basisversorgung

Interventionen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums in der Allgemeinarztpraxis haben sich als effektiv erwiesen (Anderson, 1992). Aufgrund ihrer Effektivität und Ökonomie bietet sich für dieses Setting besonders der Einsatz von Kurzinterventionen an. Kaner et al. (1999) verweisen vor allem auf die Notwendigkeit, aufgrund eines limitierten Zeitkontingents innerhalb der Primärversorgung entsprechende Interventionen effektiv und ökonomisch zu gestalten. Eine Metaanalyse über zehn Studien (Wilk et al., 1997) fand für die Trinkmengenreduktion in der Interventionsbedingung im Vergleich zur Kontrollbedingung einen Odds Ratio von 1.9, d.h. es fand sich eine knapp zweifache Chancenerwartung für eine Trinkmengenreduktion im Vergleich zu Patienten, die keine Beratung erhielten. Ein signifikanter Effekt von Kurzinterventionen konnte jedoch nicht in allen Studien nachgewiesen werden. Eine Studie in Arztpraxen, die ein naturalistischeres Design aufwies als vergleichbare Untersuchungen, ergab zwar eine Trinkmengenreduktion nach sechs Monaten, jedoch nicht nach 12 Monaten (Richmond et al., 1995). Die negativen sozialen

Konsequenzen des Alkoholkonsums hatten sich allerdings bei der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe verringert. Die jüngste Metaanalyse (Ballesteros et al., 2004) ergab trotz geringerer Effektstärken als bei früheren Befunden (Bien et al., 1993; Moyer et al., 2002; Poikolainen, 1999; Wilk et al., 1997) eine zufriedenstellende Effizienz von Kurzinterventionen bei alkoholbezogenen Störungen.

Hinsichtlich der Implementierung von Interventionen und der Auswahl der jeweils geeignetsten Form besteht noch Forschungsbedarf. Eine Studie von Poikolainen (1999) kommt beispielsweise zu dem Ergebnis, dass ein gesicherter Effekt nur für aufwendigere Interventionen und bei weiblichen Probanden nachgewiesen werden konnte. Bei Männern wurde der in vergleichbarer Höhe vorliegende Effekt der Trinkmengenreduktion aufgrund mangelnder statistischer Homogenität nicht bedeutsam. Andererseits zeigen Implementierungsversuche von Kurzinterventionen in Arztpraxen, dass Zeitmangel einer der Hauptgründe für Ärzte darstellt, nicht zu intervenieren (Kaner et al., 1999). Eine mögliche Lösung, um auf der einen Seite einen Therapieerfolg durch aufwendigere Kurzinterventionen zu sichern und gleichzeitig ein ökonomisches Vorgehen zu ermöglichen, könnte in einem gestuften Ansatz („Stepped Care“) bestehen. Bei einem solchen Vorgehen wird mit einer sehr wenig aufwendigen Maßnahme begonnen, der Erfolg überprüft und die Maßnahme bei Nichterreichen des Erfolgskriteriums intensiviert. Die Datenerhebung der hier vorgestellten Arbeit erfolgte im Rahmen eines derartigen Stepped Care Vorgehens.

2.3.2.2 Selbsthilfemanuale

Schriftliche Informationen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums haben Effektivität gezeigt (Apodaca und Miller, 2003). Selbsthilfemanuale bieten aus Sicht bevölkerungsorientierter Suchtkrankenhilfe eine hohe Erreichbarkeit der Zielgruppe bei geringem Ressourceneinsatz (Schmid et al., 1989). Um auch Betroffene mit einer geringen Motivation zur Trinkmengenreduktion zu erreichen, ist eine stadienspezifische inhaltliche Führung auf Basis des TTM sinnvoll. Im Bereich der Motivationsförderung zur Trinkmengenreduktion bzw. Abstinenz wurde ein stadienbezogenes Selbsthilfemanual auf den Grundlagen des TTM im Rahmen dieser Studie entwickelt (Rumpf et al., 2004). Einzelne Bausteine wurden unter Berücksichtigung verhaltenstherapeutischer Modelle und Erkenntnisse erstellt. Sie umfassen vor allem die Aspekte Informationsvermittlung, Selbstbeobachtung, Vertragsmanagement, Analyse von Risikofaktoren, Situations-Reiz-Kontrolle, Selbstverstärkung, Nutzung sozialer Unterstützung und Rückfallprävention (Marlatt, 1985; Marlatt und Gordon, 1985). Der Fokus des gesamten Manuals liegt auf dem

Aspekt der Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungsfreiheit des Einzelnen. Hierdurch soll eine konfrontative Haltung mit der Resonanz des Widerstandes durch die Person vermieden werden. Eine detaillierte Übersicht zum inhaltlichen Aufbau des Selbsthilfemanuals findet sich in Grothues et al. (2003).

2.3.2.3 Individualisierte Feedbacksysteme

Mehrheitlich beinhalten Programme zur Änderung problematischen Alkoholkonsums eine Bereitstellung von spezifischen Informationen hinsichtlich des Problemverhaltens. Dabei spielen individuelle Rückmeldungen als ein Element der Kurzintervention eine elementare Rolle (Bien et al., 1993; DiClemente et al., 2001). Es gibt Hinweise darauf, dass für Alkoholkonsumenten bereits das Zusenden eines Feedbacks bei Risikokonsumenten zu einer deutlichen Reduktion der Trinkmenge führt: In einer Studie von Agostinelli et al. (1995) erwiesen sich normative, also auf die Vergleichsgruppe bezogene, Rückmeldungen und Rückmeldungen zu Risiken erhöhten Alkoholkonsums als wirksam. Eine Diskussion zum derzeitigen Forschungsstand findet sich in Reinhardt et al. (2003). Schriftliche und detaillierte Feedbacks können beinhalten:

1. Generelle Informationen, die für eine gesamte Population oder eine Subgruppe der Population von Interesse sein können.
2. Gezielt an die Situation der Teilnehmer angepasste Informationen, d.h. basierend auf demographischen Charakteristiken (Alter, Geschlecht, Zugehörigkeit etc.) oder auf den Charakteristiken des Risikos.
3. Individualisierte Informationen, basierend auf einer vorangegangenen Erhebung in Form eines Vergleichs von normativen (bezogen auf die Vergleichsgruppe) oder ipsativen (bezogen auf frühere Angaben derselben Person) Daten oder inhaltlichen Angaben über das Risiko-/Problemverhalten, dem derzeitigen Motivationsstatus zur Verhaltensänderung und Möglichkeiten einer Änderung.

Es liegen positive Erfahrungen mit computertisierten Feedbacksystemen für Raucher vor (Martin-Diener et al., 1999; Prochaska et al., 1993). Für den Bereich der alkoholbezogenen Störungen gibt es im deutschsprachigen Raum bisher keine entsprechende Anwendung. Im Rahmen dieser Studie wurde ein individuelles, computerisiertes Feedbacksystem zur Trinkmengenreduktion für Patienten in Allgemeinarztpraxen entwickelt. Basierend auf den Grundlagen des TTM wurden die individuelle Änderungsmotivation, mögliche Ambivalenz hinsichtlich einer Verhaltensänderung in Form von Vor- und Nachteilen des Konsums, Einschätzung individueller Trinkmengen und Einschätzung von Risiken des individuellen

Konsums jeweils im Vergleich zur Referenzgruppe und der Eintretenswahrscheinlichkeit von Risiken bei fortdauerndem Konsum, sowie mögliche Strategien zur Verhaltensänderung zurückgemeldet. Eine detaillierte Übersicht zur Erstellung des Feedbacksystems sowie inhaltlichen Bausteinen findet sich in Reinhardt et al. (2003). Erste Analysen weisen auf die Effektivität des Programms hin (Bischof et al., in press).

2.3.3 Motivierende Gesprächsführung

Der Einsatz pro-aktiver Interventionen zur Trinkmengenreduktion, welche ein aktives Zugehen auf die entsprechenden Personen beinhalten, erfordert Maßnahmen, die auch dann geeignet sind, wenn wenig oder keine Änderungsbereitschaft besteht. Ein geeignetes Konzept bietet die Motivierende Gesprächsführung (englisch: „Motivational Interviewing“, MI; Miller und Rollnick, 1999; 2002), die in einer Vielzahl von Studien Wirksamkeit bewies (Dunn et al., 2001; Whitlock et al., 2004). Insbesondere für Settings der medizinischen Basisversorgung haben sich einfache, von der Motivierenden Gesprächsführung abgeleitete Methoden bewährt, die unter dem Begriff des „Behaviour Change Counseling“ (Rollnick et al., 1999) zusammengefasst werden.

Die Motivierende Gesprächsführung ist eine klientenzentrierte, direktive Gesprächsmethode zur Erhöhung der intrinsischen Motivation zur Verhaltensänderung. Zentrales Element bildet hierbei im ersten Schritt die Förderung und Bearbeitung von kognitiver Ambivalenz in Bezug auf das Verhalten, sowie im zweiten Schritt das konstruktive Auflösen dieser Ambivalenz durch das Generieren von Verhaltensalternativen und Lösungsstrategien. Die Methode berücksichtigt hierbei, dass je nach Stadium der Änderungsbereitschaft unterschiedliche Maßnahmen sinnvoll sind und verstärkt genutzt werden sollten. Zunächst werden in der Motivierenden Gesprächsführung zwei Phasen unterschieden: erstens die Förderung von Motivation und die Erhöhung der Selbstwirksamkeit, d.h. dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, eine Verhaltensänderung durchsetzen zu können, sowie zweitens die Stärkung der Selbstverpflichtung zur Veränderung. Dazu gehören die Entscheidungsfindung und konstruktive Planung und Umsetzung der Verhaltensänderung durch kognitive Auseinandersetzung mit den eigenen Fähigkeiten, mit Risikosituationen, und die Entwicklung geeigneter Umgangsweisen bzw. Coping Strategien.

Theoretische Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung liegen in der klientenzentrierten Therapie, der sozialen Lerntheorie, der kognitiv-verhaltensbezogenen Therapie sowie in den Erkenntnissen des TTM. Zunächst demonstrierten Studien wiederholt im Sinne Rogers (1957) Annahmen, dass bestimmte Verhaltensweisen des Therapeuten, wie

eine annehmende Haltung gegenüber dem Klienten, Aufrichtigkeit und Wärme, eine Verhaltensänderung begünstigen, während andere Verhaltensweisen wie Nicht-Akzeptanz und Konfrontation negativ mit einer Verhaltensänderung oder sogar Verschlechterungen assoziiert sind (Miller et al., 1993). Weiterhin verhalf die soziale Lerntheorie zu der Erkenntnis, dass das externe, soziale Umfeld sowie individuelle Interaktionen wichtige Faktoren bei einer Motivierung zur Veränderung des Trinkverhaltens bilden (Bandura, 1977; 2004). Drittens führte die Popularität des TTM zu einer Erweiterung der Wahrnehmung von Verhaltensänderung als ein fortschreitender, andauernder Prozess mit unterschiedlichen Stadien oder Stufen und somit weg von der Vorstellung eines statischen Ereignisses mit der simplen Unterscheidung in „motiviert“ und „unmotiviert“. Daraus folgt, dass nicht das simple Vermitteln von Informationen zu Risiken des Verhaltens oder Überzeugen vom „richtigeren Handeln“ eine Verhaltensänderung des Klienten erwirken kann. Vielmehr sollte der natürliche Verlauf des intrinsischen Motivationsaufbaus durch geeignete Strategien der Gesprächsführung unterstützt und der Klient somit in seinem Fortschreiten in den Stadien der Verhaltensänderung gefördert werden. Viertens betonte die kognitiv-verhaltensorientierte Therapie die Wichtigkeit, ein Repertoire von Strategien zum förderlichen Umgang mit Risikosituationen aufzubauen, um interpersonale und intrapersonale Situationen, die ein erhöhtes Risiko für einen Rückfall darstellen können, erfolgreich zu meistern.

Die Basis der Motivierenden Gesprächsführung bilden vier Grundprinzipien: an erster Stelle steht ein *empathischer Beratungsstil*, d.h. das Verhalten wird nicht kritisiert, sondern durch ein Hineinversetzen in den Gesprächspartner gelingt es, Ansätze zur Motivationsbildung zu finden und Gegenreaktionen wie Widerstand von Seiten des Klienten zu vermeiden. Ein zweites Grundprinzip bildet die *Herausarbeitung und Bearbeitung von Diskrepanz* zwischen dem Verhalten (hier der übermäßige Alkoholkonsum) einerseits und handlungskonträrer Kognitionen andererseits, wie individueller und sozialer Normen und Werte (z.B. Vorbildfunktion gegenüber anderen), Erwartungen und Ziele des Klienten (z.B. sportliche Fitness) und Ängste und Bedenken (z.B. gesundheitliche Risiken oder Erkrankungen, die im Zusammenhang mit dem Verhalten stehen). Dabei sollten vor allem intrinsische Motive des Klienten aufgegriffen und der Bezug zum Problemverhalten mit dem Ziel verstärkt werden, dass der Klient das gegenwärtige Verhalten in Frage stellt. Im Verlauf des Veränderungsprozesses ermöglicht dann eine konstruktive Auflösung bzw. Überwindung dieser Ambivalenz durch das Aufzeigen geeigneter Maßnahmen die Änderung des Verhaltens. Als drittes Grundprinzip ist die *Förderung der Selbstwirksamkeitserwartungen*, d.h. der Glaube an die eigenen Fähigkeiten, eine Verhaltensänderung wirksam durchsetzen zu

können, zur Entwicklung von Änderungsmotivation entscheidend. Das vierte Grundprinzip betrifft den *Umgang mit Widerstand*. Tritt Widerstand auf, wird dieser in der Motivierenden Gesprächsführung nicht als grundlegendes, negatives Attribut des Klienten in Form von Abwehr oder Leugnung betrachtet, sondern als ein Hinweis darauf verstanden, dass die Äußerung des Beraters nicht zum Stadium der Änderungsbereitschaft des Klienten gepasst hat (z.B. wenn der Berater bereits eine Entwöhnungsbehandlung empfiehlt, während sich der Klient jedoch noch im Stadium der Absichtslosigkeit befindet und derzeit keine Notwendigkeit zur Verhaltensänderung sieht). Ein stadienkongruenteres Vorgehen um Widerstand zu vermeiden, wäre in diesem Falle das Herausarbeiten von Vor- und Nachteilen des Konsums und die Exploration der Handlungswichtigkeit von Seiten des Klienten. Tritt jedoch Widerstand auf, beinhaltet die Motivierende Gesprächsführung Auflösungsverfahren, die einen konstruktiven Fortgang des Gespräches unter möglicher Nutzung der entsprechenden Inhalte des Widerstands erlauben.

Neben den Grundprinzipien beinhaltet die Motivierende Gesprächsführung vier Interventionen zum Aufbau von Änderungsmotivation: Durch die Nutzung *offener Fragen* wird der Klient zur Auseinandersetzung mit dem Problemverhalten angeregt. Die Selbstexploration des Klienten wird in neutraler, nicht wertender Weise gefördert, z.B. „Ich würde gerne verstehen, wie Sie die Dinge sehen. Können Sie mir erzählen, was Sie im Zusammenhang mit Ihrem Alkoholkonsum am meisten beschäftigt?“. Beim *Aktiven Zuhören* gibt der Berater die wesentlichen Inhalte der Äußerungen des Klienten in eigenen Worten wieder. Dies ermöglicht ihm, Verständnis hinsichtlich der Aussagen des Klienten mitzuteilen, mögliche Ängste oder Besorgnis hinsichtlich des Alkoholkonsums selektiv herauszuarbeiten und zu fokussieren und somit die Problematik zu vertiefen. Der Berater schließt beim *Aktiven Zuhören* aus dem Gehörten auf den relevanten Inhalt und stellt diese Annahme dem Klienten in Form einer Feststellung wieder zur Verfügung. *Bestätigen* beinhaltet Anerkennung, Lob und Verständnis für förderliche Einstellungen und Veränderungsschritte des Klienten und bezeugt die annehmende Haltung des Beraters, z.B. „Wie schwer muss es für Sie gewesen sein, hierher zur Beratung zu kommen. Sie haben damit einen wichtigen Schritt getan“, oder „Ich finde es prima, dass Sie etwas an Ihrem Alkoholkonsum ändern wollen“. *Zusammenfassen* ist ein wirkungsvolles Vorgehen, um die vom Klienten genannten Gesprächsinhalte, die für den Aufbau von Änderungsmotivation bedeutsam sind, wiederzugeben (z.B. bestehende Ambivalenz oder die wichtigsten Gründe für eine Änderung). Zusammenfassen kann als Strukturierung zwischen einzelnen Gesprächsblöcken, zur Fokussierung einzelner Themenbereiche, zur Beendigung von Gesprächsabschnitten und

Überleitung zum Nächsten sowie zum Abschluss eines Gespräches genutzt werden. Diese Strategie erlaubt es, dem Klienten die Inhalte des Gespräches greifbarer zu machen, Interesse bzw. Aufmerksamkeit des Beraters zu verdeutlichen und dem Klienten die Möglichkeit zur Korrektur der wiedergegebenen Inhalte zu geben. Die Motivierende Gesprächsführung zielt darauf ab, selbstmotivierende Aussagen hervorzurufen. Dies beinhaltet eine Reihe von Strategien, den Klienten dazu zu veranlassen, Gründe für eine Verhaltensänderung zu formulieren. Selbstmotivierende Fragen können ein Problembewusstsein (z.B. „Ich habe noch nie wirklich realisiert, wie viel ich trinke“), Besorgnis über Probleme („Wie konnte mir das nur passieren“), direkte oder indirekte Veränderungsabsicht („Ich muss in dieser Hinsicht etwas unternehmen“; „Wie kommen Menschen vom Alkohol los?“) oder Zuversicht im Hinblick auf Veränderung („Ich glaube ich kann es schaffen“) ausdrücken. Eine direktive Methode, derartige Äußerungen zu unterstützen, stellen z.B. auffordernde Fragen dar („Welche Gedanken machen Sie sich in Hinblick auf Ihren Alkoholkonsum?“; „Inwiefern ist Ihr Alkoholkonsum Anlass zur Sorge für Sie oder für andere?“; „Was könnte für Sie ein nächster Schritt sein?“; „Was gibt Ihnen Zuversicht, sich zu verändern?“).

Neben den Interventionen beinhaltet die Motivierende Gesprächsführung einfache strukturierte Vorgehensweisen zum Auslösen von Motivation, die besonders für Frühinterventionen geeignet, leicht erlernbar und in Situationen einsetzbar sind, in denen nur wenig Zeit zur Verfügung steht (Rollnick, et al., 1999). Eine derartige Vorgehensweise kann darin bestehen, mit dem Klienten die *Vor- und Nachteile* seines Alkoholkonsums durchzugehen, sich einen *typischen Tagesablauf* schildern zu lassen und zu explorieren, welche Rolle der Alkoholkonsum darin einnimmt, der Veränderung förderliche *Informationen* (z.B. über gesundheitliche Zusammenhänge oder Behandlungsmöglichkeiten) in geeigneter Weise anzubieten oder *Hilfe bei der Entscheidungsfindung* zu leisten. Im Rahmen dieser Gesprächsstrukturen kommen wiederum die oben beschriebenen Grundprinzipien und Interventionen zur Anwendung. Derartige Bestandteile sind geeignet, ein Gespräch über eine mögliche Verhaltensänderung („change talk“) entstehen zu lassen und die Entstehung eines von Widerstand geprägten Gesprächs („resistance talk“) zu vermeiden.

3. ANGST- UND DEPRESSIVE STÖRUNGEN

3.1 Angststörungen

Bei der Diagnostik von Angststörungen bestehen folgende Unterschiede zwischen der ICD-10 und dem DSM-IV:

Die Agoraphobie ist in der ICD-10 der Panikstörung übergeordnet, während das amerikanische Diagnoseschema die Auffassung vertritt, dass die Panikattacken primär sind und eine Agoraphobie sekundär aus den Erwartungsängsten entsteht. Diese können zur Vermeidung jener Situation führen, in der das erneute Auftreten von Panikattacken möglich ist.

Das DSM-IV zählt mehr Störungen zu den Angststörungen als die ICD-10. Neben den Angststörungen der ICD-10 werden auch die Zwangsstörung, die organisch bedingte sowie die substanzinduzierte Angststörung und bestimmte Reaktionen auf schwere Belastungen (akute Belastungsstörung, posttraumatische Belastungsstörung) den Angststörungen zugeordnet.

Im Kapitel *F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen* der ICD-10 werden die Angststörungen unterteilt. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden die unter F40 und F41 zusammengefassten Störungen untersucht. Bei den phobischen Störungen wird Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, im Allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte außerhalb des Patienten ausgelöst. Diese werden, verbunden mit psychovegetativen Symptomen, gemieden oder voller Angst ertragen. Die Differenzierungen unter F41 kennzeichnen sich dadurch, dass sie nicht auf bestimmte Umgebungssituationen begrenzt sind.

Im Rahmen der Studie wurden folgende Angststörungen nach der ICD-10 untersucht:

- F40 Phobische Störung**
 - F40.0 Agoraphobie
 - .00 ohne Panikstörung
 - .01 mit Panikstörung
 - F40.1 soziale Phobien
 - F40.2 spezifische (isolierte) Phobien
 - F40.8 andere näher bezeichnete
 - F40.9 nicht näher bezeichnete

F41 Andere Angststörungen

- F41.0 Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
 - .00 mittelgradig
 - .01 schwer
- F41.1 generalisierte Angststörung
- F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt
- F41.3 andere gemischte Angststörungen
- F41.8 andere näher bezeichnete
- F41.9 nicht näher bezeichnete

Im Rahmen dieser Studie wurden folgende Angststörungen nach DSM-IV untersucht:

Panikattacke

Agoraphobie

Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie

Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte

Spezifische Phobie

Soziale Phobie

Generalisierte Angststörung

Differentialdiagnose: Substanzinduzierte Angststörung

3.1.1 Agoraphobie

Eine Agoraphobie (vom Griechischen „agora“ = Marktplatz und „phobos“ = Angst, deutsche Übersetzung: „Platzangst“) umfasst eine Gruppe von Ängsten („multiple Situationsphobien“), die dann auftreten, wenn man die gewohnte oder schützende Umgebung verlässt, wie z.B. die eigene Wohnung, eine bekannte oder sichere Gegend, oder das Zusammensein mit Personen des besonderen Vertrauens. Als Agoraphobie wird die Angst vor, oder das Vermeiden von, öffentlichen Plätzen, Situationen und Menschenansammlungen bezeichnet, in denen Flucht nur schwer möglich (oder peinlich) wäre, oder in denen im Falle einer Panikattacke oder dem Auftreten panikartiger Symptome keine Hilfe zu erwarten wäre. Die „Angst vor der Angst“, d.h. die Erwartungsangst, stellt das zentrale Merkmal der Agoraphobie dar. Ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten ist kennzeichnend, d.h. phobische Situationen werden konsequent gemieden, wenn kein Fluchtweg in Aussicht ist, oder können nur unter großer Angst und Belastung durchgestanden werden.

ANGST- UND DEPRESSIVE STÖRUNGEN

Eine Agoraphobie (F.40.0) liegt nach den Forschungskriterien der ICD-10 vor, wenn:

A. deutliche und anhaltende Furcht vor, oder Vermeidung von, mindestens zwei der folgenden Situationen besteht:

1. Menschenmengen
2. Öffentlichen Plätzen
3. Reisen mit weiterer Entfernung von Zuhause
4. Reisen alleine

B. wenigstens einmal nach Auftreten der Störung in den gefürchteten Situationen mindestens zwei Angstsymptome aus der folgenden Auflistung zu mindestens einem Zeitpunkt gemeinsam vorhanden gewesen sind:

Vegetative Symptome:

1. Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz
2. Schweißausbrüche
3. Fein- oder grobschlägiger Tremor
4. Mundtrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikose)

Symptome, die Thorax oder Abdomen betreffen:

1. Atembeschwerden
2. Beklemmungsgefühl
3. Thoraxschmerzen oder –missempfindungen
4. Übelkeit oder abdominelle Missempfindungen (z.B. Unruhegefühl im Magen)

Psychische Symptome:

1. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit
1. Unwirkliche Wahrnehmung von Objekten (Derealisation) oder Unwirklichkeitsempfinden der eigenen Person (Depersonalisation)
3. Angst vor Kontrollverlust oder davor, verrückt zu werden
4. Angst zu sterben

Allgemeine Symptome:

1. Hitzewallungen oder Kälteschauer
2. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle

C. deutliche emotionale Belastung durch das Vermeidungsverhalten oder die Angstsymptome mit der Einsicht, übertrieben oder unvernünftig zu sein, besteht.

D. die Symptome sich ausschließlich oder vornehmlich auf die gefürchteten Situationen

oder Gedanken an diese beschränken.

- E. die Symptome des Kriteriums A nicht bedingt sind durch Wahn, Halluzinationen oder andere Symptome der Störungsgruppen Organische Psychische Störung (F0), Schizophrenie und verwandte Störungen (F2), Affektive Störungen (F3) oder eine Zwangserkrankung (F42) oder Folge einer kulturell akzeptierten Anschauung sind.

Das Vorliegen oder Fehlen einer Panikstörung (F41.0) bei der Mehrzahl der agoraphobischen Situationen wird in der ICD-10 an fünfter Stelle kodiert: F 40.00 ohne Panikstörung, F40.01 mit Panikstörung.

Das DSM-IV sieht folgende Kriterien für eine Agoraphobie vor:

- A. Angst, an Orten zu sein, von denen eine Flucht schwierig (oder peinlich) sein könnte oder in denen im Falle einer unerwarteten oder durch die Situation begünstigten Panikattacke oder panikartiger Symptome Hilfe schwer oder gar nicht erreichbar sein könnte. Agoraphobische Ängste beziehen sich typischerweise auf charakteristische Muster von Situationen: z.B. alleine außer Haus, in einer Menschenmenge oder auf einer Brücke zu sein, in einer Schlange zu stehen, oder auf das Reisen im Bus, Zug oder Auto.
- B. Die Situationen werden vermieden (z.B. das Reisen wird eingeschränkt), oder sie werden nur mit deutlichem Unbehagen oder mit Angst vor dem Auftreten einer Panikattacke oder panikähnlicher Symptome durchgestanden bzw. können nur in Begleitung aufgesucht werden.
- C. Die Angst bzw. das phobische Vermeidungsverhalten werden nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt, wie durch eine Soziale Phobie (z.B. die Vermeidung ist aus Angst vor Peinlichkeiten auf bestimmte soziale Situationen beschränkt), Spezifische Phobie (z.B. die Vermeidung ist beschränkt auf einzelne Situationen, wie z.B. Fahrstuhl), Zwangsstörung (z.B. Vermeidung von Schmutz aus zwanghafter Angst vor Kontamination), posttraumatische Belastungsstörung (z.B. Vermeidung von Reizen, die mit einer schweren belastenden Situation assoziiert sind), oder Störung mit Trennungsangst (z.B. es wird vermieden, das Zuhause oder die Angehörigen zu verlassen).

Im DSM-IV ist die Agoraphobie allein keine kodierbare Störung, sondern es muss stets Bezug genommen werden zum Fehlen oder Vorhandensein von Panikattacken. Es handelt sich somit entweder um eine Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte oder um eine Panikstörung mit Agoraphobie. Es werden folgende Kriterien für eine Agoraphobie ohne

Panikstörung in der Vorgeschichte genannt: A. Es liegt eine Agoraphobie vor, die sich auf die Angst vor dem Auftreten panikähnlicher Symptome bezieht (z.B. Benommenheit oder Durchfall), B. Die Kriterien für eine Panikstörung waren nie erfüllt.

3.1.2 Panikstörung

Unter einer Panikstörung versteht man das wiederholte, unerwartete Auftreten von Panikattacken. Die Diagnose einer Panikstörung soll sowohl nach ICD-10 als auch DSM-IV nur dann gestellt werden, wenn die Panikattacken unerwartet auftreten, d.h. nicht auf Situationen begrenzt sind, in denen objektive Gefahr besteht oder vorhersehbar Angst auslösen (z.B. im Rahmen einer Phobie). Eine Panikattacke ist eine abgrenzbare Periode intensiver Angst und starken Unbehagens und besteht aus mehreren plötzlich und unerwartet („wie aus heiterem Himmel“), d.h. scheinbar ohne Ursache und in objektiv ungefährlichen Situationen, auftretenden somatischen und kognitiven Beschwerden.

Die ICD-10 fordert für die Diagnose einer Panikstörung innerhalb eines Zeitraums von etwa einem Monat mehrere schwere vegetative Angstanfälle, wobei eine Panikstörung auch dann vorliegt, wenn nur ganz wenige Panikattacken spontan auftreten, die Person aber anhaltend von heftiger Sorge vor weiteren Anfällen geplagt wird (Angst vor der Angst) und bestimmte Situationen nur mit starkem Unbehagen ertragen kann.

Eine Panikattacke allein stellt hierbei nach dem DSM-IV keine kodierbare Störung dar, sondern es wird die spezifische Diagnose kodiert, innerhalb derer die Panikattacken auftreten: Panikstörung ohne Agoraphobie oder Panikstörung mit Agoraphobie.

Eine Panikstörung (F41.0) ist nach der ICD-10 durch folgende Merkmale charakterisiert:

- A. Wiederholte Panikattacken, die nicht auf eine spezifische Situation oder ein spezifisches Objekt bezogen sind und oft spontan auftreten (d.h. die Attacken sind nicht vorhersagbar). Die Panikattacken sind nicht mit besonderer Anstrengung, gefährlichen oder lebensbedrohlichen Situationen verbunden.
- B. Eine Panikattacke hat folgende Charakteristika:
 - a. Sie ist eine einzelne Episode von intensiver Angst oder Unbehagen.
 - b. Sie beginnt abrupt.
 - c. Sie erreicht innerhalb von Minuten ein Maximum und dauert mindestens einige Minuten an.
 - d. Es müssen mindestens vier Symptome der unter F.40.0, Kriterium B (siehe Absatz

1.3.1 Agoraphobie), angegebenen Liste vorliegen, davon eins der Symptome 1 bis 4.

- C. Ausschlusskriterien: Die Panikattacken sind nicht Folge einer körperlichen Störung, einer organischen psychischen Störung (F0) oder einer anderen psychischen Störung wie Schizophrenie und verwandten Störungen (F2), einer affektiven Störung (F3) oder einer somatoformen Störung (F45).

Das DSM-IV verlangt folgende Kriterien für eine Panikattacke:

Eine klare Episode intensiver Angst und Unbehagens, bei der mindestens vier der nachfolgend genannten Symptome abrupt auftreten und innerhalb von 10 Minuten ihren Höhepunkt erreichen:

- A. Herzklopfen oder beschleunigter Herzschlag, Palpitationen
- B. Schwitzen
- C. Zittern oder Beben
- D. Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot
- E. Erstickungsgefühle
- F. Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust
- G. Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden
- H. Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder der Ohnmacht nahe zu sein
- I. Derealisation (Gefühl der Unwirklichkeit) oder Depersonalisation (sich losgelöst fühlen)
- J. Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden
- K. Angst zu sterben
- L. Parästhesien (Taubheit oder Kribbelgefühle)
- M. Hitzewallungen oder Kälteschauer

3.1.3 Generalisierte Angststörung

Eine generalisierte Angststörung ist nach der ICD-10 eine allgemeine und anhaltende Angst, die nicht auf bestimmte Situationen oder die Umgebung beschränkt ist, sondern frei flottierend auftritt. Die Bezeichnung „generalisiert“ charakterisiert diese Form der Angststörung als übertriebene, unrealistische, andauernde Besorgnisse, Ängste und Befürchtungen in Bezug auf vielfältige Aspekte des Lebens. Das Hauptmerkmal der generalisierten Angststörung ist eine unrealistische oder übertriebene Angst und Besorgnis in Bezug auf allgemeine oder besondere Lebensumstände über einen längeren Zeitraum von

mindestens 6 Monaten, während dessen die Betroffenen trotz Belastung und Einsicht unfähig sind, ihre Ängste zu kontrollieren.

Nach den Forschungskriterien der ICD-10 ist eine generalisierte Angststörung durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- A. Ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten mit vorhersehbarer Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse und Probleme
- B. Mindestens vier Symptome der unter F.40.0, Kriterium B, definierten (siehe Absatz 1.3.1 Agoraphobie) sowie im Folgenden angegebenen Liste, von der mindestens eins der Symptome 1. bis 4. vorliegen müssen.

Symptome der Anspannung:

- 1. Muskelverspannung, akute und chronische Schmerzen
- 2. Ruhelosigkeit und Unfähigkeit zum Entspannen
- 3. Gefühl „aufgedreht zu sein“, Nervosität und psychische Anspannung
- 4. Gefühl, einen Kloß im Hals zu haben, Schluckbeschwerden

Andere unspezifische Symptome:

- 5. Übertriebene Reaktionen auf kleine Überraschungen oder Erschreckt werden
- Konzentrationsschwierigkeiten, Gefühl von Leere im Kopf wegen Sorgen oder Angst
- 7. Anhaltende Reizbarkeit
- 8. Einschlafstörung wegen der Besorgnis
- C. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine Panikstörung (F41.0), eine phobische Störung (F40), eine Zwangsstörung (F42) oder eine hypochondrische Störung (F45.2).
- D. Ausschlusskriterien: Die Störung ist nicht zurückzuführen auf eine organische Krankheit wie eine Hyperthyreose, eine organische psychische Störung (F0) oder eine durch psychotrope Substanzen bedingte Störung (F1).

Das DSM-IV nennt folgende diagnostische Kriterien für eine generalisierte Angststörung:

- A. Übermäßige Angst und Sorge (furchtsame Erwartung) bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten, die über eine Dauer von mindestens 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage auftraten.
- B. Die Person hat Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren.
- C. Die Angst und Sorge sind mit mindestens drei der folgenden sechs Symptomen verbunden (wobei zumindest einige der Symptome in den vergangenen sechs Monaten

an der Mehrzahl der Tage vorlagen):

1. Ruhelosigkeit und ein ständiges „Auf dem Sprung sein“
2. Leichte Ermüdbarkeit
3. Konzentrationsstörungen oder ein Gefühl von Leere im Kopf
4. Reizbarkeit
5. Muskelspannung
6. Schlafstörungen

- D. Die Angst, Sorge oder körperlichen Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen.

3.1.4 Soziale Phobie

Eine soziale Phobie ist eine starke, andauernde Angst vor sozialen, beruflichen oder sonstigen Leistungsanforderungen in Gegenwart anderer Menschen. Soziale Situationen oder deren bloße Erwartung lösen bei Betroffenen große Angst aus, mit der Tendenz der Vermeidung oder des Überstehens solcher Situationen nur unter großer innerer Anspannung. Eine Krankheitseinsicht als übertriebene oder unbegründete Angst ist vorhanden, jedoch können Betroffene ihr Angst- und Vermeidungsverhalten nicht oder nur schwer kontrollieren und reagieren auf soziale Situationen nicht selten mit einer situationsbedingten Panikattacke (Morschitzky, 2002). Im Vordergrund der Angst stehen soziale oder leistungsbezogene Situationen, in denen die Betroffenen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit Anderer stehen oder dies befürchten, verbunden mit der Angst vor Peinlichkeit oder Demütigung. Eine soziale Phobie beruht auf einer andauernden, unangemessenen Angst vor Bewertung durch andere Personen. Angstauslösende Situationen sind hierbei z.B. das Sprechen oder Essen in der Öffentlichkeit.

Die Forschungskriterien der ICD-10 fordern folgende Merkmale für eine soziale Phobie:

A. Entweder 1. oder 2.:

1. Deutliche Furcht, im Zentrum der Aufmerksamkeit anderer zu stehen oder sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten.
2. Deutliche Vermeidung, im Zentrum der Aufmerksamkeit anderer zu stehen oder von Situationen, in denen die Angst besteht, sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten.

Diese Ängste treten in sozialen Situationen auf, wie z.B. beim Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit, Begegnen von Bekannten in der Öffentlichkeit, dem Hinzukommen

ANGST- UND DEPRESSIVE STÖRUNGEN

oder der Teilnahme an kleinen Gruppen, wie z.B. auf Partys, Konferenzen oder in Klassenräumen.

- B. Mindestens zwei Angstsymptome in den gefürchteten Situationen mindestens einmal seit Auftreten der Störung, wie in F40.0, Kriterium B definiert, sowie zusätzlich mindestens eins der folgenden Symptome:
 - 1. Erröten oder Zittern
 - 2. Angst zu erbrechen
 - 3. Miktions- oder Defäkationsdrang bzw. Angst davor
- C. Deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten sowie Einsicht, dass die Symptome oder das Vermeidungsverhalten übertrieben oder unvernünftig sind.
- D. Die Symptome beschränken sich ausschließlich oder vornehmlich auf die gefürchteten Situationen oder auf Gedanken an diese.
- E. Ausschlusskriterien: Die Symptome des Kriteriums A sind nicht bedingt durch Wahn, Halluzinationen oder andere Symptome der Störungsgruppen organische psychische Störungen (F0), Schizophrenie und verwandte Störungen (F2), affektive Störungen (F3) oder eine Zwangsstörung (F42) oder sind nicht Folge einer kulturell akzeptierten Anschauung.

Das DSM-IV nennt folgende diagnostische Kriterien für eine soziale Phobie:

- A. Eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen oder leistungsbezogenen Situationen, in denen die Person mit unbekanntem Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte. Die betroffene Person befürchtet, ein Verhalten (oder ein Angstsymptom) zu zeigen, das demütigend oder peinlich sein könnte.
- B. Die Konfrontation mit der befürchteten sozialen Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer situationsgebundenen oder einer situationsbegünstigten Panikattacke annehmen kann.
- C. Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist.
- D. Die gefürchteten sozialen oder leistungsbezogenen Situationen werden vermieden oder nur unter intensiver Angst oder Unwohlsein ertragen.
- E. Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das starke Unbehagen in den gefürchteten sozialen oder leistungsbezogenen Situationen

beeinträchtigen deutlich die normale Lebensführung der Person, ihre berufliche (oder schulische) Leistung oder soziale Aktivitäten oder Beziehungen, oder die Phobie verursacht erhebliches Leiden.

- F. Bei Personen unter 18 Jahren hält die Phobie mindestens sechs Monate lang an.

3.1.5 Differentialdiagnose: Substanzinduzierte Angststörung

Die ICD-10 klassifiziert keine durch Substanzen ausgelöste Angststörung. Durch eine Doppeldiagnose der Panikstörung (F41.0) und der Störung durch eine bestimmte Substanz, wie sie unter der Kategorie F1 angeführt ist, ist dieser Umstand dennoch kodierbar.

Das DSM-IV unterscheidet eine substanzinduzierte Angststörung, die aus ausgeprägter Angst, Panikattacken, Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen bestehen kann. Die Angstsymptome treten während oder innerhalb eines Monats nach einer Substanzintoxikation oder nach einem Entzug auf und stehen in ursächlichem Zusammenhang mit der Substanzeinnahme. Eine substanzinduzierte Angststörung wird von einer primären Angststörung unterschieden, indem der Störungsbeginn, Verlauf und andere Faktoren betrachtet werden. Nach Morschitzky (2002) kann sich der Verdacht auf eine substanzbedingte Angststörung aus dem Vorhandensein von Merkmalen ergeben, die für eine primäre, d.h. eine bereits vor dem Substanzmissbrauch vorhandene, Angststörung untypisch sind (z.B. untypisches Alter bei Störungsbeginn oder untypischer Verlauf). Auf eine primäre Angststörung weisen folgende Umstände hin, andernfalls kann der Verdacht auf eine substanzinduzierte Angstsymptomatik begründet sein:

1. Bestehen von Angstsymptomen bereits vor dem Substanzgebrauch
2. Anhalten der Angstsymptome über eine deutliche Zeitspanne (über einen Monat) nach dem Ende der Substanzeinwirkung oder des akuten Entzugs hinaus
3. Entwicklung von Symptomen, die deutlich ausgeprägter sind, als dies aufgrund von Art und Menge der eingenommenen Substanz oder aufgrund der Einnahme zu erwarten ist

3.2 Depressive Störungen

Depressive Störungen behandeln psychische Störungen, die sich besonders durch Veränderungen der Stimmungslage zur Depression hin auszeichnen, mit oder ohne begleitende Angst. Der Mindestzeitraum beträgt zwei Wochen.

Beide Diagnoseschemata, ICD-10 und DSM-IV unterscheiden zwischen affektiven *Episoden* und *Störungen*. Es findet sich folgender Hauptunterschied zwischen der internationalen ICD-

10 und dem amerikanischen DSM-IV: Episoden affektiver Störungen werden im DSM-IV nicht als unabhängige Einheit definiert, sondern als Teilelemente zur Erleichterung der eigentlichen Diagnose, der *Affektiven Störungen* und sind daher in den Kriterien der DSM-IV im Gegensatz zur ICD-10 nicht kodierbar.

Folgende der nach ICD-10 kodierten Störungen wurden im Rahmen dieser Studie untersucht:

F32 Depressive Episode

- F32.0 leichte depressive Episode
 - .00 ohne somatische Symptome
 - .01 mit somatischen Symptomen
- F32.1 mittelgradige depressive Episode
 - .10 ohne somatische Symptome
 - .11 mit somatischen Symptomen
- F32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
- F32.3 schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- F32.8 andere
- F32.9 nicht näher bezeichnete

F33 Rezidivierende depressive Störung

- F33.0 gegenwärtig leichte Episode
 - .00 ohne somatische Symptome
 - .01 mit somatischen Symptomen
- F33.1 gegenwärtig mittelgradige Episode
 - .10 ohne somatische Symptome
 - .11 mit somatischen Symptomen
- F33.2 gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
- F33.3 gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- F33.4 gegenwärtig remittiert
- F33.8 andere rezidivierende depressive Störungen
- F33.9 nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung

F34 anhaltende affektive Störungen

- F34.1 Dysthymia
- 34.8 andere
- 34.9 nicht näher bezeichnete

F38 Andere affektive Störungen

- F38.0 andere einzelne affektive Störungen
 - .00 gemischte affektive Episode
- F38.1 andere rezidivierende affektive Störungen
 - .10 rezidivierende kurze depressive Störung
- 38.8 andere näher bezeichnete

F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Folgende Störungen des DSM-IV wurden im Rahmen dieser Studie untersucht:

Episoden Affektiver Störungen

Episode einer Major Depression

Depressive Störungen

- 296.6xx Major Depression
- 300.4 Dysthyme Störung
- 311 Nicht Näher Bezeichnete Depressive Störung

Andere Affektive Störungen

- 296.90 Nicht Näher Bezeichnete Affektive Störung

Ausschlussdiagnosen:

- 293.83 Affektive Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors
- 29x.xx Substanzinduzierte Affektive Störung

Folgende Zusatzkodierungen werden im DSM-IV zur Beschreibung der letzten affektiven Episode verwendet:

- Leicht, mittelschwer, schwer ohne psychotische Merkmale, schwer mit psychotischen Merkmalen, teilremittiert, vollremittiert
- Chronisch
- Mit katatonen Merkmalen
- Mit melancholischen Merkmalen
- Mit atypischen Merkmalen
- Mit postpartalem Beginn

Folgende Zusatzkodierungen werden im DSM-IV zur Beschreibung des Verlaufs bei rezidivierenden Episoden verwendet:

- Zusatzkodierung des Langzeitverlaufs (mit oder ohne Vollremission im Intervall)
- Mit saisonalem Muster

- Mit Rapid Cycling

Zusätzlich zu den entsprechenden Schweregraden leicht, mittelgradig oder schwer wird unterschieden in die Kategorien *mit* oder *ohne somatische Symptome*. Bei eindeutiger Feststellbarkeit von mindestens vier der folgenden Symptome wird zusätzlich ein somatisches Syndrom diagnostiziert:

1. Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten
2. Mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder günstige Ereignisse emotional zu reagieren
3. Frühmorgendliches Erwachen; zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit
4. Morgentief
5. Der durch andere Personen objektivierte Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit
6. Deutlicher Appetitverlust
7. Gewichtsverlust, häufig mehr als 5% des Körpergewichts im vergangenen Monat
8. Deutlicher Libidoverlust

Die Schweregrade leicht und mittelschwer können jeweils mit/ohne somatisches Syndrom kodiert werden; bei einer schweren depressiven Episode wird in der ICD-10 davon ausgegangen, dass das somatische Syndrom praktisch immer vorhanden ist.

3.2.1 Episoden depressiver Störungen

Das ICD-10 unterscheidet leichte (F32.0), mittelgradige (F32.1) oder schwere (F32.2 und F32.3) depressive Episoden. Bei Vorliegen von mindestens drei der o.g. Symptome sowie zwei der Folgenden über einen Mindestzeitraum von zwei Wochen wird eine leichte depressive Episode (F32.0) klassifiziert:

1. Depressive Verstimmung
2. Verlust von Interesse oder Freude
3. Erhöhte Ermüdbarkeit

Bei den Symptomen A-C sollte Keines besonders ausgeprägt sein; der Betroffene leidet unter den Symptomen und kann berufliche und soziale Aktivitäten nur unter Schwierigkeiten fortsetzen, gibt diese jedoch nicht vollständig auf. Eine mittelgradige depressive Episode liegt vor, wenn mindestens drei der o.g. für eine leichte depressive Episode angegebenen Symptome vorliegen, einige in ihrem Schweregrad jedoch besonders ausgeprägt sind oder durchgehend ein besonders weites Spektrum von Symptomen besteht, und zusätzlich

mindestens drei (klarer: vier) der anderen Symptome vorhanden sind. Häusliche, soziale oder berufliche Aktivitäten können nur unter erheblichen Schwierigkeiten durchgeführt werden. Eine schwere depressive Episode liegt vor, wenn meist erhebliche Verzweiflung oder Agitiertheit besteht, es sei denn, Hemmung ist ein führendes Symptom. Verlust des Selbstwertgefühls, Gefühle von Nutzlosigkeit oder Schuld sind meist vorherrschend, in besonders schweren Fällen besteht ein hohes Suizidrisiko. Für eine schwere depressive Episode müssen drei der für die leichte und mittelschwere depressive Episode typischen Symptome vorhanden sein und zumeist vier oder mehr der anderen, von denen einige besonders ausgeprägt sein sollen. Die Unterscheidung in schwere depressive Episoden mit/ ohne psychotische Symptome wird je nach Auftreten von Wahnideen, Halluzinationen oder depressiven Stupors getroffen.

Die ICD erstellt folgende Kriterien für eine depressive Episode:

Die betroffene Person leidet unter gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und vermindertem Antrieb, welcher zu erhöhter Müdigkeit und Aktivitätseinschränkung führt. Die gedrückte Stimmung kann charakteristische Tagesschwankungen aufweisen. Weitere häufige Symptome sind:

1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
2. Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (auch bei leichten depressiven Episoden)
4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
5. Gedanken oder erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
6. Schlafstörungen
7. Verminderter Appetit

Das wesentliche Merkmal von Episoden Affektiver Störungen nach DSM-IV ist eine mindestens zweiwöchige Zeitspanne mit entweder depressiver Verstimmung oder Verlust von Interesse oder Freude. Zusätzlich müssen mindestens vier von sechs weiteren Symptomen erfüllt sein. Entscheidende Kriterien sind außerdem eine deutliche Beeinträchtigung durch die Symptomatik, Ausschluss eines medizinischen Krankheitsfaktors oder Erklärung der Symptomlage aufgrund von Substanzeinnahme. Weiterhin sind die Symptome nicht besser durch einfache Trauer erklärbar, d.h. nach dem Verlust einer geliebten Person dauern die Symptome länger als zwei Monate an oder sie sind durch deutliche Funktions-

beeinträchtigungen, krankhafte Wertlosigkeitsvorstellungen, Suizidgedanken, psychotische Symptome oder psychomotorische Verlangsamung charakterisiert.

Das DSM-IV gibt folgende Kriterien für eine Episode einer Major Depression vor:

A. Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während desselben zweiwöchigen Zeitraums und stellen eine Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit dar; mindestens eines der Symptome ist entweder (1) oder (2):

1. Depressive Verstimmung, vom Betroffenen selbst berichtet (z.B. fühlt sich traurig oder leer) oder von anderen beobachtet (z.B. erscheint den Tränen nahe) oder
2. Verlust des Interesses oder der Freude (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet)

Außerdem müssen mindestens vier zusätzliche Symptome aus folgender Kriterienliste über einen Zeitraum von mindestens zwei aufeinanderfolgenden Wochen an fast jedem Tag bestehen und die meiste Zeit des Tages andauern:

1. Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät; oder deutliche Gewichtszunahme (mehr als 5% des Körpergewichts in einem Monat); oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen
2. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen
3. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen (durch andere beobachtbar, nicht nur das subjektive Gefühl von Rastlosigkeit oder Verlangsamung)
4. Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen
5. Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch ein wahnhaftes Ausmaß annehmen können)
6. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet)
7. Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung des Suizids
7. Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer gemischten Episode.

3.2.2 Depressive Störungen

Die ICD-10 unterscheidet lediglich zwischen einzelnen depressiven Episoden unterschiedlichen Schweregrades und einer rezidivierenden depressiven Störung, die durch

wiederholte depressive Episoden charakterisiert ist, wie sie unter leichter, mittelschwerer und schwerer depressiver Episode beschrieben wurden. Diese Kategorie soll auch dann verwendet werden, wenn kurze Episoden von leicht gehobener Stimmung und Überaktivität, welche die Kriterien der Hypomanie erfüllen, sofort nach einer depressiven Episode aufgetreten sind.

Grundmerkmal der ICD-10 für eine rezidivierende depressive Störung (F33) ist hierbei:

Wenigstens zwei Episoden sollen mindestens zwei Wochen gedauert haben und beide sollen von mehreren Monaten ohne eindeutige affektive Symptomatik unterbrochen gewesen sein.

Andernfalls ist Andere Rezidivierende Affektive Störung zu diagnostizieren.

Für die Kodierung einer rezidivierenden depressiven Episode wird hiernach die Unterscheidung getroffen in:

F33.0 Gegenwärtig leichte depressive Episode:

Die Kriterien für eine rezidivierende Depressive Störung (F33) sind erfüllt, die gegenwärtige Episode entspricht den Kriterien für eine leichte depressive Episode (F32.0).

F33.1 Gegenwärtig mittelgradige depressive Episode:

Die Kriterien für eine rezidivierende Depressive Störung (F33) sind erfüllt, die gegenwärtige Episode entspricht den Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode (F33.1).

F33.2 Gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome:

Die Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung (F33) sind erfüllt, die gegenwärtige Episode entspricht den Kriterien für eine schwere depressive Episode (F31.2).

Bei zusätzlichem Vorkommen von psychotischen Symptomen wie Wahngedanken oder Halluzinationen wird eine gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen kodiert. Zusätzlich kann an der fünften Stelle das Vorkommen somatischer Symptome bezeichnet werden.

Das Hauptmerkmal der Major Depression nach DSM-IV ist ein klinischer Verlauf mit einer oder mehreren Episoden einer Major Depression ohne manische, gemischte oder hypomane Episoden in der Vorgeschichte. Das DSM-IV unterscheidet in einzelne Episoden und eine rezidivierende Major Depression.

Folgende diagnostische Kriterien des DSM-IV bestimmen eine Major Depression, Einzelne Episode:

- A. Vorhandensein einer einzelnen Episode einer Major Depression
- B. Die Episode einer Major Depression kann nicht durch eine schizoaffektive Störung besser erklärt werden und überlagert nicht eine Schizophrenie, schizophreniforme Störung, wahnhafte Störung oder psychotische Störung.
- C. In der Anamnese gab es niemals eine manische Episode, eine gemischte Episode oder eine hypomane Episode.

Folgende diagnostische Kriterien des DSM-IV bestimmen eine rezidivierende Major Depression:

- A. Vorhandensein von zwei oder mehreren Episoden einer Major Depression (Episoden werden als getrennt gewertet, wenn in einem mindestens zweimonatigen Intervall die Kriterien für eine Episode einer Major Depression nicht erfüllt sind.)
- B. Die Episoden einer Major Depression können nicht durch eine schizoaffektive Störung besser erklärt werden und überlagern nicht eine Schizophrenie, schizophreniforme Störung, wahnhafte Störung oder psychotische Störung.
- C. In der Anamnese gab es niemals eine manische Episode, eine gemischte Episode oder eine hypomane Episode. (Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn alle einer manischen, gemischten oder hypomanen Episode ähnlichen Symptombilder substanz- oder behandlungsinduziert oder die direkte Folge eines medizinischen Krankheitsfaktors waren.)

3.2.3 Dysthyme Störungen

Das Hauptmerkmal der Dysthymia ist eine langandauernde, depressive Verstimmung, die für die meiste Zeit des Tages an mehr als der Hälfte der Tage besteht. Zeitliches Kriterium ist ein Minimum von zwei Jahren im DSM-IV, während die ICD-10 keinen konkreten Mindestzeitraum benennt sondern durch den Terminus „langandauernd“ mehrere Monate oder Jahre, manchmal eine lebenslange Symptomatik, umschreibt. Die Verteilung zwischen den einzelnen Episoden leichter Depressionen und dazwischenliegenden Perioden vergleichsweise Normalität ist sehr unterschiedlich. Oft bestehen zusammenhängende Perioden von Tagen oder Wochen, in denen ein gutes Befinden besteht; meistens, oft monatelang, beschreiben Betroffene jedoch Müdigkeit und depressive Verstimmung, Gefühle von Anstrengung und fehlende Genussfähigkeit. Weitere Symptome sind erhöhte

ANGST- UND DEPRESSIVE STÖRUNGEN

Grübelneigung, Schlafstörungen und schwaches Selbstwertgefühl; Betroffene sind jedoch in der Regel fähig, die wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens zu erfüllen.

Die ICD-10 erstellt folgende Kriterien für eine Dysthymia (F34.1):

Die betroffene Person leidet unter chronisch depressiver Verstimmung, die jedoch niemals oder nur selten ausgeprägt genug ist, um die Beschreibungen und Leitlinien einer rezidivierenden leichten oder mittelgradigen depressiven Störung (F33.0 oder F33.1) zu erfüllen, wobei die Einschränkung gemacht wird, dass bei Anamnese und insbesondere bei Beginn der Störung die Beschreibungen und Leitlinien der leichten depressiven Episode erfüllt gewesen sein können.

Weitere Merkmale sind:

1. Die Störung beginnt gewöhnlich früh im Erwachsenenalter, bei mindestens mehrjähriger, manchmal lebenslanger Dauer.
3. Bei Beginn im höheren Lebensalter tritt die Störung häufig nach einer abgrenzbaren depressiven Episode (F32), nach einem Trauerfall oder einer anderen offensichtlichen Belastung auf.
5. Die Symptome sind nicht besser erklärbar durch eine ängstliche, nicht andauernde Depression (F41.2), eine Trauerreaktion unter zwei Jahren (F43.21, längere depressive Reaktion) oder ein schizophreses Residuum (F20.5).

Das DSM-IV erstellt folgende diagnostische Kriterien für eine Dysthymia:

- A. Depressive Verstimmung, welche die meiste Zeit des Tages an mehr als der Hälfte aller Tage, entweder vom Patienten berichtet oder von anderen beobachtet, über einen mindestens zweijährigen Zeitraum andauert
- B. Während der depressiven Verstimmung bestehen mindestens zwei der folgenden Symptome:
 1. Appetitlosigkeit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen
 2. Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis
 3. Energiemangel oder Erschöpfung
 4. Geringes Selbstwertgefühl
 5. Konzentrationsstörungen oder Entscheidungserschweren
 6. Gefühl der Hoffnungslosigkeit
- C. In der betreffenden Zweijahres-Periode gab es keinen Zeitraum von mehr als zwei

Monaten ohne Symptome wie unter A und B beschrieben.

- D. In den ersten zwei Jahren der Störung bestand keine Episode einer Major Depression, d.h. das Störungsbild kann nicht besser durch eine chronische oder teilremittierte Major Depression erklärt werden (vor der Entwicklung der Dysthymia kann eine Episode einer Major Depression aufgetreten sein, vorausgesetzt, dass eine vollständige Remission erfolgt ist, d.h. für mindestens zwei Monate keine bedeutsamen Anzeichen oder Symptome mehr vorhanden waren. Nach den ersten zwei Jahren einer Dysthymia können Episoden einer Major Depression diese überlagern. In solchen Fällen können beide Diagnosen gestellt werden, wenn die Kriterien für eine Episode einer Major Depression erfüllt sind).
- E. Zu keinem Zeitpunkt ist eine manische Episode, eine gemischte Episode oder eine hypomane Episode aufgetreten und die Kriterien für eine zylothyme Störung waren niemals erfüllt.
- F. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer chronischen psychotischen Störung wie Schizophrenie oder wahnhafte Störung auf.
- G. Die Symptome gehen nicht auf die direkte Wirkung einer Substanz, z.B. Droge oder Medikament, oder einen medizinischen Krankheitsfaktor zurück.
- H. Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Sofern bei chronisch depressiver Symptomatik in den ersten zwei Jahren eine Episode einer Major Depression bestand, wird nach dem DSM-IV die Diagnose einer Major Depression gestellt, die beim Vorliegen vollständiger Symptomatik als „chronisch“ und bei aktuell nicht erfüllten Kriterien für eine Episode einer Major Depression als „teilremittiert“ subtypisiert wird. Wenn nach Ablauf des ersten Zweijahreszeitraums einer Dysthymia eine Episode einer Major Depression auftritt, können beide Störungen als „Double Depression“ diagnostiziert werden. Sobald die depressive Symptomatik auf das Niveau einer Dysthymia zurückkehrt, d.h. die Kriterien für eine Episode einer Major Depression nicht mehr erfüllt sind, die dysthymen Symptome jedoch weiterhin bestehen, wird nur noch die Diagnose einer Dysthymia vergeben. Oftmals sind dysthyme Symptome so sehr zu einem Teil des alltäglichen Erlebens geworden, dass die oft erst auf direktes Befragen hin berichtet werden.

3.2.4 Andere affektive Störungen

Die ICD-10 beschreibt *Andere Anhaltende Affektive Störungen* als eine klinisch bedeutsame Restkategorie für anhaltende affektive Störungen, die nicht ausreichend schwer sind oder lange genug dauern, um die Kriterien für Zykllothymia oder Dysthymia zu erfüllen und schließt einige Formen der Depression, die früher als „neurotisch“ bezeichnet wurden, ein, sofern diese nicht die Kriterien der Zykllothymia, Dysthymia oder der leichten bzw. mittelgradigen depressiven Episode erfüllen.

Die Kategorie *Nicht Näher Bezeichnete Depressive Störungen* beschreibt im DSM-IV alle Störungen mit depressiver Symptomatik, die nicht die Kriterien einer Major Depression, dysthymen Störung, Anpassungsstörung mit gemischter Angst- und depressiver Stimmung erfüllen. Manchmal können depressive Symptome im Rahmen einer nicht näher Bezeichneten Angststörung auftreten.

3.3 Prävalenz in der hausärztlichen Praxis

Angst- und depressive Störungen spielen im primärmedizinischen Sektor eine herausragende quantitative Rolle (Üstün und Sartorius, 1995). Nach einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in 15 Zentren aus 15 Ländern über das Vorkommen psychischer Störungen nach den diagnostischen Kriterien ICD-10 in der Ordination von Allgemeinärzten, findet man in deutschen Allgemeinarztpraxen 1,6% akute Agoraphobien, 1,3% akute Panikstörungen und 8,5% generalisierte Angststörungen (Linden et al., 1996). Zum Zeitpunkt ihres Kontakts in Arztpraxen wiesen 11,7% aller Allgemeinarztpatienten an depressiven Störungen auf. Insgesamt litten nach den Daten der Studie weltweit etwa ein Viertel der Patienten in Allgemeinarztpraxen allgemein unter psychischen Störungen. Rund 60% aller Patienten, die wegen psychischer Probleme den Hausarzt aufsuchen, haben mehr als eine psychische Störung (zumeist Angst und Depression). Die Studie ergab die in Tabelle 3.1 dargestellten prozentualen Häufigkeiten von Angst- und depressiven Störungen.

ANGST- UND DEPRESSIVE STÖRUNGEN

Tabelle 3.1: Prävalenz Angst- und depressiver Störungen in Allgemeinarztpraxen

Angststörung	Weltweit (15 Zentren) %	Europa (ohne BRD) %	BRD (Berlin, Mainz) %
Agoraphobie, akut	1,5	2,4	1,6
Panikstörung, akut	1,1	2,0	1,3
Generalisierte Angststörung	7,9	8,5	8,5
Depression	10,4	12,7	8,6
Dysthymie	2,1	2,5	0,7

Die bundesweite, repräsentative epidemiologische Studie „Generalisierte Angst und Depression in der Primärärztlichen Versorgung“ (GAD-P) an über 20.000 Patienten in 558 Arztpraxen fand anhand des DSM-IV Kriterien bei einer Stichtagsprävalenz von 5,4% für generalisierte Angststörungen sowie 6,0% für Major Depression, dass nahezu jeder fünfte Patient unter einer klinisch bedeutsamen Depression oder Angsterkrankung litt (Wittchen et al., 2001). Die Autoren weisen darauf hin, dass die tatsächliche Prävalenz beider Krankheitsbilder vermutlich deutlich höher liegt, da der bei epidemiologischen Studien zumeist angewandte rigide Querschnittsansatz mit seinen diagnostischen Kriterien bei chronischen Krankheitsbildern mit relativen Fluktuationen der Symptomschwere in der Regel diejenigen Personen unberücksichtigt lässt, bei denen bereits teilweise Remissionen stattgefunden haben, welche das volle Krankheitsbild vor wenigen Wochen hatten, oder welche sich im Frühstadium einer neuen Krankheitsepisode befinden, die noch nicht den diagnostischen Schwellenwert erreicht. Würde man ebenfalls weitere Störungen aus dem depressiven und Angststörungsspektrum unter Berücksichtigung verschiedener diagnostischer Termini berücksichtigen, käme man in Übereinstimmung mit der repräsentativen, epidemiologischen Studie „Depression 2000“ (Wittchen, 2000) in 412 Allgemeinarztpraxen an 15.081 Patienten auf fast doppelt so hohe Querschnittsprävalenzen von 10,9% nach ICD-10 Kriterien.

4. KOMORBIDITÄT VON ANGST- UND/ODER DEPRESSIVEN STÖRUNGEN BEI PROBLEMATISCHEM ALKOHOLKONSUM/ALKOHOLBEZOGENEN STÖRUNGEN

4.1 Prävalenz

Angst- und affektive Störungen stellen die häufigsten Erkrankungen der Axe I Komorbidität bei alkoholbezogenen Störungen dar (Kessler et al., 1997; Regier et al., 1990). Die Prävalenz dieser Komorbidität ist anhand von Allgemeinbevölkerungs- und klinischen Studien gut etabliert und soll im Folgenden näher beleuchtet werden. Es zeigt sich hierbei ein breites Spektrum an Befunden. Diese Disparität kann zurückzuführen sein auf unterschiedliche Populationsbereiche, aus denen Stichproben erhoben wurden: Allgemeinbevölkerung oder Patientenpopulationen in Behandlungssettings. Zusätzlich stammen Daten aus Behandlungseinrichtungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten (allgemein psychiatrisch oder substanzbezogen). Bedingt durch die Wahl des Untersuchungssettings findet sich eine deutliche Varianz sowohl bezüglich der Prävalenz der einzelnen Störungen als auch der jeweiligen Komorbiditätsraten innerhalb der genannten Populationen. Beispielsweise unterscheiden sich die Raten psychischer Störungen, sofern sie bei Patienten in spezifischer Behandlung für substanzbezogene Störungen gemessen werden, deutlich von den Raten substanzbezogener Störungen, welche bei Patienten in allgemeinspsychiatrischen Einrichtungen erfasst werden. Raten aktueller Komorbidität und der Grad der Erhöhung dieser Störungen gegenüber einer Chancenerwartung können statistisch anhand des Odds Ratio (OR) gemessen werden. Hierbei stellen die OR's ein Maß der Assoziation, nicht der Kausalität, dar. Ein OR von höher als 1.0 weist hierbei auf eine positive Assoziation hin. In einigen Studien werden Prävalenzen und der Standardfehler (SE) als Maß der Streuung bzw. Konfidenzintervall für den Mittelwert angegeben.

4.1.1 Allgemeinbevölkerung

In der Allgemeinbevölkerung und anderen nicht-klinischen Stichproben zeigen sich hohe Prävalenzraten von Komorbidität zwischen alkoholbezogenen Störungen und Angst- und affektiven Störungen, deren Assoziation durch mögliche Einflussvariablen wie Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen weitestgehend unbeeinflusst bleibt (Grant und Hartford, 1995; Helzer und Pryzbeck, 1988; Kessler et al., 1996; Regier et al., 1990).

KOMORBIDITÄT VON ANGST- UND/ODER DEPRESSIVEN STÖRUNGEN BEI PROBLEMATISCHEM ALKOHOLKONSUM/ALKOHOLBEZOGENEN STÖRUNGEN

Drei umfangreiche, epidemiologische Erhebungen untersuchten die Prävalenz von komorbiden psychiatrischen Störungen bei Personen mit Substanzmissbrauch, einschließlich alkoholbezogener Störungen, in Stichproben der US-amerikanischen Bevölkerung:

Im Rahmen des longitudinalen Epidemiologic Catchment Area (ECA) Survey (Regier et al., 1990; Regier et al., 1998) wurden zwischen 1980 und 1984 bei 20.291 Befragten die Lebenszeitprävalenzen zu Komorbidität zwischen Angst-/affektiven Störungen und Substanzstörungen in fünf Regionen der USA erhoben. Von denjenigen Befragten mit einer alkoholbezogenen Störung (13.5% der Gesamtstichprobe; SE=0.4) wiesen insgesamt 13.4% (SE=0.9; OR=1.9) eine komorbide affektive Störung und 19.4% (SE =1.0; OR=1.5) eine Angststörung auf. Von denjenigen Befragten mit einer Angststörung (14.6% der Gesamtstichprobe; SE=0.4) wiesen insgesamt 17.9% (SE=0.9; OR=1.5) zusätzlich eine alkoholbezogene Störung auf, während sich bei denjenigen mit einer affektiven Störung (8.3% der Gesamtstichprobe; SE=0.3) bei 21.8% (SE=1.4; OR=1.9) eine Alkoholabhängigkeit oder ein Alkoholmissbrauch fand. Bei Vorliegen einer affektiven Störung ergibt sich aus den Daten eine fast doppelt so hohe Risikowahrscheinlichkeit, an einer alkoholbezogenen Störung zu leiden als für Personen ohne affektive Störung, während diese bei Personen mit einer Angststörung durch den Faktor 1.5 erhöht war. Bei Personen mit einer alkoholbezogenen Störung ergibt sich aus den Daten ein knapp doppeltes Risiko, an einer Angststörung zu leiden als bei Personen ohne alkoholbezogene Störung, während der Faktor für affektive Störungen ebenfalls bei 1.5 liegt.

Nach dem National Comorbidity Survey (NCS) ergaben sich anhand einer zwischen 1990 und 1992 erhobenen Stichprobe mit 8.098 durchgeführten klinisch-diagnostischen Interviews folgende lebenszeitbezogene Komorbiditätsraten: bei Alkoholabhängigen fanden sich unter den hier fokussierten Störungen die höchsten Werte für die generalisierte Angststörung (11.0%; OR=2.8), die Major Depression (32.0%; OR=2.7) und die soziale Phobie (22.7%; OR=2.2). Bei Alkoholmissbrauchern lag die Major Depression (16.6; OR=1.7) am höchsten (Kessler et al., 1994; Kessler et al., 1996). Im Rahmen der 12-Monats-Prävalenzuntersuchung ergaben sich noch höhere Werte (Kessler et al., 1996).

Im Rahmen des National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES) des National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) wurden von 42.862 Personen detaillierte epidemiologische Daten zum Zusammenhang zwischen alkoholbezogenen Störungen und Major Depression erhoben (Grant, 1996; Grant et al., 1994; Grant und

KOMORBIDITÄT VON ANGST- UND/ODER DEPRESSIVEN STÖRUNGEN BEI PROBLEMATISCHEM ALKOHOLKONSUM/ALKOHOLBEZOGENEN STÖRUNGEN

Hartford, 1995). Es fanden sich bei einem Konfidenzintervall von 95% lebenszeitbezogene Prävalenzraten von 40.03% (SE=.95) bei Alkoholabhängigen und Missbrauchern insgesamt, davon 7.5% (SE=.44) bei den Missbrauchern und 32.5% (SE=.90) bei den Abhängigen. Unabhängig vom Zeitfenster war bei denjenigen Probanden mit einer Major Depression das Risiko einer zusätzlichen alkoholbezogenen Störung knapp vier mal so hoch wie bei Personen ohne eine Major Depression (CI=3.65-3.86). Die Assoziation zwischen Alkoholabhängigkeit und Major Depression war hierbei starker als die Assoziation zwischen Alkoholmissbrauch und Major Depression: der Odds Ratio lag bei 1.69 für Alkoholabhängige bzw. 3.82 für Missbraucher.

Die Lebenszeitprävalenzen alkoholbezogener Störungen bei Personen mit Major Depression in der kanadischen Bevölkerung wurde durch das Ontario Health Survey innerhalb der folgenden vier Gruppen erhoben und mit einer Kontrollgruppe ohne psychische Störungen verglichen: 1) Major Depression ohne Angststörungen, 2) eine oder mehr Diagnosen der Angststörungen ohne depressive Störungen, 3) Angst- und depressive Störungen gemischt (Gratzer et al., 2004). In allen drei Evaluationsgruppen mit psychischen Störungen zeigten sich unabhängig vom Geschlecht der Probanden höhere Raten alkoholbezogener Störungen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Weiterhin fand sich ausschließlich bei weiblichen Probanden eine signifikant ($p > .001$) höhere Rate von Alkoholabhängigkeit in der kombinierten Angst- und Depressionsgruppe (18.0%) im Vergleich zur ausschließlichen Angst- (8.4%) oder Depressionsgruppe (10.7%).

In der kanadischen Allgemeinbevölkerungsstudie National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMH&WB) wurde im Jahr 1997 die 12-Monats-Prävalenz alkoholbezogener Störungen bei komorbiden Angst- und affektiven Störungen bei einer Stichprobe von 10.641 Erwachsenen anhand diagnostischer Interviews untersucht (Burns und Teeson, 2002). Es ergaben sich die höchsten Prävalenzen für folgende der hier untersuchten Störungen: Panikstörung (3.5%; SE=.80; OR=3.9; CI=2.3-6.7), Depression (16.8%; SE=2.9; OR=3.4; CI=2.3-5.0), generalisierte Angststörung (7.1%; SE=1.4; 3.3; CI=1.9-5.6), soziale Phobie (3.7%; SE=.09; OR=3.2; CI=1.8-5.8) und Dysthymie (2.8%; SE=.07; OR=3.1; 1.6-5.7).

Das British Psychiatric Morbidity Survey (BPMS) erfasste komorbide Erkrankungen in England und Wales anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von 10.018 Personen zwischen 16 und 64 Jahren (Farrell et al., 2001). Es ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und einer Reihe von Axe I Störungen. Es fand sich bei 9.9% der Alkoholabhängigen eine gemischte Angststörung, bei 5.3% eine

generalisierte Angststörung, bei 7.3% eine depressive Störung, bei 1.0% eine soziale Phobie und bei 2.7% eine Panikstörung. Hierbei wurden keine spezifischen Odds Ratios für die entsprechenden Risikowahrscheinlichkeiten angegeben. Allgemein fand sich bei Alkoholabhängigkeit ein OR von 2.2, an einer psychiatrischen Störung zu erkranken im Vergleich zu nicht abhängigen Probanden.

In der Bundesrepublik Deutschland wurden Daten zur Prävalenz komorbider Erkrankungen bei alkoholbezogenen Störungen bei Erwachsenen anhand folgender Studien untersucht: Im Rahmen der prospektiven Münchener 7-Jahres-follow-up-Studie“ (MFS) aus dem Jahre 1981 an 2.524 Personen waren die häufigsten lebenszeitbezogenen psychischen Störungen die Angststörungen (13.9%), gefolgt von Substanzstörungen (13.5%) und affektiven Störungen (12.9%) (Wittchen et al., 1992). Bei der Mehrzahl der Personen (69.0%) lag lebenszeitlich mindestens eine weitere psychiatrische Erkrankung vor, im Rahmen der 6-Monats-Prävalenz waren dies 32.0% der Personen. Hierbei zeigten sich im Rahmen der lebenszeitbezogenen/6-Monats-Prävalenzen folgende Komorbiditätsraten: 4.7%/2.5% für Angst- und Substanzstörungen, 3.5%/2.5% für affektive und Substanzstörungen, sowie 5.3%/3.8% für affektive und Angst- mit Substanzstörungen.

In der Allgemeinbevölkerungsstudie „Transitions in Alcohol Consumption and Smoking“ (TACOS) einer norddeutschen Region wurde bei 4.075 Personen die Lebenszeitprävalenz komorbider Störungen nicht nur bei Alkoholabhängigkeit und Missbrauch, sondern auch bei Risikokonsum untersucht. Hierbei zeigten sich bei Alkoholabhängigkeit eine Prävalenzrate affektiver Störungen von 22.9% (OR=2.20) und Angststörungen von 27.5% (OR=2.22), bei Missbrauch eine Prävalenz affektiver Störungen von 15.7% (OR=1.35) und Angststörungen von 14.1 (OR=0.92), sowie bei Risikokonsum eine Prävalenz affektiver Störungen von 16.9% (OR=1.52) und Angststörungen von 18.1% (OR=1.28) (Bott et al., 2005; Meyer et al., 2000).

4.1.2 Klinische Studien

Anhand von Daten klinischer Stichproben von Personen in spezialisierter suchtspezifischer oder psychiatrischer Behandlung, zeigen sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung noch höhere Komorbiditätsraten. Dies kann sowohl im sogenannten Berkson's Paradox (dass Personen mit mehr als einer Störung eine erhöhte Chance haben, für eine dieser Störungen behandelt zu werden) (Peritz, 1984) begründet liegen, als auch darin, dass Personen mit Substanzstörungen und einschränkenden Symptomen einer komorbiden Angst- oder affektiven Störung eher geneigt sind, Hilfe aufzusuchen (Hall und Farrell, 1997) (siehe auch

Kapitel 4.3.2). So zeigte sich im Rahmen der NLAES, dass bei Personen mit einer alkoholbezogenen Störung und Komorbidität diese einen signifikanten Prädiktor ($p < .05$) für Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen darstellte, unabhängig von der Stärke alkoholbezogener Problematik oder früherem Hilfesuchverhalten (Grant, 1996). Diese Befunde indizieren, dass selektive Verzerrungen in klinischen Stichproben zu einer Überschätzung der Prävalenz von Komorbidität führen können.

Bei einer lebenszeitbezogenen Betrachtung im klinischen Bereich finden sich komorbide Störungen häufiger als in Bevölkerungsstichproben: Im epidemiologischen Teil der Münchener Follow-up Studie (MFS) wiesen in der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe jeweils 26.4% aller Probanden *nur* Angststörungen bzw. *nur* Depressionen auf. Lebenszeitbezogen zeigte fast jeder zweite Proband eine Komorbidität zwischen Angst und Depression so wie mit Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit auf (Wittchen et al., 1992). Der Vergleich mit der klinischen Untersuchungsgruppe zeigte, dass dort mit fast 80.0% wesentlich höhere Komorbiditätsraten zu finden waren. Isolierte Störungen waren im klinischen Setting mit 9.1% reiner Angststörungen, 13.1% reiner depressiver Störungen und 1% Substanzmissbrauch und –abhängigkeit die Ausnahme. Ein höherer Prozentsatz *reiner* Störungen ergab sich lediglich in der epidemiologischen Gruppe für den Querschnittsbefund, während im klinischen Bereich selbst fast 50% der Probanden komorbid waren.

Nach Daten der deutschen Multicenter Studie Psychiatrischer Komorbidität bei Alkoholabhängigen (MUPCA) an 556 alkoholabhängigen Patienten aus 25 psychiatrischen Behandlungseinrichtungen im Jahre 1999 wurden komorbide Angst- und affektive Störungen zum 6-Monats Zeitpunkt erhoben. Angststörungen zeigten sich insgesamt bei 42.3% aller Probanden (Schneider et al., 2001). Hiervon traten generalisierte Angststörungen in 12.9% der Fälle auf, Agoraphobien bei 13.1%, soziale Phobien bei 13.7%, Panikstörungen bei 5.2%, und spezifische Phobien bei 18.5%. Affektive Störungen zeigten sich insgesamt bei 24.3% aller Probanden, davon Major Depression bei 14.4%, und Dysthymie bei 8.8%.

Im Rahmen der Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (COGA) wurden drei affektive und vier Angststörungen nach DSM-III-R von 2713 alkoholabhängigen Patienten in alkoholspezifischer stationärer oder Rehabilitationsbehandlung und ihrer alkoholabhängigen Angehörigen, sowie von 919 Kontrollprobanden in den USA erhoben (Schuckit et al., 1997). Die Ergebnisse zeigen signifikant höhere Raten unabhängiger Angststörungen bei alkoholabhängigen Patienten (9.4%) im Vergleich zur Kontrollgruppe (3.7%). Hierbei waren die prävalentesten komorbiden Störungen die Panikstörungen (4.2% vs. 1.0%) und sozialen

KOMORBIDITÄT VON ANGST- UND/ODER DEPRESSIVEN STÖRUNGEN BEI PROBLEMATISCHEM ALKOHOLKONSUM/ALKOHOLBEZOGENEN STÖRUNGEN

Phobien (3.2% vs. 1.4%). Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Alkoholabhängigen und der Kontrollgruppe in Bezug auf Agoraphobie gefunden.

Miller et al. (1996) fanden mittels des Comprehensive Assessment and Treatment Outcome Research (CATOR) bei 6.248 alkoholabhängigen Patienten aus 38 stationären und 19 ambulanten Therapieprogrammen verschiedener abstinentzbasierter 12-Step-Therapieeinrichtungen in den USA eine lebenszeitliche Prävalenz der Major Depression von 43.7% und für subklinische Depression eine Rate von 9.6%.

Als Fazit finden sich in der Tabelle 4.1 die jeweiligen Komorbiditätsraten für Allgemeinbevölkerungs- und klinische Stichproben.

Tabelle 4.1: Komorbiditätsraten von Angst- und affektiven Störungen bei problematischem Alkoholkonsum in der Allgemeinbevölkerung und klinischen Stichproben

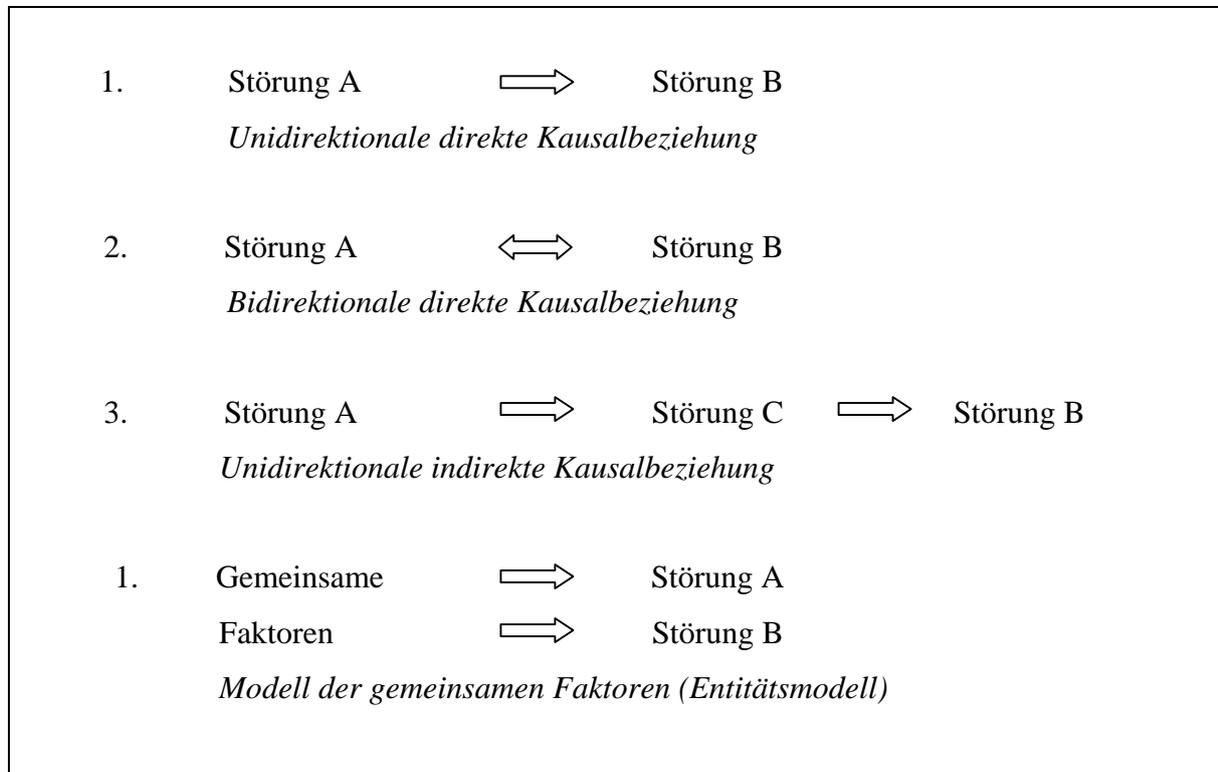
Angst-/ depressive Störungen	Raten der Komorbidität mit alkoholbezogenen Störungen	
	Allgemeinbevölkerung	Klinische Stichproben
	%	%
Angststörungen	1.0 – 27.5	9.4 – 65.5
Depressive Störungen	2.8 – 40.03	9.6 – 33.3

4.2 Störungsmodelle

Störungsmodelle zur Komorbidität sind Konzepte, die beschreiben *ob* und *wie* eine Störung A mit einer anderen Störung B in Beziehung steht. Ein kausaler Zusammenhang zwischen alkoholbezogenen Störungen und komorbiden psychiatrischen Erkrankungen im Sinne von Ursache und Wirkung konnte bislang nicht eindeutig geklärt werden, vor allem was die Fragestellung nach der Progression von einer Erkrankung zur anderen betrifft. Es werden in der Fachliteratur allgemein vier Formen eines möglichen Zusammenhanges diskutiert (Abbildung 3.1): eine kausale Beziehung, bei der eine Störung direkt eine andere Störung bedingt (unidirektional direkt), 2. eine kausale Beziehung, bei der beide Störungen sich gegenseitig bedingen und aufrechterhalten (bidirektional direkt) 3. eine Beziehung gemeinsamer kausaler Faktoren, die sich indirekt bedingen (unidirektional indirekt) und 4. ein Entitätsmodell, bei dem beiden Störungen gemeinsame kausale Faktoren zugrunde liegen (Abbildung 4.1).

KOMORBIDITÄT VON ANGST- UND/ODER DEPRESSIVEN STÖRUNGEN BEI PROBLEMATISCHEM ALKOHOLKONSUM/ALKOHOLBEZOGENEN STÖRUNGEN

Abbildung 4.1: Störungsmodelle bei Komorbidität/Doppeldiagnosen (nach Moggi und Donati, 2004)



4.2.1 Angst- und alkoholbezogene Störungen

Bei der kausalen Entwicklung von Angst- oder alkoholbezogenen Störungen durch die jeweilige andere Störung werden folgende Formen diskutiert: Der Alkoholkonsum verringert kurzfristig Belastungs- und Angstzustände sowie Angstsymptome (*Stress-/Angstreduktions-Hypothese*) und wirkt sich dadurch aufgrund positiver Erwartungen an die Substanz (Erwartungsbildung) negativ verstärkend auf den Alkoholkonsum aus. Dies kann zu anhaltendem, verstärkten Alkoholkonsum führen (*Selbstmedikationshypothese*). Anhaltender und übermäßiger Alkoholkonsum kann jedoch seinerseits in direkter Weise zum Auftreten neuer Angstzustände beitragen (*Angstinduktionshypothese*) oder bestehende Angstsymptome verstärken. Langfristig betrachtet kann sich daraus einerseits eine *sekundäre alkoholbezogene Störung* entwickeln und manifestieren, während andererseits bestehende Angstsymptome und -störungen aufgrund subjektiver Bekämpfung durch weiteren verstärkten Alkoholkonsum aufrechterhalten werden können. Intoxikation von Alkohol oder Alkoholentzug können zudem vorübergehend Angstsymptome auslösen, die gemeinhin nach zwei bis vier Wochen abklingen (*substanzinduzierte Angst*). Dieses Modell der gegenseitigen Bedingung und

Verstärkung unterschiedlicher Faktoren kann als komplexer Teufelskreis beschrieben werden (Moggi, 2002).

4.2.2 Affektive und alkoholbezogene Störungen

Die Ergebnisse zur Ätiologie affektiver mit alkoholbezogenen Störungen sind weniger deutlich. Unterschiedliche Befunde legen vielfältige und komplexe Wirkzusammenhänge nahe. Das Risiko für die Entwicklung einer sekundären alkoholbezogenen Störung kann durch subklinische Befunde einer Depression erhöht sein. Akute Alkoholintoxikation oder anhaltender missbräuchlicher Konsum können in direkter Weise depressive Verstimmungen erwirken, die in der Regel nach zwei bis vier Wochen ohne Behandlung remittieren (*substanziinduzierte Depression*). In Form alkoholassoziierter Folgeschäden können biopsychosoziale Veränderungen wie Trennung vom Lebenspartner, Arbeitsplatzverlust oder organische Veränderungen auftreten, die auf indirekte Weise eine Depression begünstigen können (*sekundäre Depression*). Die empirischen Zusammenhänge sind wenig spezifisch und können auch durch andere Komorbiditätsformen hervorgerufen werden. Beispielsweise findet sich eine hohe Komorbidität von Angst- mit depressiven Störungen, so dass sich das substanzgebundene Verhalten möglicherweise aus einem erfolglosen Selbstmedikationsversuch der Angst entwickeln könnte. Der zeitliche Ablauf dieser Komorbiditätsform ist hierbei uneindeutig (Raimo und Schuckit, 1998).

4.3 Verlauf und Outcome alkoholspezifischer Intervention bei Komorbidität

4.3.1 Klinische und Bevölkerungsstudien

Es besteht bislang kein klarer Konsens in Bezug auf Verlauf und Outcome alkoholspezifischer Intervention bei problematischem Alkoholkonsum mit komorbiden Angst- oder depressiven Störungen. Eine Reihe klinischer Studien dokumentieren schlechtere Therapieprognosen bei komorbider Depression, einschließlich geringerer Abstinenzraten, höherer Rückfall-Vulnerabilität, und höherer Raten vorzeitigen Therapieabbruchs (Driessen et al., 2001; Glenn und Parsons, 1991; Greenfield et al., 1998; Hasin et al., 1996; Kushner et al., 2000; Loosen et al., 1990; Miller, 1991; Ojehagen et al., 1991; Rounsaville et al., 1987; Strowing, 2000; Willinger et al., 2002). Es zeigt sich sowohl im klinischen Bereich anhand einer Untersuchung von Ross et al. (1988) in einer Spezialklinik für Angst- und affektive Störungen, sowie in der Allgemeinbevölkerung anhand einer Studie von Shumway und Cuffel (1996) eine stärker ausgeprägte Alkoholproblematik bei gleichzeitigen komorbiden Axe I

KOMORBIDITÄT VON ANGST- UND/ODER DEPRESSIVEN STÖRUNGEN BEI PROBLEMATISCHEM ALKOHOLKONSUM/ALKOHOLBEZOGENEN STÖRUNGEN

Störungen im Vergleich zu Nicht-Komorbiden. Evidenz, dass sich die Remission einer gleichzeitigen Major Depression begünstigend auf eine Remission bei Alkoholabhängigkeit auswirken kann, zeigt sich anhand einer 5-Jahres Follow-Up-Studie von Hasin et al. (1996), während Verheul et al. (2000) eine Besserung der psychischen Störung unter Remission der Alkoholabhängigkeit dokumentieren. Kahler et al. (2002) schließen, dass Alkoholabhängige, die eine depressive Symptomatik unabhängig von der Alkoholabhängigkeit erlebt haben, kognitive und Coping-Defizite aufweisen, die sie vulnerabel für eine Alkoholabhängigkeit machen. Erschwerend für die Behandlung von komorbiden Substanzabhängigkeiten können u.a. ein früher Morbiditätsbeginn, ein chronischer Verlauf der Erkrankung oder geringere soziale Stabilität verbunden sein (Kupfer und Carpenter, 1990).

In Bezug auf Veränderungsprognosen des problematischen Alkoholkonsums finden sich sowohl geschlechtsspezifische als auch störungsbezogene Unterschiede bei Komorbidität. Fischer und Goethe (1998) dokumentieren für Männer einen linearen Zusammenhang, bei dem ein höheres Angstniveau ein verstärktes Trinkverhalten bedingt, während bei Frauen eine mittelgradige Depression mit der schwerwiegendsten Alkoholproblematik assoziiert war. Eine 2-Jahres follow-up Studie von Haver (2003) an alkoholabhängigen, weiblichen Probanden in stationärer und ambulanter Suchttherapie dokumentiert verschlechterte Outcomes alkohol-spezifischer Intervention bei komorbider Angststörung, während es für komorbide Depression keinen signifikanten Zusammenhang gab. Eine Studie von Glenn und Parsons, die verschlechterte Therapieprognosen bei komorbiden affektiven Störungen dokumentiert, schloss sowohl männliche als auch weibliche Teilnehmer ein, während diejenigen Studien, die keinen Unterschied im Therapieoutcome dokumentieren, primär oder ausschließlich männliche Probanden einschlossen (Booth et al., 1991; Powell et al., 1992; Sellmann und Joyce, 1996). Eine Meta-Analyse zu depressiver Symptomatik und Alkoholkonsum (Hartka et al., 1991) zeigte, dass eine primäre depressive Symptomatik keinen signifikanten Einfluss auf das Langzeit-Trinkverhalten von Männern hatte, jedoch in stärkerem Zusammenhang zum Trinkverhalten bei Frauen stand. Diese Befunde indizieren, dass Frauen in therapeutischer Behandlung für alkoholbezogene Störungen bei einer komorbiden affektiven Störung ein erhöhtes Risiko für ein verschlechtertes Outcome der Behandlung haben, während das Behandlungoutcome bei Männern weniger stark von einer komorbiden Depression beeinflusst wird.

KOMORBIDITÄT VON ANGST- UND/ODER DEPRESSIVEN STÖRUNGEN BEI PROBLEMATISCHEM ALKOHOLKONSUM/ALKOHOLBEZOGENEN STÖRUNGEN

Andere Studien ergaben keinen Zusammenhang zwischen komorbider Angst- oder depressiver Symptomatik und einer erhöhten Rückfallquote oder verschlechtertem Outcome bei alkoholbezogenen Störungen (Booth et al., 1991; Greenfield et al., 1998; Miller et al., 1996; Powell et al., 1992; Sellmann und Joyce, 1996). In einer Untersuchung an Patienten in stationärer Suchttherapie zeigte sich, dass sich komorbide Patienten trotz signifikant stärkerer Psychopathologie zum Aufnahmezeitpunkt in Hinsicht auf das Therapieoutcome ihrer Substanzstörung zum 6-Monats-Zeitpunkt nicht von Nicht-Komorbiden unterschieden (Charney et al., 2001). Diese Befunde werden von Tsuang et al. (1995) unterstützt, die jedoch substanzbezogene Störungen als eine Gesamtkategorie untersuchten und alkoholbezogene Störungen nicht differenziert betrachteten.

Wiederum andere Studien dokumentieren günstige Faktoren für die Intervention bei Komorbidität. Kranzler et al. (1996) fanden, dass eine komorbide Depression mit einer reduzierten Trinkintensität bei Follow-up drei Jahre nach alkoholspezifischer Behandlung assoziiert war. Tomasson und Vaglum (1996) zeigten anhand einer prospektiven Follow-Up Studie einer repräsentativen klinischen Stichprobe, dass komorbide generalisierte Angststörung und soziale Phobie prädiktiv für Abstinenz nach 28 Monaten waren. Affektive Störungen waren, nachdem ein Einfluss geschlechtsspezifischer Variablen und alkoholassoziierter sozialer Probleme statistisch kontrolliert worden war, prädiktiv für ein günstigeres Outcome in Bezug auf Trinkmengenreduktion und Abstinenz. Lag das Alter des Erstkonsums allerdings bei über 25 Jahren, fand sich eine verschlechterte Prognose gegenüber Nicht-Komorbiden. Rounsaville et al. (1987) fanden ein günstigeres Outcome der Alkoholbehandlung für Frauen mit Major Depression, während die komorbide Erkrankung im Falle männlicher Patienten mit einer Verschlechterung des Outcomes assoziiert war. In einem weiteren Follow-Up derselben Patientenstichprobe nach drei Jahren war eine Lebenszeitdiagnose der Depression mit verringerter Konsumintensität bei Patienten beider Geschlechter assoziiert (Kranzler et al., 1996). Eine Studie von Charney et al. (1998) zeigte nach 3-Monats Follow-Up eine längere Abstinenzdauer und eine stärkere Symptombesserung bei depressiven Patienten. Sowohl Patienten mit primärer als auch Patienten mit substanzinduzierter Depression bei Studienaufnahme verbesserten sich hierbei deutlich in Hinsicht auf Abstinenzdauer und Linderung der depressiven Symptomatik, Konsumreduktion oder Abstinenz.

4.3.2 Inanspruchnahme von Hilfen

Besonders vor dem Hintergrund der diskutierten Befunde zur ungenügenden Erreichbarkeit von Personen mit problematischem Alkoholkonsum durch das bestehende Suchthilfesystem (siehe Kapitel 2.2) kann als therapiebegünstigend bei komorbiden Personen im Vergleich zu Nicht-Komorbiden ein erhöhtes Inanspruchnahmeverhalten fachlicher Hilfen bzw. eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Behandlungsaufnahme betrachtet werden (Kessler et al., 1996; Lynskey, 1998; Regier et al., 1990; Regier et al., 1993; Tomasson und Vaglum, 1995). Hierzu beitragen könnte eine erhöhte Psychopathologie mit erhöhtem Leidensdruck aufgrund der zusätzlichen komorbiden Erkrankung oder eine stärkere subjektive Wahrnehmung negativer Konsequenzen des Alkoholkonsums (Charney et al., 1998; Mojtabai et al., 2002; Wu et al., 1999).

Mojtabai et al. (2002) fanden hierbei, dass sich eine komorbide Substanzabhängigkeit bei Angst- und affektiven Störungen unterschiedlich auf die Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen auswirkte. So nahmen Patienten mit komorbiden affektiven und Substanzstörungen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit Hilfen in Anspruch als Patienten mit nicht-komorbiden affektiven Störungen, während für Probanden mit komorbiden Angst- und Substanzstörungen eine geringere Wahrscheinlichkeit zur Inanspruchnahme von Hilfen bestand als für Patienten mit nicht-komorbiden Angststörungen. Allerdings wurden in dieser Studie Substanzabhängigkeiten allgemein (einschließlich Alkoholabhängigkeit) untersucht und alkoholbezogene Störungen nicht explizit differenziert.

Nach Befunden von Bischof et al. (2005) aus einer repräsentativen Bevölkerungsstudie Norddeutschlands stand Komorbidität nicht in direktem Zusammenhang zu der Inanspruchnahme alkoholspezifischer Hilfen. Allerdings war die Definition für Inanspruchnahme auf alkoholspezifische Hilfen beschränkt, während die Inanspruchnahme von spezifischen Hilfen für psychische Störungen in dieser Studie nicht untersucht wurde. Da sich die Raten einer Remissionen der Alkoholabhängigkeit ohne formelle Hilfen nicht zwischen Komorbiden und Nicht-Komorbiden unterschieden, schließen die Autoren, dass eine negative Outcomeprognose für komorbide Patienten vom epidemiologischen Gesichtspunkt her nicht gerechtfertigt zu sein scheint.

Befunde von Mojtabai et al. (2002) indizieren, dass sich bei Komorbidität die erhöhte Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfen vermehrt auf die komorbide Störung und weniger auf die substanzbezogene Problematik bezieht. Weiterhin zeigen sich auch im Inanspruchnahmeverhalten geschlechtsspezifische Unterschiede. Während die Daten des NCS

hinsichtlich der Inanspruchnahme von Hilfen bei alkoholbezogenen Störungen in Bezug auf das Geschlecht im Allgemeinen keinen Unterschied ergeben, fand sich jedoch innerhalb der komorbiden Gruppe eine höhere Inanspruchnahme bei Frauen im Vergleich zu Männern (Wu et al., 1999). Hierbei war jedoch weniger die Art der Komorbidität ausschlaggebend als vielmehr das Vorliegen von mehr als einer Störung im Allgemeinen: es fanden sich keine Unterschiede in der Inanspruchnahmebereitschaft zwischen Frauen mit einer alkoholbezogenen Störung und einer komorbiden Axe I Störung und Frauen ohne Substanzstörung mit jedoch mindestens zwei nicht-alkoholbezogenen Axe I Störungen.

Im Rahmen der ECA Studie fanden Helzer und Pryzbeck (1988), dass weibliche Alkoholabhängige unabhängig von der Stärke der Alkoholproblematik oder anderer komorbider Erkrankungen im Allgemeinen signifikant häufiger Therapieeinrichtungen aufsuchten als Männer. Dabei fand sich jedoch innerhalb der komorbiden Gruppe unabhängig von der Stärke der Alkoholproblematik eine erhöhte Inanspruchnahme bei beiden Geschlechtern.

4.3.3 Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion

Die Bereitschaft Komorbider zur Trinkmengenreduktion fand sich in klinischen Stichproben mit stationärer Suchttherapie im Vergleich zu Nicht-Komorbiden erhöht (Shumway und Cuffel, 1996). Auf der Grundlage des TTM wurde die Motivation zur Trinkmengenreduktion bislang an einer Stichprobe ambulant betreuter Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und Angst- und depressiver Symptomatik gemessen (Velasquez et al., 1999). Hierbei wurde jedoch keine standardisierte Komorbiditätsdiagnostik eingesetzt. Es fand sich eine positive Korrelation zwischen der Schwere der psychiatrischen Symptomatik und dem Stadium der Aufrechterhaltung sowie eine stärkere Gewichtung der negativen Aspekte des Konsums bei Komorbiden, jedoch auch ein erhöhtes Verlangen nach Alkohol in unterschiedlichen Situationen.

Zusammengefasst betrachtet ergeben sich heterogene Befunde hinsichtlich eines Zusammenhangs zwischen Angst- und affektiven Störungen und Verlauf und Prognose alkoholspezifischer Behandlung. Inkonsistenzen der Studienbefunde werden in Hinsicht auf methodische Differenzen wie mangelnde Differenzierung zwischen primärer und substanzinduzierter Störung oder Aktual- oder Lebenszeitdiagnose, Einschluss ausschließlich männlicher Stichproben, unterschiedliche Therapieprogramme oder Spezialisierungen der

KOMORBIDITÄT VON ANGST- UND/ODER DEPRESSIVEN STÖRUNGEN BEI PROBLEMATISCHEM ALKOHOLKONSUM/ALKOHOLBEZOGENEN STÖRUNGEN

therapeutischen Einrichtungen mit Vernachlässigung der Behandlung komorbider Störungen diskutiert (Charney et al., 2001; Hall und Farrell, 1997). Aufgrund von Studienbefunden (Charney, et al., 2001), nach denen Patienten mit einer depressiven Störung und gleichzeitiger Substanzabhängigkeit nicht einfach von einer intensivierten psychiatrischen oder suchtspezifischen Intervention alleine profitierten, sprechen sich die Autoren für eine stärkere Integrierung von sowohl psychiatrischen als auch suchtspezifischen Interventionselementen aus. Weiterhin raten die Autoren eine verstärkte Aufmerksamkeit und Schulung von Personal in einfach zugänglichen Behandlungseinrichtungen wie der medizinischen Basisversorgung an, um hoch prävalente komorbide Erkrankungen wie Angst- und affektive Störungen sowie alkoholbezogene Störungen frühzeitig zu erkennen und kosteneffektiv zu intervenieren.

5. ZIELE DER STUDIE

5.1 Synopsis der bisherigen Befunde

Das bestehende Suchthilfesystem erreicht nur einen geringen Teil der Personen mit alkoholbezogenen Störungen. Vor allem Personen mit einer geringen Bereitschaft zur Verhaltensänderung sowie Risikokonsumenten oder Binge Drinker werden nicht ausreichend erfasst. Einrichtungen der medizinischen Basisversorgung, wie beispielsweise Hausarztpraxen, bieten hierbei vielversprechende Zugangswege für pro-aktive Interventionen. Interventionsformen mit einem geringen zeitlichen Aufwand und dem Fokus auf der Erhöhung der individuellen Bereitschaft zur Verhaltensänderung bieten sich an. Aufgrund von häufig gleichzeitig bestehenden depressiven und/oder Angststörungen bei problematischem Alkoholkonsum ist es sinnvoll, eine mögliche Interaktion zwischen der Effizienz entsprechender Interventionen und diesen komorbiden Störungen zu prüfen.

Bislang liegen unterschiedliche Befunde zur Effizienz von Interventionen zur Trinkmengenreduktion bei Betroffenen mit komorbiden Störungen vor. Eine Übertragbarkeit dieser Befunde auf Frühinterventionsmaßnahmen ist aus folgenden Gründen nicht möglich: 1. Bisherige Daten liegen vorwiegend aus dem klinischen Bereich vor. Dies impliziert reaktive Rekrutierungsmethoden mit einer zu erwartenden Überrepräsentation höher motivierten Klientels verglichen mit pro-aktiv rekrutierten Stichproben. Weiterhin liegen selektive Verzerrungen auch im Hinblick auf weitere Merkmale vor. Dazu gehören die jeweiligen Ausprägungen der Alkoholproblematik sowie der komorbiden Störungen. 2. Bislang wurden primär alkoholabhängige Stichproben untersucht. Eine Übertragbarkeit derartiger Befunde auf Risikokonsumenten und Missbraucher ist unklar. Es ist das Fazit zu ziehen, dass bislang keine Befunde zum Einfluss komorbider Störungen auf die Wirksamkeit alkoholbezogener Kurzinterventionen vorliegen.

5.2 Fragestellung und Hypothesen

Im Rahmen dieser Arbeit soll die Effektivität alkoholbezogener Kurzinterventionen bei Hausarztpatienten mit komorbiden Angst- und/oder depressiven Störungen geprüft werden. Hierbei wird die Bereitschaft zur Verhaltensänderung anhand von Variablen des TTM im Datenquerschnitt, sowie die Effektivität alkoholbezogener Kurzinterventionen anhand von Trinkmengenreduktion mittels der Längsschnittsdaten untersucht. Als allgemeine Fragestellung wird formuliert: Unterscheiden sich komorbide Probanden von Nicht-Komorbiden in

ZIELE DER STUDIE

Hinsicht auf die Outcome Maße a) Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion und assoziierte Variablen und b) Trinkmengenreduktion?

Es werden folgende Hypothesen aufgestellt:

a) Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion

H₀: Komorbide Patienten unterscheiden sich hinsichtlich Variablen der Änderungsbereitschaft nicht von Patienten ohne komorbide Störung.

H₁: Bei komorbiden Patienten ergibt sich eine höhere Bereitschaft zur Verhaltensänderung im Vergleich zu nicht-komorbiden Probanden.

b) Trinkmengenreduktion

H₀: Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied in der Trinkmengenreduktion nach Intervention zwischen komorbiden und nicht-komorbiden Probanden.

H₁: Komorbide Patienten unterscheiden sich nach Intervention hinsichtlich der Trinkmengenreduktion signifikant von Nicht-Komorbiden.

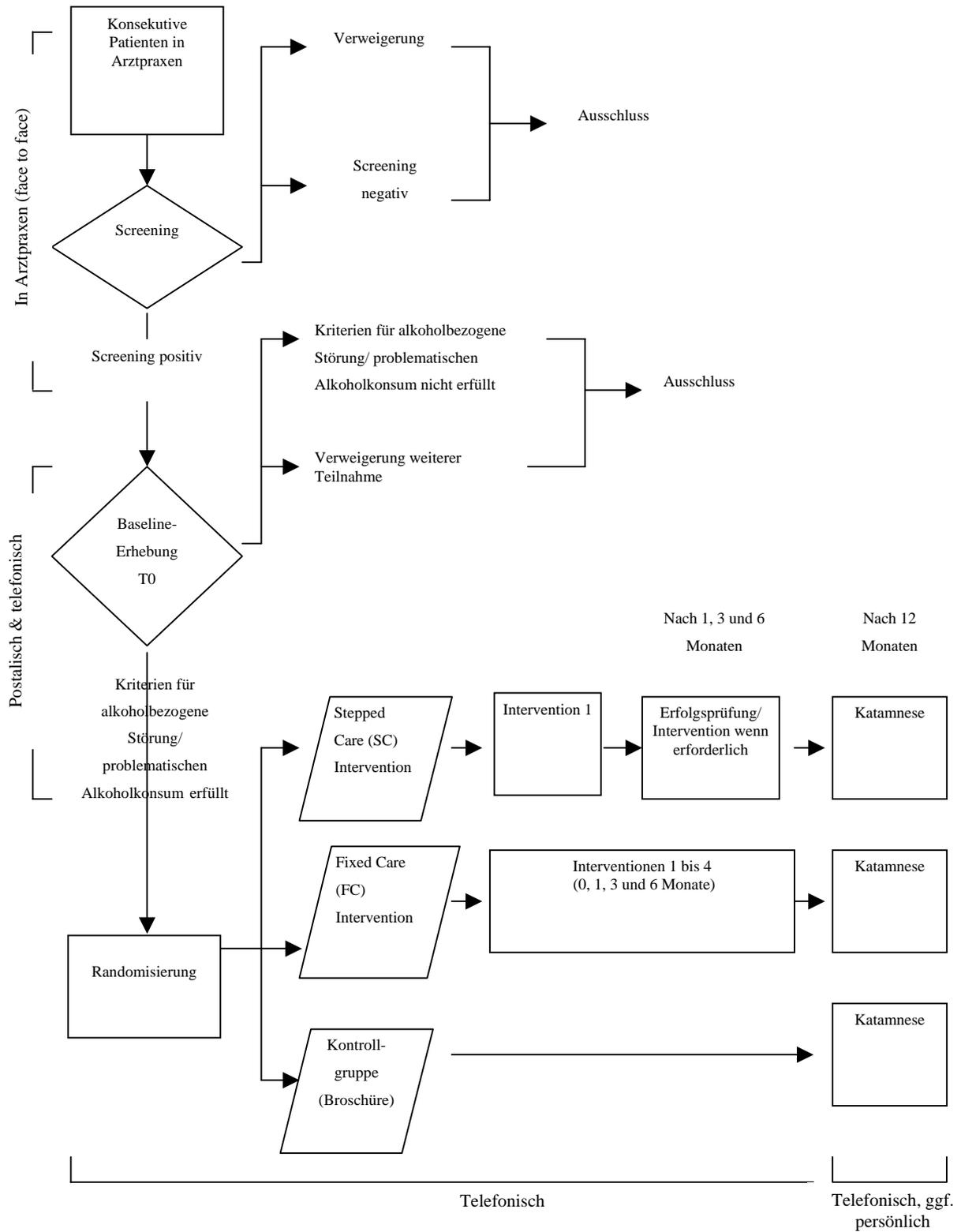
6. METHODIK

Datengrundlage bildet die Studie „Stepped Interventions for Problem Drinkers“ (SIP; Rumpf et al., 2003). Untersuchungsschwerpunkte stellen die Effektivitäts- und Effizienzprüfung eines gestuften („Stepped Care“) Beratungsansatzes dar, bei welchem Kurzinterventionen in Abhängigkeit vom Erfolg der jeweils vorangegangenen Intervention mit einem standardisierten Vorgehen, d.h. einer festgelegten Anzahl an Interventionen („Fixed Care“), verglichen werden (Bischof et al., submitted). Konzeptionelle Interventionsgrundlage bilden das TTM und die Motivierende Gesprächsführung/Behaviour Change Counseling. Der Antrag wurde unter Prüfung von berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten durch die Ethikkommission der Universität zu Lübeck (Aktenzeichen 01-073) am 31.07.2001 genehmigt.

6.1 Design

Es handelt sich um eine randomisierte Kontrollgruppenstudie mit zwei Interventionsgruppen und einer unbehandelten Kontrollgruppe sowie einer Katamnese nach 12 Monaten (Abbildung 6.1).

Abbildung 6.1: Design der Studie SIP



1. Stepped Care (SC) Interventionsbedingung:

- a. Gestufter Ansatz von maximal drei 30- bis maximal 45-minütigen telefonischen Beratungen im Abstand von 1, 3 und 6 Monaten nach der Baseline-Erhebung
- b. Abbruch der Beratungen, wenn seit der letzten Beratung eine Reduktion der Trinkmengen auf risikoarm definierte Trinkmengen erfolgt (Abbildung 6.2)
- c. Als erste Intervention individualisierte schriftliche Rückmeldung und stadienbezogenes Selbsthilfemanual

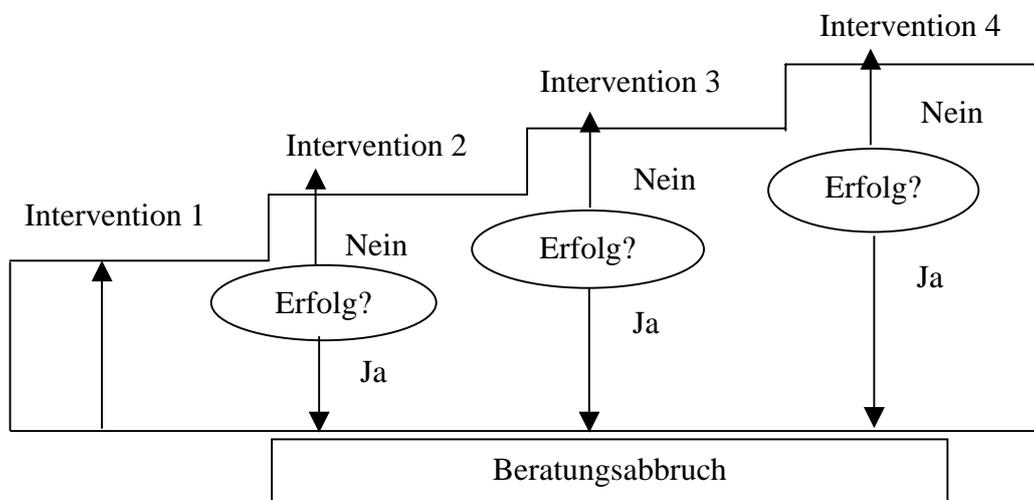
1. Fixed Care (FC) Interventionsbedingung:

- a. Festgelegte Anzahl von vier 30-minütigen telefonischen Beratungen im Anschluss an die Baseline-Erhebung sowie im Abstand von 1, 3 und 6 Monaten nach Baseline, entsprechend dem maximal möglichen Aufwand in der SC-Interventionsbedingung
- b. Individualisierte schriftliche Rückmeldung und stadienbezogenes Selbsthilfemanual

3. Kontrollgruppe (KG):

- a. Zusendung einer Gesundheitsbroschüre der deutschen Krebshilfe mit allgemeinen Informationen zu den Themen Rauchen, Bewegung, Ernährung, Alkohol und Krebsvorsorge
- b. Keinerlei weitere alkoholspezifische Intervention

Abbildung 6.2: Stepped Care (SC) Interventionsbedingung



6.2 Einschlusskriterien

Folgende Einschlusskriterien alkoholbezogener Störungen/problematischen Alkoholkonsums wurden definiert:

1. Diagnose einer aktuell bestehenden Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV Kriterien sowie Alkoholkonsum innerhalb der letzten 4 Wochen oder
2. Diagnose eines aktuell bestehenden Alkoholmissbrauchs nach DSM-IV Kriterien sowie Alkoholkonsum innerhalb der letzten 4 Wochen oder
3. Riskanter Alkoholkonsum nach Kriterien der British Medical Association (1995), definiert als durchschnittlicher täglicher Konsum von >30 Gramm Reinalkohol bei Männern und >20 Gramm Reinalkohol bei Frauen oder
4. Binge Drinking mindestens zweimal während der letzten vier Wochen, definiert in Anlehnung an eine Studie der WHO (Babor, et al., 1992) als Konsum von >80 Gramm Reinalkohol im Rahmen einer Trinkgelegenheit bei Männern und >60 Gramm Reinalkohol bei Frauen.

Zur Diagnose komorbider depressiver und/oder Angststörungen zusätzlich zum problematischen Alkoholkonsum wurden die entsprechenden DSM-IV Kriterien zugrundegelegt (siehe Kapitel 6.5.2).

Folgende Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme wurden definiert:

1. Alkoholspezifische Behandlung innerhalb der letzten 4 Wochen
2. Aktuell bestehende Schwangerschaft
3. Regelmäßiger Drogenkonsum außer Cannabisprodukte
4. Keine telefonische Erreichbarkeit
5. Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, die eine Beratung nicht ermöglichten
6. Starke psychische Erkrankung oder Beeinträchtigung, die eine Beratung nicht ermöglichten

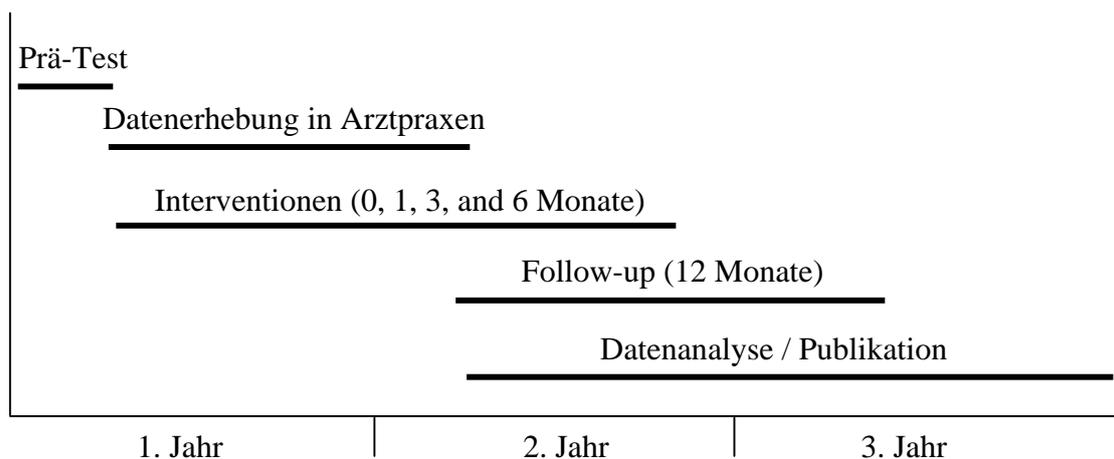
6.3 Poweranalyse, Zeitrahmen und Erhebungszeiträume

Eine Poweranalyse basierend auf Daten von Fleming et al. (1997; 57.8% Unterschied im Alkoholkonsum zwischen Interventions- und Kontrollgruppe) ergab bei einer Stichprobengröße von 114 Patienten pro Gruppe unter Anwendung des 5%-igen, einseitigen Signifikanzniveaus zum Vergleich jeder der beiden Interventions- mit der Kontrollgruppe

eine zu erwartende Power von 80%. Bei Annahme einer Ausfallrate von 25% ergab dies eine Teilnehmerzahl von 150 pro Gruppe. Zur Rekrutierung der notwendigen Gesamtstichprobe von 450 Patienten mit problematischem Alkoholkonsum/alkoholbezogenen Störungen wurden unter Berücksichtigung einer Rekrutierungsrate von 60% und einer Prävalenz von 10% (Hill et al., 1998) ca. 7.500 notwendige Screenings berechnet.

Abbildung 6.3 zeigt den allgemeinen Zeitrahmen der Studie SIP. Im Rahmen eines Prä-Tests wurde der logistische Ablauf, die Praktikabilität der Erhebungsinstrumente und die Akzeptanz der Studie durch das Praxisteam und die Patienten über eine Dauer von fünf Werktagen (02.12.2001 bis 07.12.2001) in vollem Sprechstundenumfang in einer Doppelarztpraxis geprüft. Im Rahmen der Hauptstudie wurde die Datenerhebung in den Praxen über den Zeitraum von Januar 2002 bis März 2003 realisiert.

Abbildung 6.3: Zeitplan der Studie SIP



6.4 Prozedur

6.4.1 Rekrutierung der Arztpraxen

Allgemeine Informationen zu Hintergrund und Zielen der Studie wurden in einer regionalen Ärztezeitschrift veröffentlicht (Rumpf et al., 2001). Zur Erfassung der Grundgesamtheit niedergelassener praktischer Ärzte, Allgemeinärzte und Internisten mit hausärztlicher Funktion in der Kernregion Lübeck, im Großraum Lübeck mit angrenzenden 46 Gemeinden sowie einer ergänzenden Auswahl von fünf Arztpraxen in der Stadt Kiel diente das Handbuch für das Gesundheitswesen Schleswig-Holstein (Hallenbetriebe Neumünster GmbH, 2002). Im Raum Lübeck und Umgebung wurden 241 Arztpraxen ermittelt. Nach Ausschluss von 18

Praxen aufgrund veralteter Angaben (Eingliederungen in andere Praxen, Praxisaufgabe oder Ableben der Ärzte) wurden die verbleibenden 223 Praxen auf postalischem und telefonischem Wege über Ziele und Ablauf der Studie informiert und um Studienteilnahme gebeten. Als Incentive diente eine finanzielle Aufwandsentschädigung von jeweils € 150 pro Praxis. Aufgrund vordefinierter Ausschlusskriterien (Spezial- bzw. Bestellpraxen ohne hausärztliche Funktion; weniger als fünf Patienten pro Tag in der Altersgruppe 18 bis 64 Jahre) wurden 52 Praxen ausgeschlossen. 12 Praxen konnten innerhalb der Erhebungslaufzeit nicht mehr eingeschlossen werden und 78 Praxen verweigerten die Studienteilnahme.

Insgesamt nahmen 81 Praxen aus Lübeck und Umgebung teil (Ausschöpfungsrate: 50,9%). Zur Erreichung der Kieler Teilstichprobe wurden insgesamt 13 Arztpraxen kontaktiert (Ausschöpfungsrate: 31,8%). Drei Arztpraxen im Raum Lübeck zogen ihre Studienteilnahme innerhalb von fünf Tagen nach Beginn der Datenerhebung zurück. Aufgrund einer geringeren Anzahl eingeschlossener Studienteilnehmer als durch die oben beschriebene Poweranalyse vorgesehen, wurde die Datenerhebung in 21 Lübecker Praxen, bei denen sich im ersten Erhebungsdurchlauf eine hohe Ausschöpfung ergeben hatte, im Abstand von zwei Monaten nach der jeweiligen Ersterhebung ein zweites Mal realisiert.

6.4.2 Baseline-Erhebung T0

Zur Minimierung des zeitlichen Aufwands in den Arztpraxen bestand die Baseline-Erhebung aus drei Teilen:

1. Screening in der Praxis
2. Postalischer Fragebogen
3. Telefonische Diagnostik alkoholbezogener Störungen/problematischen Alkoholkonsums, Angst- und/oder depressiver Störungen

Tabelle 6.1 gibt einen Überblick über die einzelnen Erhebungs- und Interventionszeitpunkte sowie die erhobenen Variablen im Rahmen der Baseline-Erhebung T0.

Tabelle 6.1: Erhebungszeiträume und Variablen der Baseline-Erhebung T0

Erhebung	Erhebungszeitpunkt	Ort und Modus der Erhebung	Zielgruppe	Methodische Inhalte
Screening	Fortlaufend	Arztpraxis; persönlicher Kontakt	Patienten 18-64 Jahre mit Konsultation des Arztes	Screening zu alkoholbezogenen Störungen und problematischem Konsum; Screening zu Komorbidität; Teilerhebung zu Änderungsbereitschaft
Baseline-Erhebung T0:	2 Tage nach Screening	Postalischer Fragebogen	Probanden mit positivem Screening-Ergebnis und Einverständnis	Änderungsbereitschaft und assoziierte Variablen des TTM; Trinkmengenverlauf und alkoholbezogene Probleme
	2-4 Tage nach Versand des Fragebogens	Telefonischer Kontakt	zur weiteren Teilnahme	Diagnostik alkoholbezogener Störungen und problematischen Alkoholkonsums; Soziodemographie ¹ ; Inanspruchnahme alkohol-spezifischer Hilfen Diagnostik komorbider Angst- und depressiver Störungen ¹

¹ ausschließlich Patienten, welche die diagnostischen Kriterien für alkoholbezogene Störungen oder problematischen Alkoholkonsum erfüllten

6.4.2.1 Screening in Arztpraxen

Der Erhebungszeitraum pro Praxis betrug bei Anwesenheit während der vollständigen Öffnungszeiten durch einen Projektmitarbeiter jeweils zehn Arbeitstage. Mögliche feiertags- oder krankheitsbedingte Ausfälle wurden dem jeweiligen Erhebungszeitraum angeschlossen.

Die Datenerhebung und Patientenrekrutierung in den Arztpraxen erfolgte durch das Studienpersonal.

Folgende Ausschlusskriterien wurden für das Screening definiert:

1. Keine Konsultation des Arztes (z.B. Abholung eines Rezeptes, EKG, Routine-messungen)
2. Keine zum Screening ausreichenden Deutschkenntnisse

Für das Screening eligible Patienten erhielten in konsekutiver Reihenfolge einen Screening-Fragebogen in fortlaufender Nummerierung. Verweigerungen des Screenings wurden in standardisierter Form erfasst. Patienten, die während des beschriebenen Zeitraumes wiederholt eine Praxis aufsuchten oder bereits in einer anderen Praxis einen Screening-Fragebogen dieser Studie ausgefüllt hatten, wurden nicht erneut befragt und entsprechend statistisch erfasst.

Patienten mit positivem Screening-Ergebnis zu alkoholbezogenen Störungen/problematischem Alkoholkonsum wurden in mündlicher und schriftlicher Form über Ziele, Ablauf und datenschutzrechtliche Bestimmungen der Studie sowie Teilnehmerückzugsrecht informiert. Ein Einverständnis zur weiteren Studienteilnahme mit postalischer und telefonischer Kontaktierung durch zuständige Studienmitarbeiter wurde in standardisierter Form dokumentiert.

Folgende Ausschlusskriterien zur weiteren Teilnahme wurden erstellt:

1. Nicht-Einverständnis
2. Verneinung telefonischer Erreichbarkeit

Patienten mit vorliegender Einverständniserklärung erhielten eine zusätzliche Kurzdiagnostik zu Angst- und depressiven Störungen (siehe Kapitel 6.5.1) sowie zu Variablen der Änderungsbereitschaft.

Im Rahmen der Qualitätskontrolle wurde, unter mündlicher und schriftlicher Aufklärung zu Anonymität und datenschutzrechtlichen Bestimmungen, eine schriftliche Einverständniserklärung zur elektronischen Aufzeichnung von telefonischen Beratungsgesprächen zu Supervisionszwecken erhoben. Ein Nicht-Einverständnis zur Aufzeichnung von Gesprächen beeinflusste die Studienteilnahme nicht.

6.4.2.2 Postalische Fragebogenerhebung und telefonische Diagnostik

Im weiteren Verlauf wurden nur Screening-positive Patienten mit vorliegender Einverständniserklärung kontaktiert. Auf postalischem Wege wurden folgende Unterlagen an die angegebenen Adressen der Teilnehmer versandt:

1. Informationsblatt zur Studie und datenschutzrechtlichen Bestimmungen
2. Fragebogen mit vorfrankiertem und adressiertem Rückumschlag
3. Listenheft zur Alkoholsekion des Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI; Robins et al., 1988; siehe Kapitel 6.5.2) zur Orientierung der im weiteren Studienverlauf geplanten telefonischen Diagnostik

Im Abstand von durchschnittlich fünf Werktagen nach Versand des Fragebogens wurden die entsprechenden Probanden telefonisch für ein diagnostisches Interview kontaktiert. Mehrmalige Kontaktierungen wurden in standardisierter Form dokumentiert. Flexible Kontaktierungszeiten wurden realisiert. Bei Nicht-Erfüllen der Einschlusskriterien problematischen Alkoholkonsums oder alkoholbezogener Störungen (siehe Kapitel 6.2) wurden die entsprechenden Probanden von der weiteren Teilnahme ausgeschlossen und im Rahmen der Studie nicht weiter kontaktiert.

Bei Vorliegen von alkoholbezogenen Störungen oder problematischem Alkoholkonsum wurde die Baseline-Erhebung T0 (siehe Kapitel 6.5.2) durchgeführt. Studienteilnehmer, die mindestens ein Item der Kurzdiagnostik zu Angst- und depressiven Störungen in der Praxis bejaht hatten, wurden zusätzlich zum Vorliegen komorbider Angst- und/oder depressiver Störungen diagnostiziert.

Fehlende Angaben im Fragebogen wurden, soweit möglich, telefonisch nacherhoben. Gegebenenfalls wurden zur Rücksendung mehrmalige schriftliche und telefonische Kontaktierungen realisiert. In Einzelfällen (Schwierigkeiten beim Ausfüllen, keine Rücksendung) wurde der Fragebogen gemeinsam mit dem Patienten am Telefon erhoben. Für den weiteren Kontakt wurden ausschließlich Probanden herangezogen, welche die Einschlusskriterien erfüllten und von denen ein vollständiger Datensatz, einschließlich des postalischen Fragebogens, vorlag. Eine randomisierte Zuteilung dieser Studienteilnehmer zu einer der beiden Interventionsgruppen (FC oder SC) oder der Kontrollgruppe erfolgte anhand von Karteikarten in drei unterschiedlichen Farben in verschlossenen Briefumschlägen.

6.4.3 Erhebungen und telefonische Interventionen T1-T4

Tabelle 6.2 gibt einen Überblick über die einzelnen Erhebungs- und Interventionszeitpunkte.

Tabelle 6.2: Erhebungs- und Interventionszeitpunkte sowie deren Messwerte im Rahmen der Erhebungen/Interventionen T1-T4

Erhebung-/ Intervention	Zeitpunkt	Form der Kontaktierung	Inter- ventions- gruppe(n)	Erhebungs-/ Interventionsmesswerte und Inhalte
T1	Direkt im Anschluss an die vollständige Baseline-Erhebung T0 (einschließlich Rückkehr des Fragebogens)	Postalisch/ telefonisch ¹	FC	Alkoholspezifische Beratung auf Grundlage der Motivierenden Gesprächsführung ¹
T2	1 Monat nach Versand der Rückmeldung	Postalisch/ telefonisch	FC + SC ²	Persönliche Rück- meldung mit normativen und ipsativen Inhalten auf der Grundlage des TTM
T3	3 Monate nach T2			Alkoholspezifische Beratungen auf Grundlage der Motivierenden
T4	6 Monate nach T1			Gesprächsführung ²

¹ Nur Probanden der FC Interventionsgruppe

² Bei Probanden der SC Interventionsgruppe nur, sofern seit der letzten Intervention keine Reduktion unter die studiendefinierten Alkoholkonsumgrenzen erfolgt war.

6.4.3.1 Telefonische Intervention T1

Ausschließlich Teilnehmer der FC Gruppe erhielten im Anschluss an die telefonische Baseline-Erhebung T0 die erste alkoholbezogene Beratung auf Grundlage der Motivierenden Gesprächsführung/Behaviour Change Counseling.

6.4.3.2 Postalischer Kontakt/Intervention T1

Alle Studienteilnehmer erhielten auf postalischem Wege ein Incentive in Form eines Gutscheins über €15 zur Einlösung bei zwei Medienfachgeschäften mit umfassendem Unterhaltungsangebot in Lübeck bzw. Kiel.

Studienteilnehmern der Kontrollgruppe wurde eine allgemeine Gesundheitsbroschüre ohne alkoholspezifischen Bezug, der Hinweis auf die Nachbefragung nach 12 Monaten sowie die Bitte um Information bei Änderung der Kontaktanschrift oder –telefonnummer beigelegt. Probanden der Kontrollgruppe wurden nun bis zum Zeitpunkt der Katamnese T5 nicht mehr kontaktiert. Probanden der beiden Interventionsgruppen FC und SC erhielten eine individualisierte, auf den Stadien des TTM aufgebaute, Selbsthilfebroschüre zur Erhöhung der Motivation zur Trinkmengenreduktion bzw. Abstinenz (siehe Kapitel 2.3.2.2) sowie zusätzlich eine schriftliche, individualisierte und normative Expertensystem-Rückmeldung zum aktuellen Trinkverhalten und assoziierten Variablen der Änderungsmotivation (siehe Kapitel 2.3.2.3).

6.4.3.2 Telefonische Erhebungen und Interventionen T2-T4

Im weiteren Verlauf wurden die Teilnehmer der beiden Interventionsgruppen (FC und SC) im Abstand von 1, 3 und 6 Monaten (T2-T4) nach Versand der postalischen Rückmeldung zu T1 telefonisch kontaktiert. Jeder Kontaktversuch wurde in standardisierter Form dokumentiert (Kontaktprotokoll). Aufgrund von möglichen zeitlichen Variationen in der Erreichbarkeit der Studienteilnehmer wurden folgende Zeitfenster für die Erhebung/Intervention angesetzt (Tabelle 6.3):

Tabelle 6.3: Zeitfenster der Kontaktierungen zu T2-T4

Erhebung/ Intervention	Beginn der Kontaktierung	Beendigung der Kontaktierung
T2	2 Wochen vor dem Stichtag	4 Wochen nach dem Stichtag
T3-T4	4 Wochen vor dem Stichtag	8 Wochen nach dem Stichtag

Diese Zeitfenster stellten Kontaktierungsrichtlinien dar. Der genaue Zeitpunkt des Erreichens eines Teilnehmers innerhalb dieser Zeitfenster beeinflusste hierbei den jeweils nächsten Stichtag nicht. Konnte eine Intervention innerhalb des Zeitfensters nicht realisiert werden, wurde sie als „nicht erreicht“ kodiert. Jede weitere Kontaktierung blieb hiervon unbeeinflusst.

Zu Beginn eines jeden Gesprächs wurden in beiden Interventionsgruppen Trinkmenge, assoziierte Variablen der Änderungsbereitschaft und Inanspruchnahme von Hilfen im Rahmen des entsprechenden Zeitintervalls (T2: während der letzten 4 Wochen, T3: während

der letzten 2 Monate, T4: während der letzten 3 Monate) erhoben. Sofern seit der letzten Erhebung eine Reduktion der Trinkmenge unterhalb der studiendefinierten Grenzwerte riskanten Konsums erfolgt war, wurde zusätzlich die Selbstwirksamkeitserwartung erhoben, diese Reduktion auch in Zukunft aufrecht erhalten zu können (siehe Kapitel 6.5.4).

Probanden der FC Bedingung wurden entsprechend dem Studiendesign unabhängig von einer möglichen Trinkmengenreduktion zu allen vier Interventionszeitpunkten kontaktiert und nach der Erhebung alkoholspezifisch beraten. Bei Probanden der SC Bedingung war eine Beratung abhängig von den zu Beginn des Gesprächs erhobenen Menge-Frequenz Angaben zum Alkoholkonsum sowie dem Grad der Selbstwirksamkeitserwartung. Demnach wurden folgende Abbruchkriterien für Interventionen in der SC Bedingung definiert:

1. Reduktion der Trinkmenge auf einen Wert unterhalb der studiendefinierten Grenzwerte riskanten Konsums (durchschnittlich 20/30 g Reinalkohol/Tag für Frauen/Männer), sowie zusätzlich
2. Selbstwirksamkeitserwartung, diese Reduktion auch in Zukunft aufrecht erhalten zu können, von mindestens dem definierten Cut-off Wert von 5 (Skala von 1 bis 10; siehe Kapitel 6.5.4)

Bei SC Probanden, welche die Abbruchkriterien erfüllten, erfolgte keine alkoholspezifische Beratung. Danach fand bis zum Zeitpunkt der Katamnese (T5) kein weiterer telefonischer Kontakt mehr statt (vgl. Abbildung 6.2).

Die Beratungsgespräche erfolgen auf der Grundlage von MI/Behaviour Change Counseling. Ein wichtiges Kriterium für die Auswahl der für das jeweilige Beratungsgespräch ausgewählten strukturierten Vorgehensweisen ist die Änderungsbereitschaft des Probanden. Die strukturierten Vorgehensweisen sind im Einzelnen beschrieben in Kapitel 2.3.3. Ein Leitfaden (Tabelle 6.4) ermöglichte ein einheitliches Vorgehen bei der Auswahl der strukturierten Vorgehensweisen im Beratungsgespräch. Zur weiteren Vertiefung können Rumpf et al. (2003) herangezogen werden.

Zur Qualitätskontrolle wurden Beratungsgespräche in standardisierter Form dokumentiert und, bei Vorliegen einer Sprachaufzeichnung, in wöchentlichem Abstand supervidiert.

Tabelle 6.4 Leitfaden: Zuordnung von strukturierten Vorgehensweisen zu den Stadien der Änderungsbereitschaft (nach Rumpf et al., 2003)

Vorgehensweisen	Anwendung bei Stadien				
	Absichts- losigkeit	Absichts- bildung	Vor- bereitung	Handlung	Aufrecht- erhaltung
Typischer Tag	X	X	(X)	-	-
Vor- und Nachteile	X	X	(X)	-	-
Zukunft/Vergangenheit	X	X	(X)	-	-
Wichtigkeits-/Zuversichtsskala	X	X	X	-	-
Informationen geben	X	X	X	X	X
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	-	X	X	-	-
Selbstverpflichtung stärken	-	-	X	(X)	-
Strategien weiterer Begleitung	-	-	-	X	X

6.4.4 Katamnese T5

Studienteilnehmer beider Interventionsgruppen sowie der Kontrollgruppe wurden 12 Monate nach Versand der Rückmeldung zu T1 telefonisch zur Katamnese (T5) kontaktiert. Tabelle 6.5 gibt einen Überblick zum Erhebungszeitpunkt und entsprechenden Erhebungsinhalten. Eine zeitlich flexible Kontaktierung wurde realisiert. Jeder Kontaktversuch wurde in standardisierter Form dokumentiert. Bei telefonischer Nicht-Erreichbarkeit wurden die entsprechenden Probanden in schriftlicher und, falls notwendig, persönlicher Form kontaktiert. Unter allen zur Katamnese erreichten Studienteilnehmern wurden 15 Gutscheine zu je €100 und zwei Einkaufsgutscheine zu je €500 zur Einlösung in einem überregionalen Warenhaus mit vielfältigen Angebot verlost und per Einschreiben an die Gewinner versandt.

Tabelle 6.5: Erhebungszeitraum und Messinhalte im Rahmen der Katamnese T5

Zeitpunkt der Kontaktierung	Ort und Modus der Kontaktierung	Studien- teilnehmer	Inhalte
12 Monate nach Baseline- Erhebung	Postalisch/ telefonisch ⁴	FC, SC, KG	Diagnostik alkoholbezogener Störungen und problematischen Alkoholkonsums (12-Monats-Version) Trinkmengenverlauf und alkoholassoziierte Probleme Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen (12-Monats-Version), Änderungsbereitschaft und assoziierte Variablen des TTM, Trinkmengenverlauf und alkoholassoziierte Probleme, Soziodemographie

⁴ Bei telefonischer Nicht-Erreichbarkeit in Einzelfällen persönlicher Kontakt bei den Probanden zu hause

6.5 Erhebungsinstrumente

Allgemein kann unterschieden werden zwischen:

1. Daten, die nur im Screening erhoben wurden,
2. Daten, die zur Baseline-Untersuchung T0 und zur Katamnese erhoben wurden,
3. Daten, die vor den jeweiligen Interventionen erhoben wurden und
4. Daten, die nur zur Katamnese erhoben wurden.

Eingesetzt wurden Erhebungsinstrumente aus unterschiedlichen Quellen, bei denen es sich um international veröffentlichte Verfahren und eigene Entwicklungen handelt, die bereits in vorherigen Studien der Arbeitsgruppe verwendet wurden oder im Rahmen der jetzigen Studie konstruiert wurden. Tabelle 6.6 gibt zunächst einen Überblick über die zum jeweiligen Mess- und/oder Interventionszeitpunkt eingesetzten Instrumente.

Tabelle 6.6: Übersicht über die zum jeweiligen Zeitpunkt eingesetzten Erhebungsinstrumente

Erhebungsinstrumente	Messzeitpunkte						
	Screening	T0	T1	T2	T3	T4	T5
Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Babor et al. 2001)	X						
Lübecker Alkoholabhängigkeits- und missbrauchs-Screening-Test (LAST; Rumpf et al., 2001b)	X						
Readiness to Change Questionnaire Alkohol (RCQ-G; Hannover et al., 2003)		X					X
Stadialalgorithmus der Änderungsbereitschaft bzgl. Alkoholabstinenz/-reduktion (in Anlehnung an DiClemente et al., 1991)	X ¹			X	X ²	X ²	
Kurzdiagnostik zu Angst- und depressiven Störungen (nach M-CIDI; Wittchen et al., 1995)	X ¹						
Munich Composite International Diagnostik Interview: Sektion Alkohol (M-CIDI; Wittchen et al., 1995)		X ³					X ⁴
M-CIDI (Wittchen et al., 1995): Lifetime-Sektion Angststörungen		X ⁵					
M-CIDI (Wittchen et al., 1995): Lifetime-Sektion affektive Störungen		X ⁶					
Binge Drinking (Eigenkonstruktion in Anlehnung an die QF-Frage des M-CIDI (Wittchen, et al., 1995) und einer Expertise der WHO (Babor, et al., 1992)		X		X	X ²	X ²	X
Alcohol Decisional Balance Scale (ADBS; Hannover et al., 2001)		X					X
Adverse Consequences from Drinking (ACD; Moos, Cronkite et al., 1985)		X					X

Tabelle 6.6 ff.: Übersicht über die zum jeweiligen Zeitpunkt eingesetzten Erhebungsinstrumente

Erhebungsinstrumente	Messzeitpunkte						
	Screening	T0	T1	T2	T3	T4	T5
Self-Efficacy Ruler (Miller und Rollnick, 2002)				X ^{2,7}	X ^{2,7}	X ^{2,7}	
Processes of Change Questionnaire-Alcohol (POC-A ; Freyer et al., 2003)		X					
Drogenkonsum		X					
Inanspruchnahme formeller, alkoholbezogener Hilfen		X		X	X	X	X
Schwangerschaft innerhalb der letzten 12 Monate (vorgelegen oder geplant)							X

¹ Nur Screening positive Patienten

² Bei Studienteilnehmern der SC Bedingung nur bei Kontaktierung

³ Lebenszeit-Version

⁴ 12-Monats Version

⁴ Nur in der Kurzdiagnostik zu Angststörungen auffällige Probanden

⁵ Nur in der Kurzdiagnostik zu depressiven Störungen auffällige Probanden

⁷ Nur bei einer Trinkmengenreduktion unter studiendefinierte risikoarme Grenzwerte

6.5.1 Screening

6.5.1.1 Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

Der Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Saunders et al., 1993) wurde zum Screening alkoholbezogener Störungen in seiner vollständigen 10-Item Fassung verwandt, um Risikokonsum oder problematischen Alkoholkonsum zu erfassen. Im Gegensatz zu älteren Screeningverfahren, wie z.B. dem MAST (Selzer et al., 1975) oder dem CAGE (Ewing, 1984), eignet sich der AUDIT sowohl zur Erkennung alkoholbezogener Störungen als auch Risikokonsums (Allen et al., 1997; Dybek et al., 2006). Es liegen eine Reihe von Studien zur Validität des AUDIT in verschiedenen Untersuchungssituationen vor. Einen Überblick geben Allen et al. (1997) und Reinert and Allen (2002; 2007). Cronbach's Alpha beträgt .75. Die

interne Konsistenz ist somit als moderat zu bezeichnen, liegt jedoch oberhalb der geforderten Grenze (Nunally, 1978). Aufgrund seines geringen zeitlichen und materiellen Aufwands – das Ausfüllen des Fragebogens erfordert typischerweise etwa zwei Minuten; die Auswertung erfolgt durch Addition der mit den Antwortmöglichkeiten assoziierten Punktwerten (Allen und Columbus, 1995) – und einer guten Validität des Instruments in einer internationalen Vergleichsstudie (Saunders et al., 1993) eignet sich der AUDIT gut für den Einsatz in der medizinischen Basisversorgung (Allen et al., 1997; Saunders et al., 1993). Die erreichbare Punktzahl reicht von 0 bis 40; der im Allgemeinen verwendete Cut-off Wert zur Identifikation einer potentiellen Alkoholproblematik liegt bei acht Punkten (Reinert und Allen, 2002). Im Vergleich zu anderen Self-Report Instrumenten demonstriert der AUDIT eine ebenso hohe Sensitivität (Rate der korrekt identifizierten Patienten mit einem Alkoholproblem) zwischen .70 und .90 wie Spezifität (Rate der korrekt identifizierten Patienten ohne ein Alkoholproblem) zwischen .74 und .97. bei einem Cut-off von acht (Allen et al., 2001; Reinert und Allen, 2002; Reinert und Allen, 2007).

Für diese Studie wurde der Cut-off auf fünf Punkte gesenkt, um eine höhere Sensivität für die Erkennung von Risikokonsumenten zu gewährleisten, da nach Daten von Rumpf et al. (2002) die Sensitivität bei Anwendung des ursprünglich empfohlenen Cut-off von acht Punkten besonders für Alkoholmissbrauch und Risikokonsum als zu gering zu betrachten ist. Ein Schwellenwert von fünf Punkten erreichte im Rahmen dieser Studie an Allgemein- arztpatienten eine gute Sensivität und Spezifität für folgende Diagnosen: Abhängigkeit (.97 und .88), alkoholbezogene Störungen (.97 und .92) und alkoholbezogene Störungen mit/ohne Risikokonsum (.97 und .91) (Dybek et al., 2006). Weiterhin wurde aufgrund von Befunden einer leicht verringerten Sensitivität bei der Erfassung von weiblichen Risikokonsumenten (Steinbauer et al., 1998) bereits an anderer Stelle eine Absenkung des Cut-off speziell für weibliche Patienten empfohlen (Reinert und Allen, 2002). Eine höhere Sensitivität des AUDIT Cut-off von fünf Punkten bei nur geringfügig verringerter Spezifität wurde bereits diskutiert (Cherpitel, 1995). Gleichzeitig wies Cherpitel (1995) auf die Notwendigkeit einer flexiblen Handhabung des Cut-off zur Erhöhung der Sensivität unter Erhalt einer akzeptablen Spezifität bei bestimmten Subgruppen hin.

Der AUDIT beginnt mit Items zu Menge, Frequenz und Intensität des Alkoholkonsums. Befunde von Steinweg und Worth (1993) zeigen jedoch, dass direkte Fragen nach Menge und Frequenz des Konsums vor der Durchführung eines Screening-Instruments die Sensitivität desselben senkten. Aus diesem Grunde wurden im Rahmen dieser Untersuchung bei einer

Zufallsauswahl der eingesetzten Screening-Fragebögen die Menge/Frequenz Items an das Ende des AUDIT gesetzt. Es zeigte sich hierbei ein Einfluss der Itemsequenz auf das angegebene Trinkverhalten (Bischof et al., 2005).

6.5.1.2 Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST)

Der Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST; Rumpf et al., 2001), ein aus sieben Items bestehender ökonomischer und einfach zu handhabender Screening-Fragebogen, wurde als weiteres Instrument zur Entdeckung von Personen mit alkoholbezogenen Störungen eingesetzt. Der LAST wurde entwickelt aus dem Itempool der deutschen Versionen des CAGE (Rumpf et al., 2001) und MAST (Rumpf et al., 2001), deren Items an drei Stichproben von Patienten eines Allgemeinkrankenhauses sowie aus Arztpraxen mit Hilfe statistischer Verfahren zum LAST reduziert wurden (Rumpf et al., 1997). Der Test zeichnet sich durch einfache und ökonomische Handhabung aus und ist sowohl in mündlicher als auch in schriftlicher Form durchführbar. Zu allen sieben Items (z.B. Item 3: „Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt?“) liegen dichotome Antwortkategorien (Ja/Nein) vor. Die Items 2-7 werden bei einer Bejahung mit einem Punkt bewertet; ausschließlich bei Item 1 wird die Verneinung mit einem Punkt gezählt. Bei einem Summenwert von 2 oder mehr gilt das Ergebnis als positiver Hinweis auf eine alkoholbezogene Störung.

Sowohl die Werte für die Trennschärfe der Items als auch für die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha von .69 bis .81) können als zufriedenstellend beurteilt werden. Die Sensitivität liegt zwischen .63 und .87 und die Spezifität zwischen .88 und .93 (Rumpf, et al., 2001). Der LAST weist eine höhere Sensitivität im Vergleich zum CAGE und eine gleich hohe, verglichen mit dem deutlich längeren MAST, auf.

6.5.1.3 Kurzdiagnostik Angst- und depressiver Störungen

Zur differenzierten Kurzdiagnostik von Angst- und depressiven Störungen in der Arztpraxis wurde ein aus sechs Items bestehender Screening-Fragebogen erstellt, dessen Items den Eingangsfragen zu den einzelnen Sektionen des Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI; Robins et al., 1988; siehe Absatz 6.5.2) entnommen wurden. Vier dieser Fragen beziehen sich auf Angststörungen (Sektion a) und zwei auf depressive Störungen des M-CIDI.

Bei Bejahen mindestens eines Items in der Angst- oder Depressionskategorie erfolgte vertiefende Diagnostik erfolgte durch die entsprechenden Sektionen des M-CIDI.

6.5.2 Diagnostisches Interview

Das Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI; Robins et al., 1988), ein umfassendes, standardisiertes und computergestütztes Interviewprogramm zur Erfassung psychischer Störungen, wurde bei Probanden mit positivem Screening-Ergebnis zur Diagnostik alkoholbezogener Störungen, Angst- und/oder depressiven Störungen entsprechend den Definitionen und Kriterien des DSM-IV eingesetzt. Das M-CIDI wurde im Rahmen eines Projekts der WHO und der US Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (WHO/ADAMHA Joint Project on Diagnosis and Classification of Mental Disorders, Alcohol- and Drug-Related Problems) entwickelt (Robins et al., 1988). Es wurde zur Befragung Jugendlicher und Erwachsener im Alter von 14 bis 65 Jahren konzipiert, in insgesamt 16 Sprachen übersetzt und bietet vielfältige Einsatzmöglichkeiten in unterschiedlichen Kulturen. Die Konzipierung der Items ermöglicht die Befragung von Probanden unabhängig von Bildungsstand und Intelligenz. Über die ursprüngliche Entwicklung für den epidemiologischen Forschungsbereich hinaus kann das M-CIDI auch zu weiteren klinischen- und Forschungszwecken verwendet werden (Wittchen et al., 1995; Wittchen et al., 1991) und ist sowohl von klinisch erfahrenen als auch klinisch unerfahrenen Untersuchern nach etwa einwöchigem Training anwendbar. Das M-CIDI ist insgesamt in Sektionen A-X untergliedert, die jeweils Fragen zur Diagnostik der entsprechenden psychischen Störungen nach DSM-IV und ICD-10 enthalten. Jede Sektion enthält Items zur Ermittlung des ersten Auftretens von Symptomen bzw. Syndromen, ihrer Dauer, Häufigkeit, sowie ihrer Beziehung zueinander. Es ermöglicht neben einer Charakterisierung von Störungen im Verlaufe des gesamten Lebens („Lifetime“) auch verschiedene Möglichkeiten einer Querschnittsdiagnostik (2 Wochen, 1 Monat, 6 Monate, 12 Monate).

Die klinische Relevanz eines Symptoms wird durch eine standardisierte Prüffragen-Prozedur ermittelt. Erst nachdem der Proband auf die jeweiligen Prüffragen geantwortet hat, ist eine Kodierung zwischen 1 (nein, nicht vorhanden) und 5 (ja, vorhanden und relevant für die Diagnose einer psychischen Störung) vorzunehmen. Für die algorithmische computerisierte Weiterverarbeitung zur Diagnose werden nur die mit „5“ kodierten Items, d.h. die mit großer Wahrscheinlichkeit als klinisch-psychiatrisch relevant beantworteten Fragen, herangezogen. Bezugnehmend auf die entsprechende Operationalisierung im logischen Entscheidungsbaum

der Prüffragen bedeutet dabei die Kodierung „5“, dass das entsprechende Symptom schwer genug war, um entweder ein professionelles Hilfesuchverhalten auszulösen, bzw. Medikamente einzunehmen oder wesentlich ins Leben des Probanden einzugreifen. Außerdem kann die Symptomatik nicht vollständig, oder nicht immer durch Einnahme von Alkohol, Drogen oder Medikamenten erklärt werden und die Symptome können nicht durch körperliche Erkrankungen, Verletzungen oder Unfälle erklärt werden.

Bezüglich der Auswertung wird empfohlen, das computerisierte Eingabe- und Auswertungsprogramm zu verwenden, um mögliche Fehlerquellen bei der diagnostischen Verrechnung auszuschalten. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden die Sektionen A: Demographischer Teil, Kurzfassung (Geschlecht, Alter, Geburtsdatum), D: Phobien und andere Angststörungen, E: Depressive Störungen und Dysthyme Störungen und I: Störungen durch Alkohol, Lifetime und 12-Monats Version, eingesetzt. Die Sektionen A und I (Lifetime Versionen) wurden im Rahmen der Studie für jeden Probanden zur Baseline T0 verwendet, die Sektionen D und E jeweils bei Indikation, d.h. positivem Ergebnis in vorangegangener Kurzdiagnostik zu Angststörungen und/oder depressiven Störungen, und die entsprechenden Aktualdiagnosen berechnet. Die Sektion I (12-Monats-Version) wurde zur Katamnese T5 eingesetzt. Die gemittelte Durchführungszeit pro Interview lag je nach durchgeführter Anzahl und Ausführlichkeit der jeweiligen Sektionen bei 30 Minuten (Range 15 bis 75 Minuten).

Eine Reihe von Validitäts- und Reliabilitätsstudien fanden gute bis exzellente psychometrische Eigenschaften des M-CIDI (Andrews und Peters, 1998; Burke und Regier, 1986; Wittchen, 1994; Wittchen et al., 1998; Wittchen et al., 1985). Das Instrument weist eine hohe Inter-Rater-Reliabilität, und für die meisten der berücksichtigten diagnostischen Kategorien auch eine befriedigende Test-Retest-Reliabilität, auf (Wittchen, 1994; Wittchen et al., 1998). Die prozentuale Übereinstimmung bei Test-Retest-Untersuchungen mit ein- bis dreitägigem Abstand liegt zumeist bei über 90%, die Kappa-Koeffizienten als Maß für die zufalls-korrigierte Übereinstimmung liegen je nach diagnostischer Gruppierung zwischen .60 und .90 und sind somit als zufriedenstellend bis gut zu bewerten. Die Validität, beurteilt über die Übereinstimmung der Diagnosen mit Klinikurteilen nach Anwendung entsprechender Checklisten ist ebenfalls zufriedenstellend (vgl. zusammenfassend Wittchen, Semler et al., 1985).

Im Anschluss an das Menge-Frequenz Item des M-CIDI zum Alkoholkonsum innerhalb der letzten vier Wochen wurde zur Erfassung von Binge Drinking (in Anlehnung an eine Expertise der WHO (Babor et al., 1992) erfragt: „Kam es in den letzten vier Wochen vor, dass

Sie mehr getrunken haben?“ Bei Bejahen der bidirektionalen Antwortvorgabe wurde die Trinkmenge erfasst („Was haben sie dann getrunken?“), eine Kodierung mittels der, dem M-CIDI Listenheft entnommenen, Indices vorgenommen und die Frequenz („Wie häufig kam das vor?“) mittels folgender Kodierungen erfasst: (1) fast jeden Tag, (2) drei bis vier mal pro Woche, (3) ein bis zwei mal pro Woche, (4) zweimal pro Monat, (5) einmal pro Monat, (6) seltener als einmal pro Monat. Bei einer Mengenangabe laut Index von umgerechnet mindestens 60 Gramm Reinalkohol für Frauen und 80 Gramm Reinalkohol für Männer sowie einer Frequenzangabe von mindestens zweimal pro Monat wurde das Binge Kriterium als erfüllt gewertet und die Angaben entsprechend dokumentiert.

6.5.3 Trinkmengenverlauf und alkoholassoziierte Probleme

Die Skala Adverse Consequences from Drinking“ (ACD; Finney und Moos, 1995) wurde eingesetzt zur Erfassung von Schwierigkeiten und Problemen, die mit erhöhtem Alkoholkonsum im Zusammenhang stehen können. Das Instrument wurde entwickelt im Zusammenhang mit der Health and Daily Living Form (Moos et al., 1985). Er besteht aus 9 Items, die sich einleitend auf die Zeitspanne der letzten sechs Monate beziehen (z.B. „Auseinandersetzungen in der Familie“, „Schwierigkeiten mit der Polizei“) und ist anhand einer fünfstufigen Ratingskala mit den Zuordnungen (0) nie, (1) ein- oder zweimal, (2) gelegentlich, (3) ziemlich oft oder (4) oft zu beantworten. Für den Originaltest wird die interne Konsistenz des Instruments (Cronbach's Alpha von .80) als gut angegeben (Finney und Moos, 1995).

6.5.4 Änderungsbereitschaft und assoziierte Variablen des TTM

6.5.4.1 Fragebogen zur Änderungsbereitschaft bei Alkoholkonsum

Der „Fragebogen zur Änderungsbereitschaft bei Alkoholkonsum“ (RCQ-G; Hannover et al., 2001), eine deutsche Übersetzung des „Readiness to Change Questionnaire“ (RTCQ; Rollnick et al., 1992) wurde zur Erfassung der Änderungsmotivation in Hinsicht auf Alkoholkonsum eingesetzt. Der RCQ wurde ursprünglich für Personen mit schwerem Alkoholkonsum entwickelt (Rollnick et al., 1992). Der theoretische Hintergrund des RCQ-G findet sich im TTM. Die Hauptinformation des 12 Items umfassenden RCQ-G liegt in der Zuordnung zu einer der folgenden Stadien der Änderungsbereitschaft: Absichtslosigkeit (Items 1,5,10 und 12), Absichtsbildung (Items 3,4,8 und 9), und Handlung (Items 2,6,7 und 11). Antworten erfolgen anhand fünfstufiger Ratingskalen mit den Werten eins bis fünf und den beiden

Ankern (1) stimme überhaupt nicht zu und (5) stimme sehr zu. Eine Zuordnung zu den Stadien erfolgt durch Summierung der entsprechenden Items, wobei die Skala mit dem höchsten Gesamtwert das entsprechende Stadium der Änderungsbereitschaft repräsentiert („quick method“, Heather et al. 1993). Die Beurteilung der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) ergab für die Skala „Absichtslosigkeit“ .67, für „Absichtsbildung“ .80 und für „Handlung“ .83. Die Konstruktvalidität wurde durch die Beziehungen des RCQ-G mit den Ausprägungen der weiter unten beschriebenen Alcohol Decisional Balance Scale (ADBS-G; Hannover et al., 2001) geprüft. Wie durch die Annahmen des TTM vorhergesagt, waren die Vorteile des Konsums stärker in den früheren Stadien ausgeprägt, während die Nachteile in späteren Stadien höher bewertet wurden.

Zur Erfassung der Änderungsbereitschaft diente zuzüglich zum RCQ ein Stadienalgorithmus auf der Grundlage des TTM. Dieser Algorithmus wurde ursprünglich entwickelt für die Stadien der Änderungsbereitschaft bei Rauchern (DiClemente et al., 1991) und zu Screening-Zwecken eingesetzt (Rumpf et al., 1998). In Übereinstimmung mit diesen Stadien wurden entsprechende Items zur Änderungsbereitschaft des Alkoholtrinkens entwickelt. Hierzu liegt bislang keine Validierung vor. Der Algorithmus umfasst zwei übergreifende Kategorien: einen in der Vergangenheit erfolgten Versuch, mit dem Alkoholtrinken aufzuhören, sowie das Vorhaben, dies zu tun, anhand bidirektionaler Antwortvorgaben (Ja/Nein). Bei Bejahen eines Abstinenzversuches in der Vergangenheit stehen die zeitlichen Rahmenoptionen „vor mehr als 12 Monaten“ und „innerhalb der letzten 12 Monate“ zur Verfügung, bei Bejahung eines Vorhabens zur Abstinenz die Optionen „innerhalb der letzten 4 Wochen“, „innerhalb der letzten 6 Monate“ und „innerhalb der nächsten 5 Jahre“. Bei Verneinung eines der beiden Items wird mit jeweils den entsprechenden Antwortoptionen eine in der Vergangenheit erfolgte Reduktion des Alkoholkonsums sowie ein zukünftiges Reduktionsvorhaben erhoben. Die Zuordnung zu den Stadien der Änderungsbereitschaft wurde folgendermaßen definiert:

1. Absichtslosigkeit: Die Person plant keinen Abstinenzversuch innerhalb der nächsten 6 Monate.
2. Absichtsbildung: Entweder plant die Person a) einen Abstinenzversuch in den nächsten 6 Monaten aber nicht innerhalb der nächsten 4 Wochen, oder b) einen Abstinenzversuch in den nächsten 4 Wochen, es lag jedoch innerhalb der letzten 12 Monate noch kein Versuch vor.

3. Vorbereitung: Innerhalb der letzten 12 Monate fand bereits mindestens ein Abstinenzversuch der Person statt, und sie plant den Beginn einer Abstinenz innerhalb der nächsten 4 Wochen.
4. Handlung: Eine Abstinenz besteht seit maximal 6 Monaten.
5. Aufrechterhaltung: Eine Abstinenz besteht bereits länger als 6 Monate.

In der vorliegenden Untersuchung wurde der Stadienalgorithmus zur Baseline T0, vor den jeweiligen Erhebungen/Beratungen T2-T4 und zur Katamnese T5 eingesetzt. Zu diesen Zwecken wurde der Befragungszeitraum jeweils entsprechend angepasst, i.e. lebenszeitbezogen (zu T0), innerhalb der letzten 4 Wochen (zu T2), innerhalb der letzten 3 Monate (zu T3, T4), innerhalb der letzten 12 Monate (zu T5).

6.5.4.3 Prozesse der Verhaltensänderung

Die Skala Processes of Change – Alcohol (POC-A; DiClemente et al., 1996; Freyer et al., 2003) wurde zur Messung von kognitiven und verhaltensbezogenen Prozessen der Verhaltensänderung auf den Grundlagen des TTM eingesetzt. Der Fragebogen wurde zunächst englischsprachig im Rahmen des Project MATCH (DiClemente et al., 1996) zur Nutzung im Bereich der Alkoholforschung aus dem Fragebogen „Processes of Change“ für Raucher (Prochaska et al., 1988) adaptiert. Für den deutschsprachigen Raum wurde die POC-A Skala im Rahmen der Studie „Transitions in Alcohol Consumption and Smoking“ (TACOS) übernommen (Hapke et al., 1998). Die in der Originalversion nachgewiesene Faktorenstruktur von zehn Faktoren erster Ordnung (zehn Veränderungsprozesse in Form von Subskalen) und zwei Faktoren zweiter Ordnung (kognitiv-affektiv vs. verhaltensorientiert) konnten in der deutschen Stichprobe, wahrscheinlich aufgrund anderer Subgruppen (Alkoholabhängige vs. Risikokonsumenten) nicht nachgewiesen werden (Freyer et al., 2005). Die meisten der Items weisen Trennschärfen von $>.40$ auf. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha von .96) ist als sehr gut zu bezeichnen. Zur Prüfung der Validität wurde der RCQ herangezogen, mit dem ein TTM-konformer Wechsel der Prozesse abhängig von dem jeweiligen Stadium nachgewiesen werden konnte. Die Konstruktvalidität erwies sich als gut (vgl. Freyer, Bott et al., 2005).

Die im Rahmen der Studie verwendete deutschsprachige Version des Fragebogens besteht aus 40 Items. Antwortvorgaben bildet eine fünfstufige Ratingskala mit den beiden Ankern (0) nie und (5) sehr häufig. Aufgrund der Schwierigkeiten beim Nachweis der Faktoren wurde empfohlen, für die Auswertung nur den Gesamtscore heran zu ziehen (Freyer et al., 2005).

6.5.4.4 Skala zur Entscheidungswaage bei Alkoholkonsum (ADBS-G)

Die "Skala zur Entscheidungswaage bei Alkoholkonsum" (ADBS-G; Hannover et al., 2001), eine deutsche Übersetzung der "Alcohol Decisional Balance Scale" (ADBS; King und DiClemente, 1993), misst durch das Konstrukt der „Entscheidungswaage“ (Janis und Mann, 1977) kognitive und motivationale Aspekte bei Entscheidungen. Die ADBS-G gibt somit Aufschluss über die derzeitige Motivation zur Änderung des Alkoholtrinkverhaltens von Probanden. Anreize für oder gegen eine bestimmte Entscheidung werden standardisiert erfasst. Die ADBS-G Skala setzt sich aus den beiden Skalen „Pro“ (Items 1, 2, 4, 7, 9,14,16, 17, 19, 20) und „Contra“ (Items 3, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 18) zusammen. Antwortvorgaben werden anhand fünfstufiger Ratingskalen mit den Werten 1 bis 5 und den beiden Ankern (1) überhaupt nicht wichtig und (5) sehr wichtig gegeben. Jede Skala wird durch Summierung der Antwortwerte der zugehörigen Items gebildet. Die Ausprägung der beiden Skalen und deren Relation zueinander zeigt an, ob die Vor- oder die Nachteile einer Entscheidung, Alkohol zu trinken, als gewichtiger eingeschätzt werden. Hohe Punktwerte indizieren dabei eine hohe Wichtigkeit. Cronbach's Alpha beträgt in der deutschen Version für die Skala Pro .89 und für die Skala Contra .92. Die Konstruktvalidität konnte durch die Beziehungen der ADBS-G zu den Stadien der Verhaltensänderung bestätigt werden (Hannover et al., 2002).

6.5.4.5 Alkoholabstinenz-Selbstwirksamkeitsfragebogen (AASE-G)

Der „Alkoholabstinenz-Selbstwirksamkeitsfragebogen“ (AASE-G; Bott et al., 2001; DiClemente et al., 1994) wurde zur Erfassung von Selbstwirksamkeitserwartungen (vgl. Kapitel 2.3.1.4) in Bezug auf Alkoholabstinenz eingesetzt. Die deutsche Skala besteht wie die englische Originalversion (Alcohol Abstinence Self Efficacy scale; DiClemente et al., 1994) aus zwanzig Items, die jeweils getrennt für die beiden Skalen Versuchung und Zuversicht abgefragt werden. Auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit jeweils den beiden Ankern 1 =sehr gering und 5=sehr groß wird zunächst die Versuchung erfasst, in einer Situation Alkohol zu trinken, und danach die Zuversicht, in dieser Situation nicht zu trinken. Aufgrund der heterogenen Stichprobe (Risikokonsumenten, Missbraucher, Abhängige) wurde die Reihenfolge der Items modifiziert und Item 1 („Wenn es mich quält, dass ich mit dem Trinken aufgehört habe oder Entzugserscheinungen habe“) für die vorliegende Befragung durch das Item „Wenn ich eine gute Mahlzeit zu mir nehme“ ersetzt, um Widerstand bei Patienten mit Risikokonsum und Missbrauch zu vermeiden. Hohe Skalensummenwerte bedeuten starke

Zuversicht beziehungsweise starke Versuchung. Ein Differenzwert kann errechnet werden, indem der Summenwert der Skalen „Zuversicht“ vom Summenwert der Skalen „Versuchung“ subtrahiert wird (DiClemente et al., 1995). Die psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version wurden anhand von Daten aus zwei Stichproben der Studie Transitions in Alcohol Consumption and Smoking (TACOS) ermittelt (Bischof et al., 2000; Rumpf et al., 2000). Die interne Konsistenz der Skalen „Zuversicht“ und „Versuchung“ ist mit Cronbachs Alpha von .97 bis .95 als gut zu bezeichnen. Die Antworten zu diesen Skalen korrelieren für die Gesamtstichprobe -.83, für die remittierten Probanden -.79 und für die Patienten in Motivationsbehandlung -.64.

Sofern im Rahmen der telefonischen Kontakte T1-T4 eine Reduktion der Trinkmenge unterhalb der Einschlusskriterien problematischen Konsums (siehe Kapitel 6.2) erfolgt war, wurde anhand einer zehnstufigen Likert-Skala mit den beiden Ankern (1) „überhaupt nicht sicher“ und (10) „sehr sicher“ (Self-Efficacy-Ruler; Miller und Rollnick, 2002) die Selbstwirksamkeit erhoben, diese Reduktion auch in Zukunft aufrecht erhalten zu können.

6.5.5 Inanspruchnahme formeller, alkoholbezogener Hilfen

Inanspruchnahme formeller, alkoholbezogener Hilfen wurden zur Baseline-Erhebung lebenszeitlich, sowie zur Katamnese bezogen auf die letzten 12 Monate für die folgenden Bereiche erhoben und dichotom erfasst: a) Beratung durch den Hausarzt, b) Beratung durch andere Fachkräfte (z.B. Psychologe, Pastor; ausgenommen Hausarzt), c) ambulante oder stationäre alkoholspezifische Behandlung (Entgiftung, Motivationsbehandlung, mehrmonatige Rehabilitationsbehandlungen) und d) Besuche einer Selbsthilfegruppe. Um mögliche Verzerrungseffekte im Rahmen der Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen (z.B. durch das Ansprechen des Patienten auf den Alkoholkonsum von Seiten des Arztes, wenn die Inanspruchnahme jedoch nicht auf Initiative des Patienten beruht) zu kontrollieren, wurde aus den Kategorien (b) bis (d) eine Variable e) alle Kategorien unter Ausschluss der Beratung durch den Hausarzt gebildet, welche im Rahmen der Analysen verwendet wurde.

6.5.6 Lebenszufriedenheit

Die “Satisfaction With Life Scale” (SWLS; Diener et al., 1985; Larsen et al., 1985) bildet über 5 Items ein globales Maß für allgemeine Lebenszufriedenheit ab. Lebenszufriedenheit ist ein kognitiver Wertungsprozess der eigenen Umstände einer Person in der Relation zu einem angemessen Lebensstandard, wie er von einer jeweiligen Person gesehen wird (Diener, et al.,

1985). Die Autoren betonen, dass dieser Bewertungsstandard im Ermessen der jeweiligen Person liegt und nicht klar von außen definierbar ist.

Die 5 Items des Instruments sind als positive Selbstaussagen formuliert, z.B. „In den meisten Dingen ist mein Leben nahezu ideal“. Anhand einer fünfstufigen Likert-Skala mit den beiden Ankern (1) stimme überhaupt nicht zu und (5) stimme sehr zu erfolgt der Grad der Zustimmung mit den jeweiligen Aussagen. Die Skala SWLS hat gute psychometrische Eigenschaften bei einer zufriedenstellenden internen Konsistenz (.76) und hoher Reliabilität in zwei Stichproben (.83 und .93). Werte der SWLS korrelieren mäßig bis hoch mit anderen Messungen subjektiver Lebenszufriedenheit und vorhersehbar mit spezifischen Persönlichkeitscharakteristika (Diener, 1984).

6.5.7 Soziodemographie

Soziodemographische Angaben wurden jeweils zu Beginn der drei Erhebungszeitpunkte Screening (Geschlecht, Alter, Familienstand, Schulabschluss), Baseline T0 und Katamnese T5 (jeweils Geschlecht, Alter, sowie aus Gründen der statistischen Zuordnung und Datenkontrolle das genaue Geburtsdatum) erhoben. Zusätzlich wurden zum Zeitpunkt T0 anhand vordefinierter Kategorien Familienstand/feste Partnerschaft, Anzahl möglicher Kinder, beruflicher Ausbildungsstand, Erwerbstätigkeit/berufliche Stellung, Anzahl der Mitglieder im Haushalt, monatliches Haushaltsnettoeinkommen/personenbezogene Einkommensquelle, subjektive Bewertung der eigenen finanziellen Lage im Vergleich zu Personen gleichen Alters, Dauer der Schulbildung in Jahren sowie Muttersprache erhoben.

6.5.8 Drogenkonsum

Der Konsum der folgenden psychoaktiven Substanzen wurde anhand dichotomer Antwortvorgaben (Ja/Nein) erfasst: Cannabis, Amphetamine, LSD (Lysergsäurediethylamid), Ecstasy/MDMA (3,4-methylendioxyamphetamin), Kokain, Crack, Opiate (Heroin, Morphin, Methadon), Benzodiazepine sowie einer Freitextangabe zur Erfassung nicht vorgegebener Substanzen.

Bei Bejahen des Konsums einer der Substanzen wurde die Frequenz des Konsums durch folgende Antwortkategorien erfasst: (1) fast jeden Tag, (2) 3 oder 4 mal die Woche, (3) 1 bis 2 mal die Woche, (4) 1 bis 3 mal im Monat, und (5) weniger als 1 mal im Monat. Mögliche therapeutische Behandlung aufgrund Konsums dieser Substanzen wurde dichotom erfasst.

Eine therapeutische Behandlung aufgrund von Drogenkonsum innerhalb der letzten vier Wochen wurde als Ausschlusskriterium gewertet.

6.5.9 Schwangerschaft

Aufgrund von Befunden, die eine Schwangerschaft als motivierenden Faktor zur Trinkmengenreduktion belegen (Rosett et al., 1983) wurde eine während der Studiendauer geplante oder vorliegende Schwangerschaft (1) „Lag in den letzten 12 Monaten zu irgendeinem Zeitpunkt bei Ihnen eine Schwangerschaft vor?“ (2) „Hatten Sie zu irgendeinem Zeitpunkt in den letzten 12 Monaten eine Schwangerschaft geplant?“) zur Katamnese T0 erhoben. Bei Bejahen einer der beiden Items wurde der motivationale Bezug erfragt („Wenn ja, hatte das einen Einfluss auf Ihren Alkoholkonsum?“), sowie anhand einer Freitextoption nähere individuelle Erläuterungen falls notwendig ermöglicht. Eine vorliegende oder geplante Schwangerschaft mit motivationalem Bezug zur Trinkmengenreduktion stellte ein Ausschlusskriterium dar.

6.6 Forschungsteam

Screening und Patientenrekrutierung in den Praxen wurden durch umfassend geschulte Arzthelferinnen, wissenschaftliche Hilfskräfte und Medizinstudent/innen durchgeführt. Zur Qualitätskontrolle fanden mit allen Mitarbeitern des Projektes in vierzehntägigem Rahmen angeleitete Teamsitzungen statt.

Fortlaufende Studienorganisation, weiterführende Patientenkontaktierung, Diagnostik, Intervention, Studiendokumentation und Datenauswertung, sowie wissenschaftliches Arbeiten wurden durch Diplom-Psychologen/innen geleistet. Ein- bis mehrmals wöchentlich erfolgten Teambesprechungen zum organisatorischen und logistischen Ablauf und Supervisionen zur Qualitätskontrolle der Beratungen. Im Rahmen der EARLINT Kooperation mit der Universität Greifswald (siehe Förderhinweis, Kapitel 12.1) fand mehrmals jährlich ein persönlicher Erfahrungsaustausch anhand mehrtägiger Kooperationstreffen sowie nach Bedarf telefonischen Konferenzen statt.

Dateneingabe, –kontrolle und –aufarbeitung wurden durch studentische Hilfskräfte realisiert.

6.7 Datenerfassung und Datenbereinigung

Für eine standardisierte Datenerfassung wurden MS-ACCESS-basierte Datenbanken programmiert. Diese enthielten Konsistenzprüfungen direkt bei der Eingabe der Daten, wie

die Vorgabe gültiger Werte und die Automatisierung von Sprüngen im Fragebogenverlauf. Zu den Fragebögen erfolgte eine Doppeleingabe in mindestens 10% der Fälle, welche nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden, um systematische Effekte zu vermeiden. Nichtübereinstimmende Daten wurden geprüft und korrigiert. Die mittlere Fehlerrate bei sämtlichen Dateneingaben betrug 0,26% (Range 0,00% bis 0,33%). Im Prozess der anschließenden Datenbereinigung wurde eine Vielzahl von Maßnahmen eingesetzt, um die Qualität der Daten sicherzustellen:

- a. Ein Abgleich redundanter Daten und Plausibilitätskontrollen
- b. Eine Prüfung der Kodierungen aller Variablen auf Einhaltung des gültigen Wertebereichs
- c. Eine Prüfung von Filtersprüngen
- d. Eine Analyse von Missingwerten bezüglich item- oder individuumspezifischen Häufungen.

Ließen sich im Falle von Fehlerkodierungen die korrekten Werte nicht anderweitig ermitteln oder eindeutig erschließen, erhielten die betreffenden Variablen eine speziell hierfür vorgesehene Kodierung. Die Rohdaten sowie alle Schritte der Datenbereinigung wurden in Form von Programmieranweisungen archiviert.

6.8 Statistische Auswertung

Die statistische Datenanalyse erfolgte unter Anwendung des Softwarepakets SPSS Version 11 (SPSS, Inc. Chicago, IL, USA).

Im Rahmen der Analysen wurden komorbide vs. nicht-komorbide Studienteilnehmer entsprechend der postulierten Hypothesen verglichen. Untersucht wurden mögliche Unterschiede hinsichtlich relevanter TTM Variablen und Trinkmengenreduktion zur Baseline sowie nach Intervention. Statistische Prüfverfahren für Gruppenunterschiede wurden mit zweiseitiger Prüfung vorgenommen. Entsprechend den jeweiligen Verfahrensvoraussetzungen wurden Chi²-, t-Tests, Mann-Whitney-U-Tests, Kruskal-Wallis-H-Tests und multivariate Analysen (binäre und multinomiale logistische Regression, ordinale Regression) zur Hypothesenprüfung eingesetzt. Ergebnisse der multivariaten Analyse werden durch Odds Ratios (OR), Schätzer und Konfidenzintervalle (CI) dargestellt.

Die Analysen zur Trinkmengenreduktion wurden unter Zusammengruppierung der beiden Interventionsgruppen SC und FC in eine Variable Interventionsgruppe vorgenommen. Die Outcome Variable Trinkmengenreduktion wurde berechnet als Differenzwert der Mengen-

METHODIK

und Frequenzangaben zur Trinkmenge in Gramm Reinalkohol/Tag zwischen Baseline und Katamnese. Negative Werte indizieren hierbei die entsprechende Reduktion. Die Variable zeigt keine Normalverteilung, so dass non-parametrische Tests eingesetzt wurden. Es wurde eine Intention-to-treat Analyse durchgeführt, d.h. zur Katamnese nicht erreichte Probanden wurden als unverändert hinsichtlich ihres Alkoholkonsums gewertet.

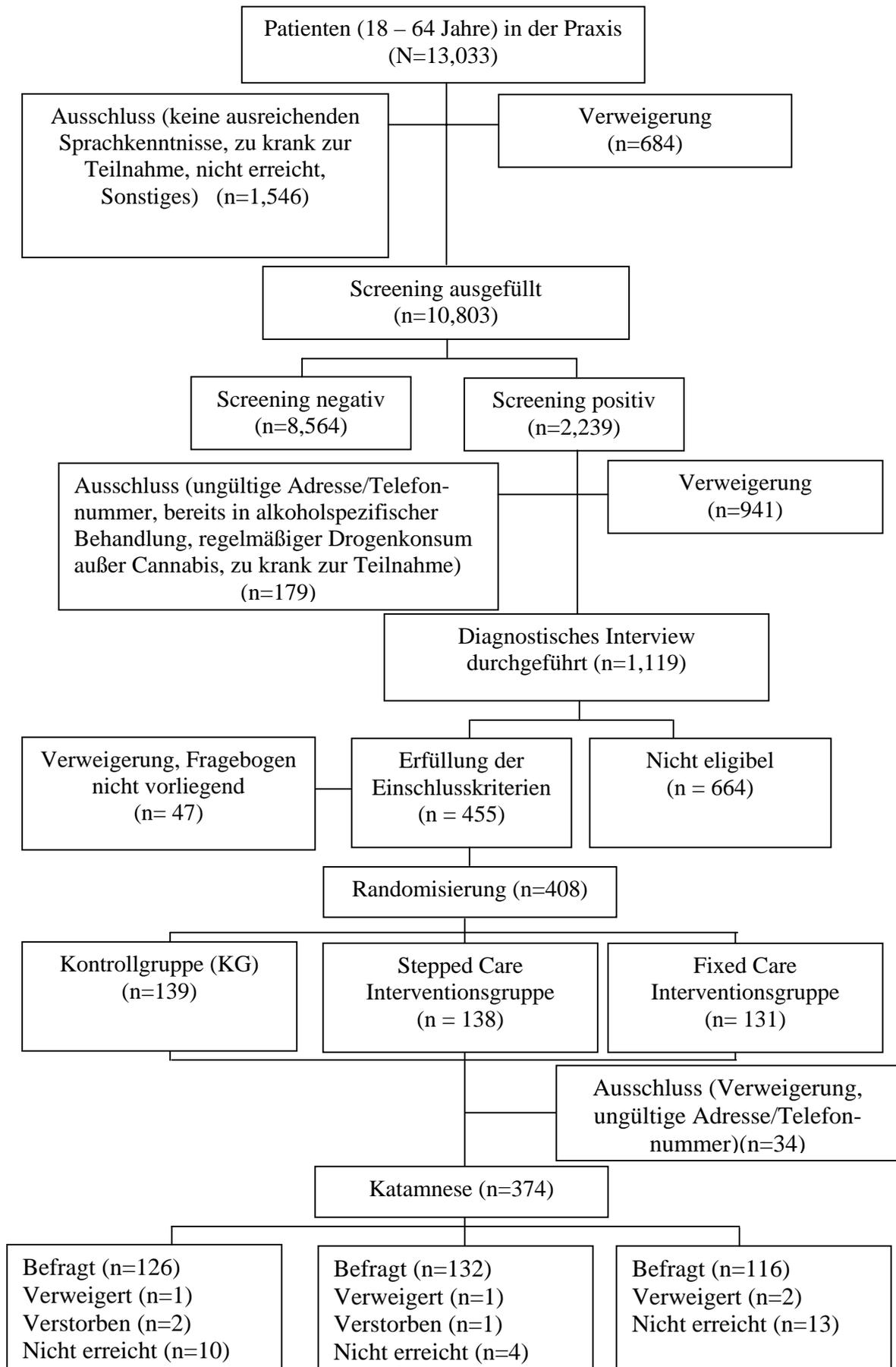
7. STICHPROBE

Zum Screening kamen insgesamt 13,033 Patienten in Frage. Von diesen verweigerten 5.3% die Teilnahme am Screening und 11.9% wurden aufgrund nicht ausreichender Sprachkenntnisse ausgeschlossen, waren bereits zu einem früheren Zeitpunkt gescreent worden, nach eigenen Aussagen zu krank zur Teilnahme oder konnten vor ihrem Verlassen der Praxis nicht befragt werden. Verbleibende 10,803 (82.9%) Patienten wurden gescreent. Hiervon gaben 2,475 Patienten an, keinen Alkohol zu konsumieren. Von den verbleibenden 8,328 Screenings waren 2,239 (26.9%) positiv; 1,410 Patienten erklärten sich zur weiteren Teilnahme bereit (Teilnahmerate 63.0%). Von diesen zogen 7.0% ihr Einverständnis zu einem späteren Zeitpunkt zurück, und 13.6% mussten aufgrund eines fehlenden Telefonanschlusses oder postalischer und telefonischer Nicht-Erreichbarkeit vom weiteren Studienverlauf ausgeschlossen werden. Insgesamt waren diejenigen Personen mit einem positiven Screening-Ergebnis, welche zu irgendeinem Zeitpunkt nach dem Screening die weitere Teilnahme verweigerten oder für das diagnostische Telefoninterview nicht in Frage kamen, älter ($M=38.7$; $SD=13.7$ vs. $M=36.8$; $SD=13.6$) und gebildeter in Bezug auf die Dauer der schulischen Ausbildung (> 9 Jahre=54.4% vs. 65.0%) im Vergleich zu Studienteilnehmern, wiesen jedoch eine ähnliche Rate an Frauen (28.7% vs. 31.3%) und Rauchern (39.6% vs. 42.5%), sowie ähnliche Mittelwerte im AUDIT (9.0 vs. 9.1) und LAST (1.6 vs. 1.6) auf.

Mit 1,119 (79.4%) positiv gescreenten Patienten mit vorliegender Einverständniserklärung konnte ein diagnostisches Interview durchgeführt werden. Von diesen erfüllten 664 Patienten (59.3%) nicht die Studieneinschlusskriterien für Alkoholabhängigkeit, -missbrauch, Risikokonsum oder Binge Drinking und von 47 Patienten (4.2%) konnte der Baseline Fragebogen nicht erhoben werden. In die endgültige Stichprobe wurden 408 Studienteilnehmer eingeschlossen und randomisiert einer der beiden Interventionsgruppen oder Kontrollgruppe zugewiesen. Hiervon waren 278 (68.1%) männlich und 130 (31.9%) weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 39.9 Jahre ($SD=13.4$). Zur Katamnese mussten 34 Patienten aufgrund von Nicht-Erreichbarkeit oder Verweigerung ausgeschlossen werden; die Katamnese wurde bei 374 Patienten (91.7%) realisiert.

Die Rekrutierung nach CONSORT Statement ist in Abbildung 7.1 dargestellt.

Abbildung 7.1: Rekrutierung nach CONSORT Statement



8. ERGEBNISSE

8.1 Datenquerschnitt

8.1.1 Verteilung alkoholbezogener Störungen/problematischen Alkoholkonsums

Bei 124 (30.4%) Patienten der endgültigen Stichprobe (N=408) lag eine Alkoholabhängigkeit vor und bei 59 (14.5%) ein Alkoholmissbrauch, während 112 Teilnehmer (27.5%) die Kriterien für Risikokonsum und 113 Probanden (27.7%) die Kriterien für Binge Drinking (ohne Risikokonsum oder alkoholbezogene Störung) erfüllten.

8.1.2 Verteilung komorbider Störungen

Nach diagnostischer Vertiefung lag bei 320 Probanden (78.4%) der endgültigen Stichprobe keine zusätzliche Angst- oder depressive Störung vor, während 88 Probanden (21.6%) die diagnostischen Kriterien einer Angst- und/oder depressiven Störung erfüllten. Von diesen wiesen 35 Teilnehmer eine depressive Störung auf, 30 eine Angststörung, sowie 23 Teilnehmer sowohl eine Angst- als auch eine depressive Störung. Im Vergleich zu Nicht-Komorbiden waren komorbide Teilnehmer signifikant häufiger alkoholabhängig als Alkoholmissbraucher, Risikokonsumenten oder Binge Drinker ($\chi^2=42.12$; $df=3$; $p<.001$) und wiesen im Mittel signifikant höhere Alkoholtrinkmengen zur Baseline auf als nicht-komorbide Studienteilnehmer (Mann-Whitney-U=11974.0; $p=.03$). Komorbide Probanden waren signifikant häufiger weiblich ($\chi^2=17.0$; $df=1$; $p<.001$), unterschieden sich jedoch nicht in Bezug auf die Dauer der schulischen Ausbildung (< 9 Jahre vs. > 9 Jahre; $\chi^2=1.6$; $df=1$; $p=.21$) oder Alter ($t=1.490$; $df=152.21$; $p=.14$). Zwischen Komorbiden und Nicht-Komorbiden bestand kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich der Gruppenverteilung ($\chi^2=.062$; $df=1$; $p=.80$). Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 8.1 dargestellt.

Tabelle 8.1: Deskriptive Statistik im Vergleich zwischen komorbiden und nicht-komorbiden Studienteilnehmern

Deskriptive Variable	Komorbidität		Signifikanz
	Nicht Komorbid (n=320)	Komorbid (n=88)	
Alkoholbezogene Störungen/ problematischer Konsum:			
Alkoholabhängigkeit	n=73 / 22.8%	n=51 / 58.0%	Chi ² =42.12; p<.001
Alkoholmissbrauch	n=48 / 15.0%	n=11 / 12.5%	
Alkohol-Risikokonsum	n=97 / 30.3%	n=15 / 17.0%	
Binge Drinking	n=102 / 31.9%	n=11 / 12.5%	
Alter	Mean=36.97/ SD=13.75	Mean=34.71/ SD=12.13	t=1.49; p=.14
Alkoholtrinkmengen zur Baseline (Gramm/Alkohol)	Mean=40.53/ SD=42.72	Mean=75.21/ SD=108.31	Mann-Whitney- U=11974.0; p=.03
Geschlecht:			
weiblich	n=86/ 26.9%	n=44/ 50.0%	Chi ² =17.0; p<.001
männlich	n=234/ 73.1%	n=44/ 50.0%	
Randomisierte Gruppenzuteilung:			
Kontrollgruppe	n=110/ 34.4%	n=29/ 33.3%	Chi ² =.06; p=.80
Interventionsgruppe	n=210/ 65.6%	n=59/ 67.0%	

8.1.3 Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion und assoziierte Variablen des TTM

8.1.3.1 Stadien der Änderungsbereitschaft

Die Querschnittsdaten zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen komorbiden Angst- und/oder depressiven Störungen und der Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion (Tabelle 8.2; Grothues et al., 2005). Hierbei fanden sich unter Einschluss aller Gruppen alkoholbezogener Störungen/problematischen Konsums (Alkoholabhängigkeit, -missbrauch, Risikokonsum, Binge Drinking) komorbide Probanden häufiger im Stadium der Absichtsbildung, nicht-komorbide Patienten jedoch signifikant häufiger im Stadium der Absichtslosigkeit (Tabelle 8.2). Auf eine Aufgliederung der Analyse nach den einzelnen

ERGEBNISSE

Gruppen alkoholbezogener Störungen/problematischen Konsums (Abhängigkeit, Missbrauch, Risikokonsum, Binge Drinking) wurde aufgrund kleiner Zellbesetzungen verzichtet.

Tabelle 8.2: Stadien der Verhaltensänderung bei Komorbidität unter Einschluss aller Gruppen alkoholbezogener Störungen/problematischen Alkoholkonsums zur Baseline

	Stadien der Änderungsbereitschaft			Signifikanz (Chi ² ; p)
	Absichtslosigkeit n = 218 (%)	Absichtsbildung n = 128 (%)	Handlung n = 62 (%)	
Nicht Komorbid (n = 320)	59.9	26.3	13.8	27.2; <.001
Komorbid (n = 88)	28.9	50.6	20.5	

Signifikante Unterschiede in der Stadienverteilung ergaben sich ebenfalls bei vergleichender Analyse von Probanden mit einer der beiden komorbiden Störungsgruppen Angst- oder depressive Störungen und Studienteilnehmern ohne die entsprechende Störungsgruppe. Die Ergebnisse waren hierbei ausgeprägter für Angststörungen (Chi²=22.43; df=2 ;p<.001) als für depressive Störungen (Chi²=8.24; df=2; p=.02). Bei einer Analyse der Stadienverteilung zwischen Individuen mit entweder Angst- oder depressiver Störung im Vergleich zu Teilnehmern ohne Komorbidität mit irgendeiner dieser Störungen ergaben sich ebenfalls signifikante Zusammenhänge bei erhöhter Änderungsbereitschaft für beide komorbide Störungen im Vergleich zu Nicht-Komorbiden (Tabelle 8.3).

ERGEBNISSE

Tabelle 8.3: Stadien der Verhaltensänderung zur Baseline: komorbide Angst- oder depressive Störungen vs. Nicht-Vorliegen der entsprechenden Störung sowie komorbide Störungen Angst-/depressive Störung vs. keine Komorbidität irgendeiner der beiden Störungen

Komorbide Störung	Stadien der Änderungsbereitschaft			Signifikanz (Chi ² ; p)
	Absichtslosigkeit (n=218); %	Absichtsbildung (n=128); %	Handlung (n=62); %	
Komorbide Angst-/ depressive Störung vs. keine Angst-/ depressive Störung ¹				
Keine Angst-Störung (n = 355)	57.7	27.6	14.6	22.43; <.001
Angst-Störung (n = 53)	24.5	56.6	19.8	
Komorbide Angst-/ depressive Störung vs. keine Komorbidität ²				
Keine depressive Störung (n = 350)	56.6	28.9	14.6	8.24; p=.02
Depressive Störung (n = 58)	34.5	46.6	19.0	
Komorbide Angst-/ depressive Störung vs. keine Komorbidität ²				
Keine Angst-Störung (n = 320)	60.0	25.9	14.1	20.93; <.001
Angst-störung (n = 30)	20.0	60.0	20.0	
Keine depressive Störung (n = 320)	60.0	25.9	14.1	5.94; .05
Depressive Störung (n = 35)	37.1	42.9	20.0	

¹ Es kann die jeweils andere Störung vorliegen

² Es liegt weder Angst- noch depressive Störung vor

8.1.3.1.1 Multivariate Analyse

Es wurden diejenigen Variablen, in denen sich komorbide Probanden signifikant von nicht-komorbiden Studienteilnehmern unterschieden, als mögliche Einflussvariablen auf die Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion untersucht. Als Maß für allgemeine Lebenszufriedenheit zur Baseline diente der Summenwert der Satisfaction with Life Scale (SWLS, siehe Kapitel 6.5.6). Es zeigte sich bei komorbiden Probanden im Vergleich zu nicht-komorbiden Studienteilnehmern eine signifikant niedrigere Lebenszufriedenheit (Mann-Whitney-U=111974.0; $p < .05$). Als Maß für negative Konsequenzen des Alkoholkonsums diente der Summenwert der Adverse Consequences from Drinking Scale (ACD, siehe Kapitel 6.5.3). Für komorbide Probanden zeigten sich stärkere negative Konsequenzen des Konsums (Mann-Whitney-U=7234.50; $p < .001$). Durch den nicht-parametrischen Kruskal-Wallis-H-Test wurde ein Zusammenhang der Faktoren Lebenszufriedenheit und negative Konsequenzen des Alkoholkonsums auf die Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion geprüft. Es ergaben sich signifikante Unterschiede in der Verteilung der Stadien der Änderungsbereitschaft in Abhängigkeit von der Lebenszufriedenheit und den negativen Konsequenzen des Trinkverhaltens, d.h. eine erhöhte Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion, wenn Probanden eine niedrigere Lebenszufriedenheit zeigten (Kruskal-Wallis-H-Test; $\text{Chi}^2 = 67.11$; $p < 0.001$) oder mehr negative Konsequenzen des Konsums vorlagen (Kruskal-Wallis-H-Test; $\text{Chi}^2 = 74.23$; $p < .001$).

Im Rahmen einer multinomialen logistischen Regressionsanalyse wurde evaluiert, in welchem Maße die Variablen Komorbidität, negative Konsequenzen des Alkoholkonsums oder Lebenszufriedenheit prädiktive Faktoren für die Änderungsbereitschaft darstellten. Im ersten Schritt wurde nur Komorbidität als unabhängige Variable mit Änderungsbereitschaft als abhängige Variable in das Regressionsmodell aufgenommen. Es ergab sich bei Vorliegen von Komorbidität eine erniedrigte Wahrscheinlichkeit, im Stadium der Absichtslosigkeit verglichen mit der Handlung (Referenzkategorie) zu sein (OR=.60; CI=0.42-0.85; $p < .001$). Für das Stadium der Absichtsbildung fand sich keine Signifikanz (OR=1.20; CI=0.86-1.67; $p = .29$). Im zweiten Schritt wurden die Variablen negative Konsequenzen des Konsums und Lebenszufriedenheit zusammen mit Komorbidität als weitere unabhängige Variablen eingesetzt. Ebenfalls wurde die Variable alkoholbezogene Störung/problematischer Konsum aufgenommen, da sich Komorbide und Nicht-Komorbide hier in der Verteilung signifikant unterschieden (siehe Kapitel 8.1.1) und die Änderungsbereitschaft in diesen Gruppen unterschiedlich ausgeprägt war ($\text{Chi}^2 = 93.34$; $df = 6$; $p < .001$). Die Variable Geschlecht wurde

ERGEBNISSE

nicht aufgenommen, obgleich Komorbide signifikant häufiger weiblich waren (siehe Kapitel 8.1.2), da diese Variable keinen Einfluss auf die Stadien der Änderungsbereitschaft hatte ($\text{Chi}^2=.58$; $\text{df}=2$; $p=.75$). In diesem Modell zeigten sich in Bezug auf das Stadium der Absichtslosigkeit signifikante Resultate für die Variablen Lebenszufriedenheit und negative Konsequenzen des Konsums; die Wahrscheinlichkeit, in diesem Stadium verglichen mit dem Handlungsstadium zu sein, war bei ausgeprägterer Lebenszufriedenheit erhöht und bei stärker gewichteten negativen Konsequenzen erniedrigt. Die jeweilige Alkoholproblematik hatte ebenfalls Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, im Stadium der Absichtslosigkeit zu sein: hierbei fanden sich signifikant erhöhte Odds Ratios für Binge Drinking und Alkoholmissbrauch. Die Variable Komorbidität verlor ihren prädiktiven Wert in diesem Modell. Für das Stadium der Absichtsbildung ergaben sich für keine der Variablen signifikante Befunde (Tabelle 8.4).

Table 8.4: Multinomiale logistische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Änderungsbereitschaft (Referenzkategorie Handlung)

Stadium der Verhaltensänderung: Absichtslosigkeit			
Unabhängige Variablen	Odds Ratio	Konfidenzintervall (95%)	Signifikanz (p)
Negative Konsequenzen des Alkoholkonsums	.903	.827 bis .986	.023
Lebenszufriedenheit	1.106	1.032 bis 1.186	.004
Komorbidität	.768	0.332 bis 1.775	.537
Alkoholbezogene Störungen/ problematischer Konsum (Referenzkategorie Abhängigkeit):			
Missbrauch	3.934	1.433 bis 10.797	.008
Risikokonsum	2.160	.906 bis 5.148	.082
Binge Drinking	6.312	2.340 bis 17.029	<.001

Table 8.4 ff.: Multinomiale logistische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Änderungsbereitschaft (Referenzkategorie Handlung)

Stadium der Verhaltensänderung: Absichtsbildung			
Unabhängige Variablen	Odds Ratio	Konfidenzintervall (95%)	Signifikanz (p)
Negative Konsequenzen des Alkoholkonsums	1.028	.961 bis 1.100	.418
Lebenszufriedenheit	.998	.930 bis 1.071	.563
Komorbidität	.991	.451 bis 2.150	.982
Alkoholbezogene Störungen/ problematischer Konsum (Referenzkategorie Abhängigkeit):			
Missbrauch	.622	.221 bis 1.747	.367
Risikokonsum	.730	.317 bis 1.681	.460
Binge Drinking	.651	.225 bis 1.881	.427

8.1.3.2 Prozesse der Verhaltensänderung, Entscheidungswaage, Verlangen, Selbstwirksamkeit

Bei komorbiden Teilnehmern fanden sich höhere Mittelwerte für jede der kognitiv-affektiven und verhaltensbezogenen Prozesse der Verhaltensänderung zur Baseline (Tabelle 8.5). Eine Analyse der Entscheidungswaage (Tabelle 8.6) zeigte höhere Mittelwerte sowohl für die positiven als auch für die negativen Aspekte des Alkoholkonsums. Im Vergleich zu Nicht-Komorbiden ergaben sich für komorbide Teilnehmer höhere Werte für das situative Verlangen nach Alkohol; demgegenüber zeigten sich jedoch niedrigere Selbstwirksamkeitserwartungen, in den entsprechenden Situationen auf das Alkoholtrinken verzichten zu können. Bei einer Differentialuntersuchung der kognitiv-affektiven und verhaltensbezogenen Prozesse, Entscheidungswaage und des situativen Verlangens/Selbstwirksamkeitserwartungen je nach alkoholbezogener Störung/problematischem Alkoholkonsum (Alkoholabhängigkeit, -missbrauch, -risikokonsum oder Binge Drinking) im

ERGEBNISSE

Vergleich zwischen Komorbiden und Nicht-Komorbiden blieb die Richtung der o.a. Zusammenhänge bestehen. Primär durch zu geringe Substichprobengrößen verloren jedoch einige Vergleiche an Signifikanz.

Tabelle 8.5: Prozesse der Verhaltensänderung zur Baseline

TTM Variablen	Studienteilnehmer (n=408)		Signifikanz (Mann-Whitney- U; p)
	Nicht Komorbid (n = 320) mean; SD	Komorbid (n = 88) mean; SD	
Summe aller verhaltensbezogenen Prozesse	38.67; 15.63	47.70; 14.48	8016.50; <.001
Gegenkonditionierung	7.73; 3.60	9.64; 3.50	9068.00; p<.001
Selbst-Verstärkung	6.37; 2.98	8.17; 3.07	8694.50; <.001
Kontrolle der Umwelt	6.09; 3.09	7.92; 3.45	8639.00; <.001
Selbstverpflichtung	9.52; 4.20	9.59; 4.85	9652.50; <.001
Nutzen hilfreicher Beziehungen	9.13; 4.73	10.49; 4.50	11138.50; .006
Summe aller kognitiv-affektiven Prozesse	39.30; 16.33	48.19; 16.98	8488.50; <.001
Steigern des Problembewusstseins	6.22; 3.00	7.82; 3.38	9594.50; <.001
Emotionales Erleben	8.92; 3.83	10.45; 3.80	10467.00; .001
Neubewertung der persönlichen Umwelt	7.19; 3.81	5.59; 4.85	11072.00; .001
Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen	7.19; 3.81	9.59; 4.85	9374.50; <.001
Selbstneubewertung	8.02; 4.45	10.97; 4.98	8739.50; <.001
Summe aller Prozesse der Verhaltensänderung	77.67; 31.46	96.36; 29.35	8016.50; .001

Tabelle 8.6 Entscheidungswaage, situatives Verlangen nach Alkohol und Selbstwirksamkeitserwartungen zur Baseline

TTM Variablen	Studienteilnehmer (n=408)		Signifikanz (Mann-Whitney- U; p)
	Nicht Komorbid (n = 320) mean; SD	Komorbid (n = 88) mean; SD	
Entscheidungswaage:			
Positive Aspekte (Summenwert)	18.34; 7.93	26.58; 9.62	8729.00; <.001
Negative Aspekte (Summenwert)	22.22; 11.59	29.93; 11.03	7074.00; <.001
Abstinenz-Selbstwirksamkeit:			
Situatives Verlangen (Summenwert)	30.82; 18.86	48.10; 20.65	7480.50; .001
Selbstwirksamkeitserwartung (Summenwert)	65.68; 24.45	50.97; 24.57	9107.50; .001

8.1.4 Inanspruchnahme formeller, alkoholspezifischer Hilfen zur Baseline

Lebenszeitbezogen zeigten die Daten eine signifikant höhere Inanspruchnahme formeller, alkoholbezogener Hilfen bei komorbiden Probanden im Vergleich zu Nicht-Komorbiden ($\text{Chi}^2=12.95$; $\text{df}=1$; $p<.000$). Dies fand sich in allen Kategorien mit Ausnahme der Beratung zum Alkoholtrinken durch den Arzt, bei der sich eine signifikant höhere Inanspruchnahme bei den Nicht-Komorbiden zeigte ($\text{Chi}^2=8.93$; $\text{df}=1$; $p=.003$). Für die Inanspruchnahme von Hilfen ohne die Kategorie Beratung durch den Hausarzt (siehe Kapitel 6.5.5) ergab sich ebenfalls eine signifikant höhere Inanspruchnahme durch komorbide Studienteilnehmer ($\text{Chi}^2=34.01$; $\text{df}=1$; $p<.001$). Tabelle 8.7 stellt die zur Baseline erhobene lebenszeitbezogene Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen dar.

Für die im weiteren Verlauf vorgenommenen Analysen bezieht sich die Variable Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Baseline jeweils auf die Variable *Alle Kategorien unter Ausschluss der Kategorie Beratung durch den Hausarzt*.

ERGEBNISSE

Tabelle 8.7: Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen im Vergleich komorbide vs. nicht-komorbide Probanden zur Baseline

Kategorie der Inanspruchnahme	Studienteilnehmer (n=408)				Signifikanz (Chi ² ; p)
	Komorbid n=88		Nicht komorbid n=320		
	Keine Inanspruchnahme (n; %)	Inanspruchnahme (n; %)	Keine Inanspruchnahme (n; %)	Inanspruchnahme (n; %)	
Alle Kategorien	48; 54.50	40; 45.50	238; 74.40	82; 25.60	12.95; <.001
Alle Kategorien unter Ausschluss der Beratung durch den Hausarzt	54; 61.4	34; 38.6	282; 88.1	38; 11.9	34.01; <.001
Beratung durch einen Arzt	33; 37.50	55; 62.50	70; 21.90	250; 78.10	8.93; .003
Hilfen durch andere Fachkräfte	17; 5.30	303; 94.70	19; 21.60	69; 78.40	23.13; p<.001
Alkoholspezifische Beratungsstelle	9; 10.20	79; 89.80	9; 2.80	311; 97.20	9.00; .006
Alkoholspezifische Entgiftung/Entwöhnungsbehandlung	67; 76.1	21; 23.9	296; 92.5	24; 7.5	18.83; <.001
Besuch einer Selbsthilfegruppe	17; 19.3	71; 80.7	22; 6.9	298; 93.1	12.361; <.001

8.2 Datenlängsschnitt

8.2.1 Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion und assoziierte Variablen des TTM

8.2.1.1 Progression innerhalb der Stadien der Änderungsbereitschaft

Es wurde geprüft, ob sich komorbide Studienteilnehmer hinsichtlich ihres Fortschreitens innerhalb der Stadien der Änderungsbereitschaft zwischen Baseline und Katamnese signifikant von nicht-komorbidem Probanden unterschieden. Hierzu wurde eine dichotome Variable Stadienprogression gebildet, welche sich aus der Differenz der Gesamtwerte des Readiness to Change Questionnaire (RCQ, siehe Kapitel 6.5.4) zwischen Baseline- und Katamnese-Erhebung ergab. Als Stadienprogression wurde definiert: Probanden, die sowohl zur Baseline- als auch zur Katamnese im Stadium der Handlung waren sowie Probanden, bei denen sich zwischen Baseline und Katamnese ein Fortschreiten in ein höheres Stadium der Änderungsmotivation ergab.

Zunächst wurde in separaten logistischen Regressionsmodellen ein Zusammenhang derjenigen Variablen, in denen sich Komorbide von Nicht-Komorbidem im Rahmen der Stichprobenbeschreibung signifikant unterschieden (siehe Kapitel 8.1.2), und/oder für die ein möglicher Einfluss auf die Stadienprogression annehmbar wäre, geprüft (Tabelle 8.8). Es ergab sich für folgende Variablen ein signifikanter Zusammenhang zur Stadienprogression im Längsschnitt: Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Baseline, alkoholbezogene Problematik (Alkoholabhängigkeit, -missbrauch, -risikokonsum, Binge Drinking), negative Konsequenzen des Alkoholkonsums, Stadienverteilung zur Baseline und Komorbidität. Alkoholtrinkmenge zur Baseline wurde tendenziell ($p < .065$) signifikant.

Tabelle 8.8: Prädiktivität einzelner Variablen auf die Stadienprogression in univariaten logistischen Regressionsmodellen

Unabhängige Variablen	Exp(B)	Konfidenzintervall (95%)	Signifikanz (p)
Komorbidität	.351	1.104 bis 1.828	.006
Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Baseline	2.373	1.374 bis 4.097	.002
Alkoholtrinkmenge zur Baseline	.003	1.000 bis 1.007	.065

ERGEBNISSE

Tabelle 8.8ff.: Prädiktivität einzelner Variablen auf die Stadienprogression in univariaten logistischen Regressionsmodellen

Unabhängige Variablen	Exp(B)	Konfidenzintervall (95%)	Signifikanz (p)
Alkoholbezogene Störungen/ problematischer Konsum	1.266	1.055 bis 1.520	.011
Negative Konsequenzen des Alkoholkonsums	.059	1.013 bis 1.111	.013
Stadienverteilung zur Baseline	.503	1.241 bis 2.204	.001
Gruppenzugehörigkeit (Kontrollgruppe/ Interventionsgruppen)	.078	.687 bis 1.700	.737

In einem weiteren logistischen Regressionsmodell wurden nun die für die Stadienprogression signifikant prädiktiven Variablen, sowie die tendenziell ($p < .065$) signifikante Variable Trinkmenge zur Baseline gemeinsam geprüft (Tabelle 8.9). In diesem Modell verlor Komorbidität nun die Prädiktivität für eine Stadienprogression, während nur die Variable Stadienzugehörigkeit zur Baseline signifikant wurde.

Tabelle 8.9: Logistisches Regressionsmodell zur Bestimmung der Prädiktivität aller zuvor signifikanten oder tendenziell ($p < .10$) signifikanten Variablen auf die Stadienprogression

Unabhängige Variablen	Exp(B)	Konfidenzintervall (95%)	Signifikanz (p)
Komorbidität	1.248	.941 bis 1.645	.124
Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Baseline	1.734	.850 bis 3.536	.130
Alkoholtrinkmenge zur Baseline	.001	.996 bis 1.005	.130
Alkoholbezogene Störungen/ problematischer Konsum	1.075	.861 bis 1.343	.522
Negative Konsequenzen des Alkoholkonsums	.989	.925 bis 1.055	.745
Stadienverteilung zur Baseline	1.426	1.035 bis 1.965	.030

8.2.1.3 Progression im Rahmen der Entscheidungswaage

Um eine Veränderung im Rahmen der Entscheidungswaage zu untersuchen, wurde der Summenwert der durch die Alcohol Decisional Balance Scale (ADBS; siehe Kapitel 6.5.4) erfassten positiven bzw. negativen Aspekte des Konsums zur Baseline von den entsprechenden Summenwerten zur Katamnese subtrahiert und dichotome Variablen (für die Verhaltensänderung günstige Entwicklung vs. keine oder eine für die Verhaltensänderung ungünstige Entwicklung) definiert. Für die positiven Aspekte des Konsums bedeutete eine Zahl im negativen Differenzbereich eine für die Verhaltensänderung günstige Entwicklung, während für die negativen Aspekte des Konsums ein Wert im positiven Differenzbetrag als eine Verhaltensänderung begünstigende Entwicklung definiert wurde. Zunächst wurde in logistischen Regressionsmodellen ein Zusammenhang derjenigen Variablen, in denen sich Komorbide von Nicht-Komorbiden im Rahmen der Stichprobebeschreibung (siehe Kapitel 8.1.2) signifikant unterschieden und/oder für die ein möglicher Einfluss auf die Entscheidungswaage annehmbar wäre, einzeln geprüft (Tabelle 8.10). Für eine Niedrigergewichtung der positiven Aspekte des Konsums stellten sich hierbei folgende Variablen als signifikant prädiktiv heraus: alkoholbezogene Störung/problematischer Konsum, Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Baseline, negative Konsequenzen des Konsums, Komorbidität, Trinkmenge zur Baseline und Stadienverteilung zur Baseline. Prädiktiv für eine Stärkergewichtung der negativen Aspekte des Alkoholkonsums war nur die Variable alkoholbezogene Störung/problematischer Konsum (Tabelle 8.11). Komorbidität ergab keine Prädiktivität für eine Niedrigergewichtung. Die Variable Gruppenzugehörigkeit (Kontroll-/Interventionsgruppen) wurde tendenziell ($p=.091$) signifikant.

Tabelle 8.10: Prädiktivität einzelner Variablen für die Niedrigergewichtung der positiven Aspekte des Konsums im Rahmen der Entscheidungswaage in getrennten logistischen Regressionsmodellen (abhängige Variable: Niedrigergewichtung ja/nein)

Unabhängige Variablen	Exp(B)	Konfidenzintervall (95%)	Signifikanz (p)
Komorbidität	1.753	1.337 bis 2.301	<.001
Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Baseline	2.731	1.523 bis 4.898	.001

ERGEBNISSE

Tabelle 8.10ff.: Prädiktivität einzelner Variablen für die Niedrigergewichtung der positiven Aspekte des Konsums im Rahmen der Entscheidungswaage in getrennten logistischen Regressionsmodellen (abhängige Variable: Niedrigergewichtung ja/nein)

Unabhängige Variablen	Exp(B)	Konfidenz- intervall (95%)	Signifikanz (p)
Alkoholtrinkmenge zur Baseline	1.007	1.003 bis 1.012	.001
Alkoholbezogene Störungen/ problematischer Konsum	1.497	1.205 bis 1.858	.001
Negative Konsequenzen des Alkoholkonsums	1.123	1.068 bis 1.182	.001
Stadienverteilung zur Baseline	1.854	1.343 bis 2.560	.001
Gruppenzugehörigkeit (Kontrollgruppe/ Interventionsgruppen)	.776	.459 bis 1.276	.306

Tabelle 8.11 Prädiktivität einzelner Variablen für die Stärkergewichtung der negativen Aspekte des Konsums im Rahmen der Entscheidungswaage in getrennten logistischen Regressionsmodellen (abhängige Variable: Stärkergewichtung ja/nein)

Unabhängige Variablen	Exp(B)	Konfidenz- intervall (95%)	Signifikanz (p)
Komorbidität	.830	.642-1.074	.157
Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Baseline	1.346	.736-2.464	.335
Alkoholtrinkmenge zur Baseline	1.000	.997-1.004	.824
Alkoholbezogene Störungen/problematischer Konsum	.811	.674-.976	.027
Negative Konsequenzen des Alkoholkonsums	.997	.950-1.047	.917
Stadienverteilung zur Baseline	.789	.590-1.055	.110
Gruppenzugehörigkeit (Kontroll-/Interventionsgr.)	.664	.431-1.068	.091

ERGEBNISSE

In einem weiteren logistischen Regressionsmodell wurden diejenigen Variablen, welche für eine Niedrigergewichtung der positiven Aspekte des Alkoholkonsums signifikant prädiktiv waren, gemeinsam geprüft (Tabelle 8.12). Hierbei wurde nur Komorbidität signifikant. Die Variable Stadienverteilung zur Baseline wurde tendenziell ($p < .01$) signifikant für eine Niedrigergewichtung der positiven Aspekte des Alkoholkonsums im Rahmen der Entscheidungswaage. Auf ein entsprechendes Regressionsmodell für die Stärkergewichtung der negativen Aspekte wurde verzichtet, da die Variable Komorbidität hier nicht prädiktiv war.

Tabelle 8.12: Prädiktivität aller zuvor signifikanten Variablen für die Niedrigergewichtung der positiven Aspekte des Konsums im Rahmen der Entscheidungswaage in einem gemeinsamen logistischen Regressionsmodell
(abhängige Variable: Niedrigergewichtung ja/nein)

Unabhängige Variablen	Exp(B)	Konfidenzintervall (95%)	Signifikanz (p)
Komorbidität	1.446	1.062 bis 1.907	.019
Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Baseline	.783	.339 bis 1.809	.567
Alkoholtrinkmenge zur Baseline	1.004	.999 bis 1.009	.117
Alkoholbezogene Störungen/ problematischer Konsum	1.118	.854 bis 1.463	.416
Negative Konsequenzen des Alkoholkonsums	1.050	.979 bis 1.125	.171
Stadien der Verhaltensänderung zur Baseline	1.430	.986 bis 2.074	.059

8.2.2 Inanspruchnahme formeller, alkoholspezifischer Hilfen zur Katamnese

Bezogen auf die letzten 12 Monate zeigen die Daten eine signifikant höhere Inanspruchnahme formeller, alkoholbezogener Hilfen bei komorbiden Probanden im Vergleich zu Nicht-Komorbiden ($\chi^2=25.46$; $df=1$; $p < .001$). Dies findet sich in allen Kategorien mit Ausnahme

ERGEBNISSE

der Beratung zum Alkoholtrinken durch den Arzt, bei der sich eine signifikant höhere Inanspruchnahme bei den Nicht-Komorbiden zeigt ($\text{Chi}^2=11.55$; $\text{df}=1$; $p<.001$). Für die Inanspruchnahme von Hilfen ohne die Kategorie Beratung durch den Hausarzt (siehe Instrumente) zeigt sich ebenfalls eine signifikant höhere Inanspruchnahme bei komorbiden Studienteilnehmern ($\text{Chi}^2=34.67$; $\text{df}=1$; $p<.001$). In Tabelle 8.13 ist die zur Katamnese erhobene Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen innerhalb der letzten 12 Monate dargestellt.

Tabelle 8.13: Inanspruchnahme alkoholspezifischer Hilfen innerhalb der letzten 12 Monate im Vergleich komorbide vs. nicht-komorbide Probanden

Kategorie der Inanspruchnahme	Studienteilnehmer (n=373)				Signifikanz (Chi^2 ; p)
	Komorbid (n=79)		Nicht komorbid (n=294)		
	Keine Inanspruchnahme (n; %)	Inanspruchnahme (n; %)	Keine Inanspruchnahme (n; %)	Inanspruchnahme (n; %)	
Alle Kategorien	51; 64.6	28; 35.4	259; 88.4	34; 11.6	25.46; <.001
Alle Kategorien unter Ausschluss der Beratung durch den Hausarzt	58 ;73.4	21; 26.6	280; 95	14; 4.8	34.87; <.001
Alkoholspezifische Beratungsstelle	75; 94.9	4; 5.1	292; 99.7	1; .30	10.46; .008
Alkoholspezifische Entgiftung/ Entwöhnungs- behandlung	65; 82.3	14; 17.7	288; 98.0	6; 2.0	30.17; <.001
Besuch einer Selbsthilfegruppe	69; 87.3	10; 12.7	287; 97.6	7; 2.4	15.12; .001

8.2.2.1 Unterschiede in der Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zwischen komorbiden und nicht-komorbiden Studienteilnehmern nach Kurzintervention

Für die im weiteren Verlauf vorgenommenen Analysen bezieht sich die Variable Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Katamnese jeweils auf die Variable *Alle Kategorien unter Ausschluss der Beratung durch den Hausarzt*. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Kurzinterventionen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer Hilfen bei nicht-komorbiden Studienteilnehmern ($\text{Chi}^2=4.54$; $\text{df}=1$; $p<.05$), jedoch nicht bei Komorbiden ($\text{Chi}^2=.40$; $\text{df}=1$; $p=.60$). In einem logistischen Regressionsmodell wurde die Prädiktivität von Komorbidität und einem Interaktionsterm Komorbidität/Gruppenzugehörigkeit untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass der Interaktionsterm nicht signifikant prädiktiv für die Inanspruchnahme war ($\text{OR}=1.45$; $\text{CI}=.019-1.126$; $p=.065$), während Komorbidität einen prädiktiven Faktor darstellte ($\text{OR}=.196$; $\text{CI}=.092-.416$; $p<.001$). Für den weiteren Analyseschritt wurde daher nur die Variable Komorbidität eingesetzt und nicht der Interaktionsterm.

Da komorbide Studienteilnehmer signifikant häufiger weiblich und alkoholabhängig (siehe Stichprobenbeschreibung Kapitel 8.1.2) waren, wurde der prädiktive Wert von Komorbidität auf die Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen im Verhältnis zu den Variablen Alkoholbezogene Störung/problematischer Konsum (Alkoholabhängigkeit, -missbrauch, -risikokonsum, Binge Drinking) und Geschlecht in einem logistischen Regressionsmodell geprüft. Inanspruchnahme von Hilfen zur Baseline, Gruppenzugehörigkeit (Kontroll- oder Interventionsgruppen) wurden ebenfalls ins Modell eingeschlossen. Als Maß der Symptomschwere, wurden die durch die Adverse Consequences of Drinking Skala (ACD; siehe Kapitel 6.5.4) gemessenen negativen Konsequenzen des Alkoholkonsums als Variable ins logistische Regressionsmodell eingeschlossen. Hierbei zeigten sich nur Komorbidität und Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Baseline als positive Prädiktoren für die Inanspruchnahme von Hilfen zur Katamnese (Tabelle 8.14).

Tabelle 8.14: Logistische Regressionsanalyse zur Bestimmung der Prädiktivität einzelner Variablen für die Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen (=abhängige Variable; ja/nein) zur Katamnese

Unabhängige Variablen	Odds Ratio	Konfidenzintervall (95%)
Komorbidität	.28	.11 bis .76*
Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Baseline	.07	.023 bis .20*
Geschlecht (Referenzkategorie: weiblich)	.86	.32 bis 2.27
Alkoholbezogene Störungen/ problematischer Konsum (Referenzkategorie: Abhängigkeit)		
Binge Drinking	1.16	.233 bis 5.75
Risikokonsum	1.67	.43 bis 6.51
Missbrauch	1.43	.26 bis 7.97
Gruppenzugehörigkeit (Kontrollgruppe/ Interventionsgruppen)	.39	.13 bis 1.18
Negative Konsequenzen des Alkoholkonsums	1.07	.98 bis 1.17

* signifikant

8.2.3 Trinkmengenreduktion

Die Längsschnittdaten zeigen für nicht-komorbide Probanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen alkoholbezogenen Kurzinterventionen und Trinkmengenreduktion zur Katamnese (Mann-Whitney-U=9891.0; p=.03), jedoch nicht für komorbide Probanden (Mann-Whitney-U=821.0; p=.76). In der komorbiden Substichprobe fanden sich stärkere Trinkmengenreduktionen sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe im Vergleich zu den entsprechenden nicht-komorbiden Vergleichsgruppen (Tabelle 8.15). Diagnosespezifische Analysen im Rahmen der Diagnosegruppen Angst- und depressive Störungen ergaben statistische Trends zu einer stärkeren Trinkmengenreduktion in beiden Diagnosegruppen im Vergleich zu den entsprechenden Vergleichsgruppen ohne die jeweilige Störung, erreichten jedoch keine statistische Signifikanz. Bei Prüfung der Trinkmengenreduktion innerhalb der gesamten Stichprobe, unabhängig von Kontrollgruppe

ERGEBNISSE

oder Intervention, zeigen die Daten eine signifikant höhere Reduktion bei komorbiden Teilnehmern im Vergleich zu Nicht-Komorbiden (Mann-Whitney-U=11680; p=.02).

Tabelle 8.15: Trinkmengenreduktion im Vergleich komorbide vs. nicht-komorbide Probanden

Komorbidität	Gruppenzugehörigkeit		Signifikanz (Mann-Whitney-U; p)
	Kontrollgruppe (Mean: g/Alkohol)	Interventions- gruppen SC und FC (Mean: g/Alkohol)	
Keine komorbide Angst- und/ oder depressive Störung	-2,64	-8,61	9891.0; .03
Komorbide Angst- und/ oder depressive Störung	-22,06 a)	-22,09 b)	821.0; p=.76
Keine komorbide Depressive Störung	-5,28	-9,84	12073.0; p=.05
Komorbide depressive Störung ²	-16,18 c)	-21,43 d)	331.5; p=.63
Keine komorbide Angststörung	-2,36	-9,87	12152.5; .03
Komorbide Angststörung ³	-35,79 e)	-22,89 f)	307.5;p=.89
Keine komorbide depressive Störung	-2,64	-8,61	9891.0; .03
Nur komorbide depressive Störung	0,41 g)	-20,91 h)	112.0; p=.48
Keine Angststörung	-2,64	-8,61	9891.0; .03
Nur komorbide Angststörung	-31,68 i)	-27,46 j)	103.0;p=.79

² (kann Probanden mit einer zusätzlichen Angststörungen einschließen)

³ (kann Patienten mit zusätzlichen depressiven Störungen einschließen)

a)	U=1246.5; p=.07	e)	U=796.0; p=.07	i)	U=434.0; p=.12
b)	U=5306.5; p=.09	f)	U=3481.0; p=.15	j)	U=1663.5; p=.23
c)	U=921.5; p=.29	g)	U=532.5; p=.51		
d)	U=4035.5; p=.23	h)	U=2225.5; p=.35		

8.2.3.1 Multivariate Analysen zur Trinkmengenreduktion

Um zu untersuchen, welche Faktoren im Zusammenhang mit der stärkeren Trinkmengenreduktion bei komorbiden Probanden stehen könnten, wurden multivariate Analysen in vier Schritten durchgeführt, welche zur Übersichtlichkeit in Abbildung 8.1 dargestellt sind. Als abhängige Variable für alle der im Folgenden dargestellten ordinalen Regressionsmodelle wurden sechs geordnete Kategorien der Trinkmengenreduktion gebildet: (1) erhöhter Konsum, (2) keine Änderung, (3) Reduktion bis 10 Gramm, (4) Reduktion bis 30 Gramm, (5) Reduktion bis 60 Gramm, (6) Reduktion über 60 Gramm.

Abbildung 8.1: Multivariate Analyseschritte zur Bestimmung der Prädiktivität unterschiedlicher Variablen auf die Trinkmengenreduktion (abhängige Variable: 6 geordnete Kategorien der Trinkmengenreduktion)

Schritt 1	Bestimmung der Prädiktivität von Komorbidität auf die Trinkmengenreduktion im Zusammenhang mit den Grundmerkmalen Geschlecht, alkoholbezogene Störung/problematischer Konsum und Trinkmenge zur Baseline in einem gemeinsamen ordinalen Regressionsmodell.
Schritt 2	Getrennte Prüfung (separate univariate ordinale Regressionsanalysen) der Bedeutsamkeit weiterer Variablen mit Relevanz für die Verhaltensänderung, in denen sich komorbide von nicht-komorbiden Probanden zur Baseline bzw. zur Katamnese unterschieden, auf die Trinkmengenreduktion.
Schritt 3	Prädiktivität von Komorbidität für die Trinkmengenreduktion im Zusammenhang mit denjenigen zuvor in Schritt 2 getrennt geprüften Variablen, für die sich ein signifikanter Einfluss auf die Trinkmengenreduktion ergab.
Schritt 4	Prädiktivität von Komorbidität für die Trinkmengenreduktion in Abhängigkeit von den in den vorherigen Analysen (Schritt 1 und 3) für die Trinkmengenreduktion signifikant oder tendenziell ($p < .10$) prädiktiven Grundmerkmalen/weiteren für die Trinkmengenreduktion bedeutsamen Variablen.

8.2.3.1.1 Bestimmung der Prädiktivität von Komorbidität auf die Trinkmengenreduktion im Zusammenhang mit den Grundmerkmalen Geschlecht, alkoholbezogene Störung/problematischer Konsum und Trinkmenge zur Baseline in einem gemeinsamen ordinalen Regressionsmodell

Wie der Stichprobenbeschreibung (Kapitel 8.1.2) zu entnehmen, waren komorbide Probanden im Mittel signifikant häufiger weiblich, alkoholabhängig, und wiesen eine höhere Alkoholtrinkmenge zur Baseline auf als Nicht-Komorbidie. Daher wurde eine Prädiktivität der Variable Komorbidität auf die Trinkmengenreduktion im Zusammenhang mit den Grundmerkmalen Geschlecht, Trinkmenge zur Baseline und alkoholbezogene Störung/problematischer Konsum (Alkoholabhängigkeit, -missbrauch, -risikokonsum, Binge Drinking) in einer ordinalen Regressionsanalyse untersucht. Trinkmengenreduktion in sechs geordneten Zonen wurde als abhängige Variable und Komorbidität, Geschlecht, alkoholbezogene Störung/problematischer Konsum und Trinkmenge zur Baseline als unabhängige Variablen eingesetzt.

Im Regressionsmodell wird jeder Kategorie der abhängigen Variablen und jeder Kategorie der Faktoren ein Parameterschätzer zugeordnet, wobei die Schätzer für die jeweils höchste Kategorie redundant sind und daher auf 0 gesetzt werden. Die Parameterschätzer für die abhängige Variable werden Schwellenschätzer, diejenigen für die Faktoren Lageschätzer genannt. Positive Schätzer bedeuten, dass die betreffende Kategorie im Sinne einer höheren Kategorie der abhängigen Variablen wirkt; negative Schätzer wirken im Sinne von niedrigen Kategorien der abhängigen Variablen. Da die abhängige Variable von (1) erhöhter Konsum über (2) keine Änderung bis zu vier unterschiedlichen Stufen der Reduktion kodiert wurde, stellen somit in den folgenden Regressionsanalysen positive Werte eine Trinkmengenreduktion dar, während negative Werte eine Erhöhung der Trinkmenge bedeuten.

Im vorliegenden Regressionsmodell (Tabelle 8.16) ergab sich für die Variablen Geschlecht, Binge Drinking und Alkoholmissbrauch keine Prädiktivität für die Trinkmengenreduktion, während Risikokonsum und Trinkmenge zur Baseline positive Prädiktoren für Trinkmengenreduktion darstellten. Komorbidität wurde tendenziell ($p=.054$) signifikant.

Tabelle 8.16: Ordinale Regressionsanalyse zur Bestimmung der Prädiktivität von Komorbidität auf die Trinkmengenreduktion im Zusammenhang mit den Grundmerkmalen Geschlecht, alkoholbezogene Störung/problematischer Konsum und Trinkmenge zur Baseline (abhängige Variable: Trinkmengenreduktion in 6 geordneten Kategorien)

Unabhängige Variablen	Lageschätzer	Konfidenzintervall (95%)	Signifikanz (p)
Geschlecht (Referenzkategorie: männlich)	.098	-.290 bis .486	.620
Trinkmenge zur Baseline	.013	.009 bis .018	<.001
Komorbidität	.452	-.008 bis .913	.054
Alkoholbezogene Störung/ problematischer Konsum (Referenzkategorie: Abhängigkeit):			
Binge drinking	.036	-.499 bis .570	.896
Risikokonsum	.693	.207 bis 1.178	.005
Missbrauch	.218	-.373 bis .809	.469

8.2.3.1.2 Getrennte Prüfung der Bedeutsamkeit weiterer Variablen mit Relevanz für die Verhaltensänderung, in denen sich komorbide von nicht-komorbiden Probanden zur Baseline bzw. zur Katamnese unterschieden, auf die Trinkmengenreduktion

Wie in den Tabellen 8.3 bis 8.7 dargestellt, unterschieden sich komorbide von nicht-komorbiden Probanden zur Baseline bzw. Katamnese signifikant hinsichtlich der folgenden Variablen: Stadien und Prozesse der Verhaltensänderung, Gewichtung positiver und negativer Aspekte des Alkoholkonsums im Sinne der Entscheidungswaage, Inanspruchnahme alkoholsbezogener Hilfen zur Katamnese, Wahrnehmung negativer Konsequenzen des Konsums und Lebenszufriedenheit. Es wurde nun zunächst in getrennten univariaten ordinalen Regressionsanalysen (Tabelle 8.17) geprüft, in welchem Zusammenhang diese Variablen zur Trinkmengenreduktion standen. Die Variable Gruppenzugehörigkeit (Interventionsgruppen/Kontrollgruppe) wurde ebenfalls geprüft. Hierbei zeigten sich die Variablen Gruppenzugehörigkeit, Inanspruchnahme alkoholsbezogener Hilfen zur Katamnese,

ERGEBNISSE

negative Konsequenzen des Alkoholkonsums, und die verhaltensbezogenen und kognitiv-affektiven Prozesse der Verhaltensänderung (mit Ausnahme der Prozesse *Nutzen hilfreicher Beziehungen* und *Neubewertung der persönlichen Umwelt*) als signifikant prädiktiv für die Trinkmengenreduktion. Lebenszufriedenheit stellte in diesem Modell einen negativen Prädiktor dar.

Tabelle 8.17: Getrennte univariate ordinale Regressionsanalysen zur Bestimmung der Prädiktivität einzelner Variablen auf die Trinkmengenreduktion
(abhängige Variable: Trinkmengenreduktion in 6 geordneten Kategorien)

Unabhängige Variablen	Lage- schätzer	Konfidenz- intervall (95%)	Signifikanz (p)
Gruppenzugehörigkeit: Intervention/Kontrollgruppe (Kontrollgruppe=Referenzkategorie)	.379	.015 bis .743	.041
Stadien der Verhaltensänderung (Referenzkategorie Handlung):			
Absichtslosigkeit	-.149	-.661 bis .363	.569
Absichtsbildung	.416	-.134 bis .966	.138
Lebenszufriedenheit	-.033	-.066 bis <-.001	.049
Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Katamnese (Kategorie Beratung durch den Hausarzt ausgeschlossen; Referenzkategorie=Inanspruchnahme)	1.440	.808 bis 2.073	<.001
Negative Konsequenzen des Alkoholkonsums	.077	.04 bis .115	<.001
Entscheidungswaage:			
Gewichtung positiver Aspekte des Konsums	.013	-.008 bis .034	.236
Gewichtung negativer Aspekte des Konsums	.009	-.007 bis .025	.269

Tabelle 8.17ff: Getrennte univariate ordinale Regressionsanalysen zur Bestimmung der Prädiktivität einzelner Variablen auf die Trinkmengenreduktion (abhängige Variable: Trinkmengenreduktion in 6 geordneten Kategorien)

Unabhängige Variablen	Lage-schätzer	Konfidenz-intervall (95%)	Signifikanz (p)
Prozesse der Verhaltensänderung:			
Summe der verhaltensbezogene Prozesse	.019	.008 bis .031	.001
Gegenkonditionierung	.078	.030 bis .126	.001
(Selbst-) Verstärkung	.081	.025 bis .138	.005
Kontrolle der Umwelt	.134	.079 bis .188	<.001
Selbstverpflichtung	.068	.026 bis .109	.001
Nutzen hilfreicher Beziehungen	.016	-.021 bis .053	.387
Summe der kognitiv-affektiven Prozesse	.020	.009 bis .030	<.001
Steigern des Problembewusstseins	.117	.061 bis .173	<.001
Emotionales Erleben	.075	.030 bis .120	.001
Neubewertung der persönlichen Umwelt	.041	-.013 bis .094	.137
Selbstneubewertung	.076	.039 bis .114	<.001
Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen	.082	.040 bis .125	<.001

8.2.3.1.3 Prädiktivität von Komorbidität für die Trinkmengenreduktion im Zusammenhang mit denjenigen zuvor in Schritt 2 getrennt geprüften Variablen, für die sich ein signifikanter Einfluss auf die Trinkmengenreduktion ergab

Um die Prädiktivität von Komorbidität auf die Trinkmengenreduktion im Zusammenhang mit anderen signifikant prädiktiven Variablen zu prüfen, wurden nun die in Tabelle 8.17 dargestellten jeweiligen für die Trinkmengenreduktion signifikant prädiktiven Variablen zusammen mit Komorbidität in ein multivariates ordinale Regressionsmodell aufgenommen (Tabelle 8.18). In diesem Modell zeigte sich nur die Variable Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Katamnese signifikant prädiktiv für die Trinkmengenreduktion.

ERGEBNISSE

Die Variablen Gruppenzugehörigkeit ($p=.095$) und negative Konsequenzen des Alkoholkonsums ($p=.056$) wurden tendenziell signifikant.

Tabelle 8.18: Multivariate ordinale Regressionsanalyse zur Bestimmung der Prädiktivität von Komorbidität in Abhängigkeit weiterer Variablen mit signifikantem Einfluss auf die Trinkmengenreduktion
(abhängige Variable: Trinkmengenreduktion in 6 geordneten Kategorien)

Unabhängige Variablen	Lage- schätzer	Konfidenz- intervall (95%)	Signifikanz (p)
Negative Konsequenzen des Alkoholkonsums	.060	-.001 bis .121	.056
Lebenszufriedenheit	.013	-.030 bis .056	.555
Prozesse der Verhaltensänderung:			
Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen	-.005	-.093 bis .082	.903
Selbstneubewertung	-.007	-.114 bis .009	.891
Emotionales Erleben	.009	-.078 bis .095	.845
Steigern des Problembewusstseins	.105	-.022 bis .232	.104
Kontrolle der Umwelt	.095	-.021 bis .212	.108
(Selbst-) Verstärkung	-.062	-.185 bis .061	.321
Gegenkonditionierung	-.032	-.141 bis .078	.569
Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen	-.013	-.112 bis .086	.798
Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Katamnese (ohne Kategorie Beratung durch den Hausarzt)	.996	.180 bis 1.812	.017
Komorbidität	.232	-.296 bis .761	.388
Gruppenzugehörigkeit (Intervention/Kontrolle; Referenzkategorie: Kontrollgruppe)	.996	-.061 bis .765	.095

8.2.3.1.4 Prädiktivität von Komorbidität für die Trinkmengenreduktion in Abhängigkeit von den in den vorherigen Analysen (Schritt 1 und 3) für die Trinkmengenreduktion signifikant oder tendenziell ($p < .10$) signifikant prädiktiven Grundmerkmalen/weiteren für die Trinkmengenreduktion bedeutsamen Variablen

Die in den vorherigen Regressionsmodellen (Tabellen 8.16 und 8.18) für eine Trinkmengenreduktion signifikant prädiktiven Variablen (Trinkmenge zur Baseline, Risikokonsum und Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Katamnese) oder tendenziell signifikant prädiktiven ($p < .10$) Variablen (Gruppenzugehörigkeit und negative Konsequenzen des Alkoholkonsums) wurden nun gemeinsam mit Komorbidität in Hinsicht auf ihre prädiktive Bedeutung für die Trinkmengenreduktion in einem ordinalen Regressionsmodell geprüft (Tabelle 8.19). Wie bereits im vorherigen Modell (Tabelle 8.18) gefunden und daher erwartbar, hatte Komorbidität keinen signifikanten Einfluss auf die Trinkmengenreduktion. Eine statistisch bedeutsame Vorhersage der Trinkmengenreduktion ergab sich für die Variablen Gruppenzugehörigkeit, Trinkmenge zur Baseline und Risikokonsum.

Tabelle 8.19: Ordinale Regressionsanalyse zur Prädiktivität der bislang bedeutsamen Variablen auf die Trinkmengenreduktion in einem ordinalen Regressionsmodell (abhängige Variable: Trinkmengenreduktion in 6 geordneten Kategorien)

Unabhängige Variablen	Lage-schätzer	Konfidenz-intervall (95%)	Signifikanz (p)
Gruppenzugehörigkeit (Intervention/Kontrolle; Referenzkategorie=Kontrollgruppe)	.408	.012 bis .804	.043
Trinkmenge zur Baseline	.018	-.026 bis .080	<.001
Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Katamnese (Kategorie Beratung durch den Hausarzt ausgenommen)	.030	-.571 bis .812	.939
Negative Konsequenzen des Alkoholkonsums	.027	-.026 bis .080	.312
Risikokonsum	.592	.161 bis 1.022	.007
Komorbidität	-.387	-.115 bis .889	.130

9. DISKUSSION

Diese Studie unterscheidet sich in folgenden Punkten von bisherigen Untersuchungen zur Effektivität alkoholbezogener Interventionen bei Komorbidität: 1. Durch die Rekrutierung einer Personenstichprobe, die in Eigeninitiative keine fachliche Unterstützung aufsuchte (pro-aktives Vorgehen), 2. Durch den Einschluss eines breiteren Spektrums problematischen Alkoholkonsums, d.h. über alkoholbezogene Störungen (Abhängigkeit und Missbrauch) hinaus auch Risikokonsum und Binge Drinking, und 3. Durch den Einschluss auch wenig oder nicht zur Trinkmengenreduktion motivierter Personen. Da bekannt ist, dass die Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen mit zunehmendem psychiatrischen Leidensdruck ansteigt (Greenley et al., 1987; Hall und Farrell, 1997; Rickwood und Braithwaite, 1994), ist bei der hier vorliegenden pro-aktiv rekrutierten Stichprobe anzunehmen, dass sie auch weniger stark ausgeprägte Angst- und depressive Störungen erfasst, als durch klinische Stichproben gegeben ist. Die Studie unterscheidet sich weiterhin von der bisher einzigen dokumentierten Untersuchung zu Variablen der Änderungsbereitschaft problematischen Alkoholkonsums bei Personen mit komorbider Angst- und depressiver Symptomatik (Velasquez et al., 1999) durch eine standardisierte Diagnostik alkoholbezogener, Angst- und depressiver Störungen sowie die Bereitstellung longitudinaler Daten.

9.1 Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion und assoziierte Variablen des TTM

Ein Ziel alkoholbezogener Kurzinterventionen ist es, Betroffene zu motivieren, ihr Verhalten zu ändern. Zunächst wurde daher im Rahmen dieser Studie untersucht, ob sich die Bereitschaft komorbider Probanden zur Veränderung ihres problematischen Trinkverhaltens von der Bereitschaft nicht-komorbider Studienteilnehmer zur Baseline unterschied. Anhand der Querschnittsdaten dieser Studie zeigte sich eine signifikant höhere zugrundeliegende Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion bei Studienteilnehmern mit komorbiden Angst- und/oder depressiven Störungen (Grothues et al., 2005): in vergleichenden Analysen zu den Stadien der Änderungsbereitschaft nach dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (TTM; Prochaska und DiClemente, 1983; Prochaska und DiClemente 1984; Prochaska et al., 1992) zwischen Probanden mit komorbiden Angst- und/oder depressiven Störungen und Studienteilnehmern ohne irgendeine dieser beiden Störungen waren komorbide Probanden signifikant häufiger in späteren Stadien als Nicht-Komorbide; hierbei war der Stadienunterschied zwischen Komorbiden und Nicht-Komorbiden bei den Angststörungen deutlicher ausgeprägt als bei den depressiven Störungen. Bei der

DISKUSSION

Gesamtanalyse aller Gruppen alkoholbezogener Störungen/problematischen Alkoholkonsums (Alkoholabhängigkeit, -missbrauch, -risikokonsum, Binge Drinking) fanden sich komorbide Probanden signifikant häufiger im Stadium der Absichtsbildung, nicht-komorbide Patienten jedoch signifikant häufiger im Stadium der Absichtslosigkeit. Als statistischer Trend zeigte sich dies auch bei differenzierten Analysen innerhalb der einzelnen Gruppen alkoholbezogener Störungen/problematischen Konsums; eine statistische Signifikanz ergab sich jedoch nur für Alkoholmissbrauch. Dieser Befund könnte darauf hinweisen, dass die negativen Konsequenzen des Trinkverhaltens, welche Missbraucher per definitionem erfahren haben, möglicherweise in verstärkter Form mit einer komorbiden Angst- und/oder depressiven Störung interagieren und dies zu einem ausgeprägteren kognitiven Evaluationsprozess führt. Der besondere Status von Alkoholmissbrauch im Vergleich zu den anderen Gruppen problematischen Konsums könnte durch die Tatsache mitbedingt sein, dass bei Alkoholmissbrauch die negativen Konsequenzen des Trinkverhaltens deutlicher zu Tage treten und/oder deutlicher auf das Trinkverhalten attribuierbar sind (z.B. Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss) als in den anderen Gruppen, wo zumindest ein Teil der Alkoholabhängigen oder Risikokonsumenten (noch) keine negativen Konsequenzen, wie z.B. fortgeschrittene gesundheitliche Schäden, erlebt hat oder diese nicht ursächlich auf das Trinkverhalten zurückführt.

Bei einer Überprüfung, ob sich negative Konsequenzen des Alkoholkonsums oder die Komorbidität in stärkerem Maße prädiktiv auf die Bereitschaft zur Veränderung des Trinkverhaltens auswirkten, ergab sich eine um das Dreifache erhöhte Wahrscheinlichkeit für komorbide Personen, im Stadium der Handlung zu sein als in der Absichtslosigkeit, sofern nur Komorbidität als unabhängige Variable in die Analyse eingebracht wurde. Sobald die Variable negative Konsequenzen des Trinkverhaltens zusätzlich eingesetzt wurde, erhielt nur diese Signifikanz, während Komorbidität ihren prädiktiven Wert verlor. Dies indiziert, dass unter Berücksichtigung beider Faktoren eine Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion in stärkerem Maße durch die persönlichen negativen Folgen des Konsums bedingt wird als durch die Komorbidität. Denkbar wäre, dass Komorbide negative Folgen des Konsums stärker wahrnehmen bzw. auf den Konsum attribuieren und/oder eher geneigt sind, entsprechende Konsequenzen durch eine Trinkmengenreduktion zu verändern oder zu vermeiden.

DISKUSSION

Somit ergibt sich insgesamt aus den Daten zur erhöhten Änderungsbereitschaft bei Personen mit komorbiden Angst- und/oder depressiven Störungen eine vielversprechende Grundlage für die Durchführung alkoholbezogener Interventionen.

Forschungsergebnisse zeigen, dass sich bei fortschreitendem Stadium der Verhaltensänderung die Gewichtung der subjektiv bewerteten positiven und negativen Aspekte des Trinkverhaltens verändert (Keller et al., 1999; King und DiClemente, 1993; Prochaska und DiClemente, 1983). In dem mit fortschreitenden Stadien der Verhaltensänderung stattfindenden Abwägungsprozess verlieren die positiven Aspekte des Konsums an Gewicht, während die negativen Aspekte zunehmend als wichtiger oder relevanter erachtet werden. Eine derartige Veränderung im Rahmen der Entscheidungswaage indiziert bereits einen wichtigen Schritt in Richtung Verhaltensänderung. Durch die Anwendung des TTM können somit auch subtilere Effekte einer Intervention abgebildet werden als handlungsbezogene Veränderungen wie z.B. Trinkmengenreduktion. Zusätzlich zu den Vorbefunden der klinischen Studie von Velasquez et al. (1999), in der Alkoholabhängige mit komorbider Angst- und depressiver Symptomatik nur die negativen Aspekte stärker gewichteten, bewerteten Probanden dieser pro-aktiv rekrutierten Stichprobe zur Baseline sowohl die negativen als auch die positiven Aspekte des Konsums mit signifikant stärker ausgeprägter Wichtigkeit als nicht-komorbide Probanden. Auf der einen Seite mag dies einen erhöhten kognitiven Auseinandersetzungsprozess mit der Thematik im Vergleich zu Nicht-Komorbiden verdeutlichen, könnte jedoch andererseits auf einen verlängerten Abwägungsprozess hinweisen, bevor eine Entscheidung zur Verhaltensänderung getroffen werden kann. Letzteres stünde in Übereinstimmung mit einer verstärkten Grübelneigung und möglichen Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung depressiv Erkrankter.

Somit ergibt sich insgesamt betrachtet aus den Querschnittsbefunden dieser Studie für die Durchführung alkoholbezogener Interventionen bei komorbiden Personen einerseits eine vielversprechende Grundlage für die Förderung von Abwägungsprozessen; auf der anderen Seite legen die Daten jedoch einen erhöhten Unterstützungsgehalt von Interventionselementen bei der Hilfe zur Entscheidungsfindung nahe.

Im Rahmen der Längsschnittdaten konnte eine Veränderung der Entscheidungswaage im Verlauf untersucht und diejenigen Variablen bestimmt werden, welche sich prädiktiv für eine, die Verhaltensänderung begünstigende, Entwicklung des Abwägungsprozesses (d.h. eine

DISKUSSION

Abnahme der Bedeutung der positiven Aspekte des Alkoholkonsums sowie eine Zunahme der Bedeutung der negativen Aspekte) auswirkten. Hinsichtlich der Prädiktivität für eine Abnahme der Bedeutung der negativen Aspekte des Alkoholkonsums als auch der Zunahme der Bedeutung der positiven Aspekte zeigte sich in beiden endgültigen Analysemodellen ein signifikanter Einfluss ausschließlich für die Variable Komorbidität. Für die Abnahme der Bedeutung der positiven Aspekte des Konsums fand sich ebenfalls ein tendenzieller Effekt für die Stadien der Änderungsbereitschaft, während sich für die Variable Gruppenzugehörigkeit zu einer der beiden Interventionsgruppen ein tendenzieller Einfluss auf die Zunahme der Bedeutung der negativen Aspekte des Konsums fand. Es ist anzunehmen, dass durch eine größere Stichprobe jeweils signifikante Effekte nachweisbar gewesen wären. Da in den Analysen die Trinkmenge zur Baseline sowie alkoholbezogene Störungen/problematischer Konsum berücksichtigt wurden, kann davon ausgegangen werden, dass die Effekte nicht primär durch Faktoren im Zusammenhang mit der insgesamt höheren Trinkmenge bei einer vermehrten Prävalenz Alkoholabhängiger in der komorbiden Substichprobe erklärt werden können, sondern dass die ausgeprägtere Progression im Rahmen der Entscheidungswaage auf Merkmale komorbider Störungen zurückzuführen sind.

Ein weiterer Indikator für einen voranschreitenden Änderungsprozess besteht in einer zunehmenden Nutzung der verhaltensbezogenen und kognitiven Prozesse der Verhaltensänderung (Keller et al., 1999). Im Rahmen dieser Untersuchung weisen die bei komorbiden gegenüber nicht-komorbiden Probanden auf allen Subskalen erhöhten Prozesse zur Baseline auf eine stärkere Nutzung der für eine Verhaltensänderung notwendigen kognitiven (z.B. Steigern des Problembewusstseins) und handlungsorientierten (z.B. Nutzen hilfreicher Beziehungen) Prozesse der Verhaltensänderung hin. Diese Annahme steht in sinnvollem Zusammenhang zu den erhöhten Stadien der Änderungsbereitschaft bei Komorbidität und indiziert eine fruchtbare Grundlage zur Vermittlung geeigneter kognitiv-affektiver und verhaltensbezogener Strategien der Verhaltensänderung im Rahmen alkoholbezogener Interventionen bei komorbiden Betroffenen.

Weniger begünstigend für eine Verhaltensänderung ergaben die Querschnittsdaten ein signifikant höheres situatives Verlangen nach Alkohol bei Komorbiden im Vergleich zu nicht-komorbiden Probanden. Dies deckt sich ebenfalls mit den Befunden der klinischen Studie von Velasquez et al. (1999). In Ergänzung zur Untersuchung von Velasquez et al.

wurde in dieser Studie die Selbstwirksamkeit zur Abstinenz, d.h. das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, in unterschiedlichen Situationen auf das Alkoholtrinken verzichten zu können, analysiert. Diese fand sich bei Komorbiden im Vergleich zu Nicht-Komorbiden erhöht; der Befund weist darauf hin, dass sich Interventionen bei Komorbidität in stärkerem Maße als bei nicht-komorbiden Betroffenen am Umgang mit dem Verlangen nach Alkohol und Strategien zur Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartungen orientieren sollten; eine Anpassung von Interventionen an die Bedarfslage von Personen mit komorbiden Angst- und/oder depressiven Störungen erscheint somit sinnvoll.

9.2 Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen

Lebenszeitlich als auch bezogen auf die letzten 12 Monate fand sich bei Komorbiden eine signifikant höhere Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen als bei Nicht-Komorbiden (Grothues et al., in press); ein Befund, der sich mit Ergebnissen früherer Allgemeinbevölkerungs- und klinischer Studien deckt (Kessler et al., 1996; Lynskey, 1998; Regier et al., 1990; Regier et al., 1993; Tomasson und Vaglum, 1995). Die im Rahmen dieser Studie durchgeführten Kurzinterventionen waren zwar signifikant mit einer Zunahme der Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen bei nicht-komorbiden Studienteilnehmern assoziiert, jedoch nicht bei Komorbiden. Die Befunde sprechen dafür, dass sich eine komorbide Angst- und/oder depressive Störung bereits in stärkerem Maße prädiktiv für die Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen auswirkte als durch die alkoholbezogenen Kurzinterventionen erreicht werden konnte. Es wurde die Prädiktivität möglicher Variablen, welche diesen Effekt bei Vorliegen einer Komorbidität mitbedingen könnten, auf die Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen untersucht. Berücksichtigt wurden auch die negativen Konsequenzen des Alkoholkonsums als Maß für die Symptomschwere der alkoholbezogenen Problematik, welche jedoch keinen prädiktiven Einfluss auf die Inanspruchnahme von Hilfen ergab. Vielmehr stellten Komorbidität und die Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Baseline signifikante Prädiktoren für die Inanspruchnahme von Hilfen zur Katamnese dar. Ein erhöhtes Inanspruchnahmeverhalten, welches durch eine erhöhte Psychopathologie mit stärkerem Leidensdruck aufgrund der zusätzlichen komorbiden Erkrankung oder durch eine stärkere subjektive Wahrnehmung negativer Konsequenzen des Alkoholkonsums bedingt sein könnte, wurde an früherer Stelle beschrieben (Charney et al., 1998; Mojtabai et al., 2002, Wu et al., 1999).

Aus den Daten dieser Studie lässt sich an neuen Informationen folgern, dass alkoholbezogene Kurzinterventionen als niedrighschwelliger Ansatz mit dem Teilziel, Betroffene zur Inanspruchnahme weiterführender Behandlung zu motivieren, für Personen ohne komorbide Angst- oder depressive Störung als effektiv betrachtet werden kann, dieser Ansatz jedoch für komorbide Betroffene keinen signifikanten Zugewinn in Bezug auf die Inanspruchnahme fachlicher Unterstützung zu liefern scheint. Analysen zeigen, dass Charakteristika von Komorbidität, d.h. der psychiatrische Leidensdruck und eine erhöhte Rate bereits früherer Inanspruchnahme fachlicher Hilfen, einen prädiktiven Wert für die Inanspruchnahme weiterer alkoholbezogener Hilfen darstellen. Aufgrund dieser Befunde lässt sich vermuten, dass sich für komorbide Betroffene bereits in stärkerem Maße Informationsangebote und Verweise an höherschwelligere Unterstützungsangebote wie spezialisierte Einrichtungen oder erweiterte Psychotherapie zur Betreuung ihrer komorbiden und alkoholbezogenen Problematik eignen. Eine Konsequenz für die Planung von Kurzinterventionen für Komorbide wäre, die Angemessenheit der jeweiligen Hilfen genauer zu prüfen, diese eventuell besser zu koordinieren und im Sinne von Case Management ihre konsequente Inanspruchnahme durch Handlungspläne zu sichern.

9.3 Trinkmengenreduktion

Die Längsschnittdaten zeigen eine Effektivität der alkoholbezogenen Kurzinterventionen in Hinsicht auf eine signifikante Trinkmengenreduktion nach Intervention in der nicht-komorbiden Gruppe, während bei komorbiden Probanden keine signifikanten Unterschiede in der Trinkmengenreduktion zwischen Kontroll- und Interventionsgruppen bestanden. Vielmehr ergaben sich insgesamt stärkere Reduktionen der Trinkmenge sowohl in den komorbiden Kontroll- als auch Interventionsgruppen im Vergleich zu den entsprechenden nicht-komorbiden Gruppen.

Zur differenzierteren Betrachtung wurde ein möglicher Einfluss auf die Trinkmengenreduktion für eine Reihe von Variablen im Verhältnis zu Komorbidität untersucht. Hierbei wurden Variablen berücksichtigt, in denen sich Komorbide von Nicht-Komorbiden im Rahmen der Stichprobenbeschreibung signifikant unterschieden, und für die aufgrund früherer Untersuchungen ein möglicher Einfluss auf die Trinkmengenreduktion erwartbar war. Zielstellung dieser Analysen war eine Prüfung des Zusammenhangs, in welchem die Variablen sich im Verhältnis zu Komorbidität prädiktiv für eine Trinkmengenreduktion

DISKUSSION

zeigten, bzw. der Variablenkonstellation, in welcher sich der Einfluss von Komorbidität im Modell auflöste.

Aufgrund der signifikant höheren Prävalenzen weiblicher und alkoholabhängiger Probanden in der komorbiden Substichprobe im Vergleich zu Nicht-Komorbiditen wurde zunächst die Prädiktivität der Variablen Geschlecht und alkoholbezogene Störung/problematischer Alkoholkonsum auf die Trinkmengenreduktion gemeinsam mit Komorbidität untersucht. Hierbei stand das Geschlecht nicht in signifikantem Zusammenhang zur Trinkmengenreduktion. Die Trinkmenge zur Baseline und Risikokonsum waren signifikant mit einer Trinkmengenreduktion assoziiert, während Komorbidität eine tendenzielle Prädiktivität zeigte.

Es wurde nun in separaten Analyseschritten der Einfluss weiterer Variablen, in denen sich komorbide von nicht-komorbiditen Probanden nach vorherigen Analysen im Rahmen dieser Studie unterschieden, auf die Trinkmengenreduktion untersucht. Hierbei waren die Zugehörigkeit zu einer der beiden Interventionsgruppen, die Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Katamnese, negative Konsequenzen des Alkoholkonsums, sowie die kognitiv-affektiven und verhaltenstherapeutischen Prozesse der Verhaltensänderung (mit Ausnahme der Prozesse Kontrolle der Umwelt und Neubewertung des persönlichen Umfelds) signifikante Prädiktoren für die Trinkmengenreduktion. In einem weiteren Analyseschritt wurden nun diese für die Trinkmengenreduktion signifikant prädiktiven Variablen gemeinsam mit Komorbidität auf ihren Einfluss auf die Trinkmengenreduktion untersucht. In diesem multivariaten Modell ergab sich nur für die Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen ein signifikanter Einfluss auf die Trinkmengenreduktion; die Zugehörigkeit zur Interventionsgruppe und negative Konsequenzen des Konsums wurden tendenziell signifikant. Komorbidität erwies sich in diesem Modell nicht als signifikant prädiktiv.

Im letzten Analyseschritt wurden nun alle zuvor signifikant oder tendenziell signifikanten Variablen gemeinsam mit Komorbidität auf ihre Prädiktivität für die Trinkmengenreduktion untersucht. Es zeigte sich, dass die Zugehörigkeit zur Interventionsgruppe, sowie Risikokonsum und Trinkmenge zur Baseline in signifikant prädiktivem Zusammenhang mit der Trinkmengenreduktion standen. Komorbidität erhielt im endgültigen Modell einen tendenziellen Einfluss.

9.4 Synopsis

Die Ergebnisse belegen somit insgesamt die Effektivität alkoholbezogener Kurzinterventionen bei pro-aktiv rekrutierten Personen mit alkoholbezogenen Störungen/problematischem Alkoholkonsum (Bischof et al., submitted); bei Studienteilnehmern mit komorbiden Angst- und/oder depressiven Störungen fand sich für die Interventionen in der hier vorliegenden Form jedoch kein signifikanter Einfluss auf die Trinkmengenreduktion (Grothues et al., submitted). Obwohl sich insgesamt in der komorbiden Substichprobe eine signifikant höhere Trinkmengenreduktion zeigte als bei Nicht-Komorbiden, konnte für die Kurzinterventionen kein signifikant prädiktiver Einfluss auf die Trinkmengenreduktion festgestellt werden. Die Befunde weisen darauf hin, dass folgende Charakteristika komorbider Probanden unabhängig von der Intervention begünstigend zu einer Verhaltensänderung beigetragen haben könnten: eine erhöhte Bereitschaft zur Trinkmengenreduktion zur Baseline, eine stärkere Nutzung der zur Verhaltensänderung förderlichen kognitiv-affektiven und verhaltensbezogenen Prozesse, ein stärkerer Abwägungsprozess positiver und negativer Aspekte des Konsums bei einer verlaufsbegünstigenden Entwicklung der Entscheidungswaage sowie ein günstigeres Inanspruchnahmeverhalten alkoholbezogener Hilfen.

Anhand der Datenlage kann keine kausale Aussage dazu getroffen werden, aufgrund welcher Einflussfaktoren die Kurzinterventionen bei komorbiden Probanden keinen signifikanten Effekt zeigten. Folgende Faktoren könnten eine Rolle spielen: Aufgrund der erhöhten Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen in der komorbiden Substichprobe sowohl lebenszeitlich als auch zur Katamnese könnte ein Effekt der alkoholbezogenen Kurzinterventionen in Bezug auf eine Trinkmengenreduktion oder Inanspruchnahme externer Hilfeleistungen maskiert worden sein. Trotz des vordefinierten Ausschlusskriteriums alkoholspezifischer Behandlung lässt sich aufgrund des nicht systematisch erfolgten Ausschlusses von Probanden in psychotherapeutischer Behandlung nicht klar differenzieren, in welchem Maße hierbei eine alkoholbezogene Problemstellung in eine ursprünglich nicht alkoholspezifische Therapie integriert gewesen sein mag. Beispielsweise im Rahmen verhaltenstherapeutischer Vorgehensweisen empfiehlt es sich, eine mögliche alkoholbezogene Problematik zumindest als Organismusvariable in der Problemanalyse und gegebenenfalls für die weitere Therapieplanung zu berücksichtigen (Leibetseder und Greimel, 2005). Zukünftige Studien könnten möglicherweise durch eine größere Stichprobe und enger gefasste Ausschlusskriterien von Probanden in psychotherapeutischer Behandlung sowie einen

DISKUSSION

differenzierteren Fokus auf die Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen eine verbesserte Datenlage erreichen.

Die Analyse der Effekte basiert auf der Grundlage von Trinkmengenreduktion in Gramm Alkohol zwischen Baseline und Katamnese. Da eine höhere Prävalenz von Alkoholabhängigen in der komorbiden Gruppe mit höheren Trinkmengen zur Baseline einhergeht und dort somit eine stärkere Trinkmengenreduktion möglich ist, muss der Effekt der Regression zur Mitte berücksichtigt werden. Durch Bildung von sechs geordneten Kategorien der Trinkmengenreduktion ist dieser Einfluss reduziert worden, kann aber nicht ausgeschlossen werden.

Es wurden weiterhin in den entsprechenden Regressionsanalysen die Variablen alkoholbezogene Störung/problematischer Konsum sowie Trinkmenge zur Baseline kontrolliert. Die Analysen zur Änderungsbereitschaft und assoziierten Variablen des TTM blieben jedoch von der Trinkmenge zur Baseline unbeeinflusst, so dass hierbei der Einfluss von Komorbidität als statistisch relevant bewertet werden kann. In den Analysen zur Trinkmengenreduktion fand sich für die Trinkmenge zur Baseline eine prädiktive Bedeutung: im endgültigen Modell zeigten sich die Trinkmenge zur Baseline, das Vorliegen eines Risikokonsums, sowie die Zugehörigkeit zur Interventionsgruppe als prädiktiv für die Trinkmengenreduktion. Komorbidität erwies sich als tendenziell prädiktiv.

Aufgrund geringer Zellbesetzungen im Rahmen der einzelnen alkoholbezogenen Störungen/Gruppen problematischen Alkoholkonsums und der komorbiden Substichprobe musste auf einige mögliche Analyseschritte durch zu geringe statistische Power verzichtet werden. Es lässt sich ebenfalls annehmen, dass sich für einige Variablen aufgrund zu geringer Zellbesetzungen in den durchgeführten Analysen nur ein tendenziell signifikanter Einfluss feststellen ließ. Durch größere Stichprobengrößen könnte möglicherweise eine aufschlussreichere Datenlage erzielt werden.

In früheren Übersichtsarbeiten galten Kurzinterventionen als wirksam auch für Alkoholabhängige (Bien et al., 1993). Im Studienverlauf wurde eine Metaanalyse veröffentlicht, die eine Wirksamkeit vorwiegend für Risikokonsumanten postuliert (Moyer et al., 2002). Durch den Einschluss Abhängiger in unsere Studie wurden somit die Effekte der Intervention verringert. Die fehlende Effektivität der Kurzinterventionen bei Komorbidität könnte ebenfalls durch einen erhöhten Anteil Alkoholabhängiger in der komorbiden Substichprobe mitbedingt sein. In zukünftigen Studien empfiehlt es sich, den Einfluss von

DISKUSSION

Komorbidität auf die Wirksamkeit alkoholbezogener Kurzinterventionen in größeren Stichproben mit Risikokonsumenten zu analysieren.

Im Rahmen der Studienmethodik sollten weiterhin folgende Aspekte berücksichtigt werden: Die Erhebungsprozedur zur Baseline wurde unter dem Gesichtspunkt des geringst möglichen Zeitaufwandes in der Arztpraxis erstellt; aus diesem Grunde wurde das Screening um postalische und telefonische Erhebungen ergänzt. Dies führte zu einer geringeren Ausschöpfungsrate. Diejenigen Personen, welche nach einem positiven Screening-Ergebnis zu irgendeinem Zeitpunkt die weitere Teilnahme verweigerten oder für das diagnostische Interview nicht in Frage kamen, waren älter und wiesen einen höheren schulischen Ausbildungsstand auf. Dies kann eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse darstellen.

An früherer Stelle wurde der Fragebogen zur Änderungsbereitschaft bei Alkoholkonsum (RCQ-G) kritisiert: bei der im Rahmen dieser Studie angewandten „quick method“ (Heather et al., 1993) ergibt sich eine Überbewertung der Änderungsbereitschaft, während eine alternative Auswertungsmethode, die „refined method“, zu einem erheblichen Prozentsatz von Individuen führt, die keinem Stadium zugeordnet werden können (Hannöver et al., 2002). Andere Instrumente wie die University of Rhode Island Change Assessment Skale (URICA; DiClemente und Hughes, 1990) hätten die Stadienverteilung präziser darstellen können. Allerdings wurde der RCQ im Rahmen dieser Untersuchung u.a. aufgrund seiner Kürze und Vergleichbarkeit mit anderen Studien eingesetzt. Alternative Strategien zur Stadienanalyse des RCQ, wie von DiClemente und Hughes (1990) vorgeschlagen, wären zwar vielversprechend, eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien jedoch nicht länger gegeben. Der Einfluss durch den Einsatz des RCQ und die Verwendung der „quick method“ auf die vorliegenden Daten ist als sehr gering zu betrachten, da eine mögliche Überbewertung der Änderungsbereitschaft sich auf alle Gruppen auswirkt und daher kein substantieller Unterschied zwischen komorbiden und nicht-komorbiden Probanden entsteht.

Diese Studie stützt sich auf Selbstaussagen der Probanden zur Trinkmenge. Ein Kritikpunkt könnte sein, dass keine biochemischen Daten zur Überprüfung der Angaben erhoben wurden. Befunde (Babor et al., 2000) zeigen jedoch, dass Selbstaussagen valide sind und daher auf kostenintensive biochemische Validierung verzichtet werden kann. Die Validität der Selbstaussagen wird ebenfalls nicht durch komorbide Angst- oder depressive Störungen beeinträchtigt. Eine Studie zur Validität von Selbstaussagedaten Alkoholabhängiger mit einer komorbiden psychischen Störung im Vergleich zu Abhängigen ohne Komorbidität zeigte,

DISKUSSION

dass kein signifikanter Unterschied zwischen Komorbiden und Nicht-Komorbiden bestand (Stasiewicz et al., 1997).

10. FAZIT UND AUSBLICK

Zusammenfassend ergibt sich aus den dargestellten Befunden eine vielversprechende Interventionsgrundlage durch die erhöhte Änderungsbereitschaft, eine ausgeprägtere Nutzung von zur Verhaltensänderung notwendigen kognitiv-affektiven und verhaltensbezogenen Prozessen und einen stärkeren Auseinandersetzungsprozess mit der Problematik in Hinsicht auf kognitive Abwägungsprozesse bei einer verlaufsbegünstigenden Entwicklung der Entscheidungswaage sowie ein günstigeres Inanspruchnahmeverhalten alkoholbezogener Hilfen. Die Befunde sprechen insgesamt dafür, Personen mit einem problematischen Trinkverhalten und komorbiden Angst- und/oder depressiven Störungen pro-aktiv zur Trinkmengenreduktion zu motivieren. Darüber hinaus sollten im Rahmen alkoholbezogener Interventionen bei komorbiden Personen verstärkt Coping-Fertigkeiten zum Umgang mit dem Verlangen nach Alkohol und die Erhöhung der Selbstwirksamkeit zur Abstinenz fokussiert werden.

Hinsichtlich der Effizienz alkoholbezogener Kurzinterventionen als niedrigschwellige Interventionsform konnte für komorbide Probanden im Vergleich zu Nicht-Komorbiden ein signifikanter Effekt der angebotenen motivierenden Kurzinterventionen weder auf die Trinkmengenreduktion noch auf die Inanspruchnahme weiterer Hilfen nachgewiesen werden: Eine Trinkmengenreduktion erfolgte bei Komorbiden in stärkerem Maße als bei nicht-komorbiden Probanden; diese Veränderungen standen jedoch nicht in signifikantem Zusammenhang zur Kurzintervention. Auch für die vermehrte Inanspruchnahme weiterführender Hilfen in der komorbiden Substichprobe stand die Intervention nicht in prädiktivem Zusammenhang. Differenziertere Analysen indizieren, dass Charakteristika, in denen sich komorbide von nicht-komorbiden Probanden unterschieden, hierfür Rechnung tragen. Es besteht weiterhin die Möglichkeit, dass eine insgesamt erhöhte Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfen bei Personen mit komorbiden Störungen dazu geführt hat, dass Kurzinterventionen keinen zusätzlichen Effekt zeigten.

Aufgrund der Befunde lässt sich schlussfolgern, dass komorbide Angst- und/oder depressive Störungen nicht per se einen limitierenden Faktor für alkoholbezogene Interventionen darstellen und bei einer pro-aktiven Kurzintervention nicht grundlegend zwischen Komorbiden und Nicht-Komorbiden differenziert werden muss. Eine teilweise Individualisierung entsprechender Maßnahmen zur Stärkung von Defiziten komorbider Personen, wie die Erhöhung der Selbstwirksamkeit und das Erlernen geeigneter Coping

FAZIT UND AUSBLICK

Strategien zum Umgang mit dem Verlangen nach Alkohol erscheint jedoch sinnvoll. Komorbide Betroffene könnten weiterhin von einer gezielten Überweisung an Hilfeinrichtungen mit einem höherschwelligeren Betreuungsangebot ihrer alkoholbezogenen und psychiatrischen Problematik profitieren.

Zukünftige Forschung sollte spezifische Elemente wie hier vorgeschlagen in die Beratung komorbider Patienten mit Alkoholproblemen integrieren und auf ihre Wirksamkeit prüfen.

11. LITERATURVERZEICHNIS

- Agostinelli G, Brown JM, Miller WR (1995) Effects of normative feedback on consumption among heavy drinking college students. *Journal of Drug Education* 25: 31-40
- Ajzen I (1991) The theory of planned behavior. *Behavior and Human Decision Processes* 50: 179-211
- Allen JP, Columbus M (1995) Assessing alcohol problems. A guide for clinicians and researchers. National Institute of Health and Human Services: Bethesda
- Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor T (1997) A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21: 613-619
- Allen JP, Reinert DF, Volk RJ (2001) The Alcohol Use Disorders Identification Test: an aid to recognition of alcohol problems in primary care patients. *Preventive Medicine* 33: 428-433
- American Psychiatric Association (ed.) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association: Washington, DC.
- American Psychiatric Association (ed.) (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition, international version. American Psychiatric Association: Washington, D.C.
- Anderson P (1992) The evidence for the effectiveness of general practice interventions for individuals with hazardous alcohol consumption. In: Organization WH (ed) Working group on the role of general practice settings in the prevention and management of the harm done by alcohol use. Regional Office For Europe: Wien
- Andrews G, Peters L (1998) The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33: 80-88
- Apodaca TR, Miller WR (2003) A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology* 59: 289-304
- Babor T, Campbell R, Room R, Saunders J (1994) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. World Health Organisation: Geneva
- Babor TF, Hodgson B, Ritson B, McRee G, Ernberg K, Connor K, Grant M (1992) Experimental design and project administration. In: Babor TF, Grant M (eds) *Programm on substance abuse. Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on Phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care*. World Health Organization: Geneva, pp 15-56
- Babor TF, Steinberg K, Anton R, Del Boca F (2000) Talk is cheap: measuring drinking outcomes in clinical trials. *Journal of Studies on Alcohol* 61: 55-63
- Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Arino J, Gonzalez-Pinto A (2004) Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 28: 608-618
- Bandura A (1977) Self-Efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84: 191-215
- Bandura A (1982) Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 37: 122-147
- Bandura A (1986) *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall: New Jersey
- Bandura A (2004) Health promotion by social cognitive means. *Health education and behaviour: the official publication of the Society for Public Health Education* 31: 143-164
- Bedford D, O'Farrell A, Howell F (2006) Blood alcohol levels in persons who died from accidents and suicide. *Irish Medical Journal* 99: 80-83
- Bien TH, Miller WR, Tonigan JS (1993) Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 88: 315-336
- Bischof G, Grothues J, Reinhardt S, Fritze M, Loehrmann I, Meyer C, John U, Rumpf H-J (submitted) Effectiveness of brief interventions in general practices: a stepped care approach.
- Bischof G, Grothues JM, Reinhardt S, Meyer C, John U, Rumpf H-J (submitted) Outcome of a stepped care intervention compared to fixed care intervention for alcohol-related disorders in general practices: randomized controlled trial.
- Bischof G, Reinhardt S, Grothues J, Dybek I, Meyer C, Hapke U, John U, Rumpf H-J (2005) Effects of item sequence on the performance of the AUDIT in general practices. *Drug and Alcohol Dependence*: 373-377

LITERATURVERZEICHNIS

- Bischof G, Reinhardt S, Grothues J, John U, Rumpf H-J (in press) The Expert Test and Report on Alcohol (ExTRA): Development and evaluation of a computerized software program for problem drinkers. In: Columbus F (ed) Progress in Alcoholism Research. Nova Publishers: New York
- Bischof G, Rumpf H-J, Hapke U, Meyer C, John U (2000) Remission ohne formelle Hilfen und Inanspruchnahme stationärer Behandlungen bei Alkoholabhängigen - Ein Vergleich auslösender Faktoren. Sucht 46: 54-61
- Bischof G, Rumpf H-J, Meyer C, Hapke U, John U (2005) Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependent subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. Addiction 100: 405-413
- Booth BM, Yates WR, Petty F, Brown K (1991) Patient factors predicting early alcohol related readmissions for alcoholics: role of alcoholism severity and psychiatric co-morbidity. Journal of Studies on Alcohol: 37-43
- Bott K, Meyer C, Rumpf H-J, Hapke U, John U (2005) Psychiatric disorders among at-risk consumers of alcohol in the general population. Journal of Studies on Alcohol 66: 246-253
- Bott KE, Rumpf HJ, Bischof G, Meyer C, Hannover W, Hapke U, John U (2001) Der Alkoholabstinenz-Selbstwirksamkeitsfragebogen; deutsche Version (AASE). In: A. Glöckner-Rist FR, & H. Kufner (ed) Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen: Mannheim
- British Medical Association (1995) Guidelines on sensible drinking. British Medical Association: London
- Bühringer G, Augustin R, Bergmann E, Bloomfield K, Funk W, Junge B, Kraus L, Merfert-Diete C, Rumpf H-J, Simon R, Töppich J (2000) Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden Baden
- Bundesministerium für Gesundheit (2000) Alkoholkonsum und Krankheiten, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden
- Burke JD, Regier DA (1986) Diagnostic categorization by the Diagnostic Interview Schedule (DIS): a comparison with other methods of assessment. In: Barret J, Rose RM (eds) Mental disorder in the community: progress and challenge. Guilford Press: New York
- Burns L, Teeson M (2002) Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. Drug and Alcohol Dependence 68: 299-307
- Charney DA, Paraherakis AM, Gill KJ (2001) Integrated treatment for comorbid depression and substance use disorders. Journal of Clinical Psychiatry 62: 672-677
- Charney DA, Paraherakis AM, J.C. N, Gill KJ (1998) The impact of depression on the outcome of addictions treatment. Journal of Substance Abuse Treatment 15: 123-130
- Cherpitel CJ (1995) Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. Journal of Studies on Alcohol 56: 695-700
- Dawson DA (1996) Correlates of past-year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence: United States, 1992. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 20: 771-779
- DiClemente C, Hughes SO (1990) Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. Journal of Substance Abuse 2: 217-235
- DiClemente CC, Carbonari JP, Addy RC, Velasquez MM (1996) Alternate short forms of a Process of Change Scale for alcoholism treatment. Fourth International Congress on Behavioral Medicine
- DiClemente CC, Carbonari JP, Montgomery RPG, Hughes SO (1994) The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. Journal of Studies on Alcohol 55: 141-148
- DiClemente CC, Carbonari JP, Rothfleisch J, Donovan D, Rychtarik R, Longabaugh R (1995) Alcohol abstinence, self-efficacy and its relationship to the stages of change in inpatient and outpatient alcoholism treatment. Seventh International Conference on the Treatment of Addictive Behaviors: Leeuwenhorst/Netherlands
- DiClemente CC, Marinilli AS, Singh M, Bellino LE (2001) The role of feedback in the process of health behavior change. American journal of health behavior 25: 217-227

LITERATURVERZEICHNIS

- DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS (1991) The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: 295-304
- Diener E (1984) Subjective well-being. *Psychological Bulletin* 95: 542-575
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S (1985) The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 49: 71-75
- Driessen M (1999) *Psychiatrische Komorbidität bei Alkoholismus und Verlauf der Abhängigkeit*. Steinkopf-Verlag: Darmstadt
- Driessen M, Meier S, Hill A, Wetterling T, Lange W, Junghanns K (2001) The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol and Alcoholism* 36: 249-255
- Dunn C, Deroo L, Rivara FP (2001) The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 96: 1725-1742
- Dybek I, Bischof G, Grothues J, Reinhardt S, Meyer C, Hapke U, John U, Brooks A, Hohagen F, Rumpf H-J (2006) The reliability and validity of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in a German general practice population sample. *Journal of Studies on Alcohol* 67: 473-481
- Edwards G, Gross MM (1976) Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*: 1058
- Ewing JA (1984) Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association* 252: 1905-1907
- Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G, Marsden J, Taylor C, Meltzer C (2001) Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. *British Journal of Psychiatry* 179: 432-437
- Feinstein AR (1970) The Pretherapeutic Classification of Comorbidity in Chronic Disease. *American Journal of Psychiatry* 142: 1259-1264
- Feuerlein W, Küfner H, Soyka M (1998) *Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie* (5. überarbeitete und erweiterte Auflage). Thieme: Stuttgart
- Finney W, Moos R (1995) Entering treatment for alcohol abuse: a stress and coping model. *Addiction* 90: 1223-1240
- Fischer EH, Goethe JW (1998) Anxiety and alcohol abuse in patients in treatment for depression. *American journal of drug and alcohol abuse* 24: 453-463
- Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R (1997) Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association* 277: 1039-1045
- Freyer J, Bott K, Riedel J, Wedler B, Meyer C, Rumpf H-J, John U, Hapke U (2006) Psychometric properties of the 'Processes of Change' scale for alcohol misuse and its short form (POC-20). *Addictive Behaviors* 31(5): 821-832
- Freyer J, Schumann A, Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U, John U (eds.) (2003). *Deutsche Version der Processes of Change Scale für Alkoholkonsumenten (POC-A)*. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen: Mannheim
- Girgis RR, Duggal HS, Douaihy AB (2006) Respiratory depression from Symbiax (R) overdose and binge drinking. *General hospital psychiatry* 28: 255-256
- Glenn SW, Parsons OA (1991) Prediction of resumption of drinking in posttreatment alcoholics. *International journal of the addictions* 26: 237-254
- Grant BF (1996) Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey of adults. *Journal of Substance Abuse* 7: 481-497
- Grant BF, Harford TC, Dawson DA, Chou P, Dufour M, Pickering R (1994) Prevalence of DSM-IV alcohol abuse and dependence. *Alcohol Health & Research World* 18: 243-248
- Grant BF, Hartford TC (1995) Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*: 197-206

- Gratzer D, Levitan RD, Sheldon T, Toneatto T, Rector NA, Goering P (2004) Lifetime rates of alcoholism in adults with anxiety, depression, or co-morbid depression/anxiety: a community survey of Ontario. *Journal of Affective Disorders* 79: 209-215
- Greenfield SF, Weiss RD, Muenz LR, Vagge LM, Kelly JF, Bello LR, Michael J (1998) The effect of depression on return to drinking: a prospective study. *Archives of General Psychiatry* 55: 259-265
- Greenley J, Mechanic D, Cleary P (1987) Seeking help for psychological problems. A replication and extension. *Medical Care* 25: 1113-1128
- Grothues J, Bischof G, Reinhardt S, Hapke U, John U, Meyer C, Rumpf H-J (2005) Intention to change drinking behavior in general practice patients with problematic drinking and comorbid depression and anxiety. *Alcohol and Alcoholism* 40: 394-400
- Grothues J, Bischof G, Reinhardt S, Meyer C, Hapke U, John U, Rumpf H-J (submitted) Efficacy of brief alcohol interventions for general practice patients with anxiety or depressive disorders.
- Grothues J, Bischof G, Reinhardt S, Rumpf H-J (2003) Ein stadienbezogenes Selbsthilfemanual zur Trinkmengenreduktion. In: Rumpf, Hüllinghorst (eds) *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*. Lambertus: Freiburg im Breisgau, pp 142-157
- Grothues JM, Bischof G, Reinhardt S, Meyer C, John U, Rumpf H-J (in press) Differences in help seeking rates after brief intervention for alcohol use disorders in general practice patients with and without comorbid anxiety or depressive disorders. *International journal of methods in psychiatric research*:
- Hall W, Farrell M (1997) Comorbidity of mental disorders with substance misuse. *British Journal of Psychiatry*: 4-5
- Hallenbetriebe Neumünster GmbH (2002) *Handbuch für das Gesundheitswesen Schleswig-Holstein, Vol. 49. Jahrgang*. Verlag Handbuch für das Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein: Neumünster
- Hannöver W, Rumpf H-J, Meyer C, Hapke U, John U (2001) Der Fragebogen zur Änderungsbereitschaft bei Alkoholkonsum (RCQ-D). In: Glöckner-Rist A, Rist F, Kufner H (eds) *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 1.00. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen: Mannheim
- Hannöver W, Rumpf H-J, Meyer C, Hapke U, John U (2001) Die Skala zur Entscheidungsbalance bei Alkoholkonsum (ADBS-D). In: Glöckner-Rist A, Rist F, Kufner H (eds) *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 1.00. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen: Mannheim
- Hannöver W, Thyrian JR, Hapke U, Rumpf H-J, Meyer C, John U (2002) The Readiness to Change Questionnaire (RCQ) in subjects with hazardous alcohol consumption, alcohol misuse and dependence in a general population survey. *Alcohol and Alcoholism* 37: 362-369
- Hapke U, Rumpf H-J, Meyer C, Dilling H, John U (1998) Substance use, abuse and dependence among the adult population in a rural and urban region of Northern Germany. *European Addiction Research* 4: 208-209
- Hartka E, Johnstone B, Leino EV, Motoyoshi M, Temple MT, Fillmore KM (1991) The Collaborative Alcohol-Related Longitudinal Project: A meta-analysis of depressive symptomatology and alcohol consumption over time. *British Journal of Addiction* 86: 1283-1298
- Hasin D, Li Q, McCloud S, Endicott J (1996) Agreement between DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10 alcohol diagnoses in US community-sample heavy drinkers. *Addiction* 91: 1517-1527
- Hasin D, Tsai WY, Endicott J, Mueller TI, Coryell W, Keller M (1996) Five-year course of major depression: effects of comorbid alcoholism. *Journal of Affective Disorders* 41: 63-70
- Hasin D, Tsai WY, Endicott J, Mueller TI, Coryell W, Keller MB (1996) The effects of major depression on alcoholism: five-year course. *Journal of Affective Disorders* 41: 63-70
- Haver B (2003) Comorbid psychiatric disorders predict and influence treatment outcome in female alcoholics. *European addiction research* 9: 39-44
- Heather N, Rollnick S, Bell A (1993) Predictive validity of the readiness to change questionnaire. *Addiction* 88: 1667-1677
- Helzer JE, Pryzbeck TR (1988) The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 49: 219-224

LITERATURVERZEICHNIS

- Hill A, Rumpf H-J, Hapke U, Driessen M, John U (1998) Prevalence of alcohol dependence and abuse in general practice in Germany - a representative study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22: 935-940
- Janis I, Mann L (1968) A conflict theory approach to attitude change and decision making. In: Greenwald A, Brock T, Ostrom T (eds) *Psychological foundations of attitudes*. Academic Press: New York
- Janis I, Mann L (1977) *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. Free Press: New York
- John U (1993) Standardisierte Verfahren zur Diagnostik der Alkoholabhängigkeit. *Schweizer Zeitschrift für Sucht, Drogen, Alkohol* 17: 3-12
- John U, Hanke M (2002) Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country - Germany. *Alcohol and Alcoholism* 37: 581-585
- John U, Rumpf H-J, Hapke U (1999) Estimating prevalence of alcohol abuse and dependence in one general hospital: an approach to reduce sample selection bias. *Alcohol and Alcoholism* 34: 786-794
- Kahler CW, Ramsey SE, Read JP, Brown RA (2002) Substance-induced and independent major depressive disorder in treatment-seeking alcoholics: associations with dysfunctional attitudes and coping. *Journal of studies on alcohol* 63: 363-371
- Kaner EF, Heather N, McAvoy BR, Lock CA, Gilvarry E (1999) Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol and Alcoholism* 34: 559-566
- Kaner EFS, Heather N, McAvoy BR, Lock CA, Gilvarry E (1999) Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: Attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol and Alcoholism* 34: 559-566
- Keller S, Velicer WF, Prochaska JO (1999) Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht. In: Keller S (ed) *Motivation zur Verhaltensänderung - Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Lambertus: Freiburg im Breisgau, pp 17-44
- Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC (1997) Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*: 313-321
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen H-U, Kendler KS (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry* 51: 8-19
- Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ (1996) The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry* 66: 17-31
- King TK, DiClemente CC (1993) A decisional balance measure for assessing and predicting drinking behavior. *Conference of the association for the advancement of behavior therapy*
- Kosten T, Kleiber H (1988) Differential Diagnosis of Psychiatric Comorbidity in Substance Abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment* 5: 201-206
- Kosten TR, Schumann B, Wright D, Carney MK, Gavin FH (1987) Substance-use disorders in DSM-III-R. Evidence for the dependence syndrome across different psychoactive substances. *British Journal of Psychiatry* 151: 834-843
- Kranzler HR, DelBoca FK, Rounsaville BJ (1996) Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: a posttreatment natural history study. *Journal of Studies on Alcohol* 57: 619-626
- Kupfer DJ, Carpenter LL (1990) Clinical evidence for comorbidity: A critique of treated samples and longitudinal studies. In: Maser JD, Cloninger CR (eds) *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. American Psychiatric Press: Washington, D.C., pp 231-238
- Kushner MG, Abrams K, Borchart C (2000) The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review* 20: 149-171
- Larsen RJ, Diener E, Emmons RA (1985) An evaluation of subjective well-being measures. *Social Indicators Research* 17: 1-17

- Leibetseder M, Greimel KV (2005) Zielanalyse und Therapieplanung. In: Leibing E, Hiller, W., Sulz, K.D. (ed) Lehrbuch der Psychotherapie, Band 3 Verhaltensanalyse. CIP-Medien: München, pp 19-22
- Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O (1996) Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. *Nervenarzt*: 205-215
- Loosen PT, Dew BW, Prange AJ (1990) Long-term predictors of outcome in abstinent alcoholic men. *American Journal of Psychiatry* 174: 1622-1626
- Lynskey MT (1998) The comorbidity of alcohol dependence and affective disorders: treatment implications. *Drug and alcohol dependence* 52: 201-209
- Marlatt G (1985) Cognitive factors in the relapse process. In: Marlatt G, Gordon RJ (eds) *Relapse prevention*. Guilford: New York, pp 128-200
- Marlatt GA, Gordon JR (eds.) (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press: New York.
- Martin-Diener E, Suter T, Somaini B (1999) Computergestützte Interventionsprogramme: Entwicklung, Wirksamkeit und Umsetzung. In: Keller S (ed) *Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Lambertus: Freiburg, pp 129-144
- Maser JD, Cloninger CR (1990) Comorbidity of Anxiety and Mood Disorders: Introduction and Overview. In: Maser JD, Cloninger CR (eds) *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*. American Psychiatric Press: Washington, London
- Meyer C, Rumpf H-J, Hapke U, Dilling H, John U (2000) Prevalence of alcohol consumption, abuse and dependence in a country with high per capita consumption: Findings from the German TACOS study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 35: 539-547
- Miller L (1991) Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: neuropsychology, personality, and cognitive style. *Journal of Substance Abuse Treatment* 8: 277-291
- Miller NS, Klamen D, Hoffmann NG, Flaherty JA (1996) Prevalence of depression and alcohol and other drug dependence in addictions treatment populations. *Journal of psychoactive drugs* 28: 111-124
- Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS (1993) Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 445-461
- Miller WR, Rollnick S (2002) *Motivational interviewing. Preparing people for change*. (2nd Edition). Guilford: New York
- Miller WR, Wilbourne PL (2002) Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 97: 265-277
- Moggi F (2002) Komorbidität von Angststörungen, Depression oder Persönlichkeitsstörungen und Substanzstörungen. In: Moggi F (ed) *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. Huber: Bern, pp 65-92
- Moggi F, Donati R (2004) *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Hogrefe: Göttingen
- Mojtabai R, Olfson M, Mechanic d (2002) Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Archives of general psychiatry* 59: 77-84
- Moos RH, Cronkite RC, Billings AG, Finney JW (1985) *Health and daily living form manual*. Stanford University Medical Centers
- Morschitzky H (2002) *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe* (2 Edition). New York: Springer
- Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P (2002) Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 97: 279-292
- Nunally J (1978) *Psychometric Theory*. McGraw-Hill: New-York
- O'Brien MC, Mc Coy TP, Champion H, Mitra A, Robbins A, Teuschlser A, Wolfson M, Durant RH (2006) Single question about drunkenness to detect college students at risk for injury. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 13: 629-636

- Ojehagen A, Berglund M, Appel CP, Nilsson B, Skjaerries A (1991) Psychiatric symptoms in alcoholics attending outpatient treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 15: 640-646
- Peritz E (1984) Berkson's paradox revisited. *Journal of chronic diseases* 37: 909-916
- Perz CA, DiClemente CC, Carbonari JP (1996) Doing the right thing at the right time? The interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation. *Health Psychology* 15: 462-468
- Poikolainen K (1999) Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Preventive Medicine* 28: 503-509
- Powell BJ, Penick EC, Nickel EJ, Liskow BI, Riesenmy KR, Campion SL, Brown EF (1992) Outcomes of comorbid alcoholic men: A 1 year follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*: 131-138
- Prochaska JO (1994) Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology* 13: 47-51
- Prochaska JO, DiClemente CC (1983) Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. In: Prochaska JO, DiClemente CC (eds) *Advances in cancer control*. Alan R. Liss, Inc.: New York, pp 131-140
- Prochaska JO, DiClemente CC (1984) The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. *Dow Jones Irwin: Homewood, IL*
- Prochaska JO, DiClemente CC (1986) The transtheoretical approach. In: Norcross JC (ed) *Handbook of eclectic psychotherapy*. Brunner & Mazel: New York, pp 163-200
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992) In search of how people change. *American Psychologist* 47: 1102-1114
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992) In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47: 1102-1114
- Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Rossi JS (1993) Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology* 12: 399-405
- Prochaska JO, Wayne FV, DiClemente CC, Fava J (1988) Measuring Process of Change: Applications to the Cessation of Smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 520-528
- Project Match Research Group (1997) Matching alcoholism treatments to clients heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* 58: 7-29
- Raimo EB, Schuckit MA (1998) Alcohol dependence and mood disorders. *Addictive Behaviors* 23: 933-946
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA: The journal of the American Medical Association* 264: 2511-2518
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK (1993) The de facto US mental and addictive disorders service system. *Archives of General Psychiatry* 50: 85-94
- Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kaelber CT, Schatzberg AF (1998) Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry* 173: 24-28
- Reinert DF, Allen JP (2002) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 26: 272-279
- Reinert DF, Allen JP (2007) The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 31: 185-199
- Reinhardt S, Bischof G, Grothues J, Rumpf H-J (2003) Die Entwicklung eines individualisierten computerisierten Feedbacks für Personen mit alkoholbezogenen Störungen. In: Hüllinghorst R, Rumpf H-J (ed) *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*. Lambertus: Freiburg im Breisgau, pp 158-178
- Richmond R, Heather N, Wodak A, Kehoe L, Webster I (1995) Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction* 90: 119-132
- Rickwood D, Braithwaite V (1994) Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science in Medicine* 39: 563-572

LITERATURVERZEICHNIS

- Robins LN, Wing J, Wittchen HU (1988) The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry* 45: 1069-1077
- Rogers C (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality changes. *Journal of Consulting Psychology* 21: 95-113
- Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W (1992) Development of a short "readiness to change" questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction* 87: 743-754
- Rollnick S, Mason P, Butler C (1999) *Health Behaviour Change*. Churchill Livingstone: Kent
- Rosett HL, Weiner L, Edelin KC (1983) Treatment experience with pregnant problem drinkers. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 249: 2029-2033
- Ross HE, Glaser FB, Germanson T (1988) The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*: 1023-1031
- Rounsaville BJ, Bryant K, Babor T, Kranzler H, Kadden R (1993) Cross system agreement for substance use disorders: DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10. *Addiction* 88: 337-348
- Rounsaville BJ, Dolinsky ZS, Babor TF, Meyer RE (1987) Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Archives of General Psychiatry* 44: 505-513
- Rumpf H-J, Bischof G, Grothues J, Reinhardt S, Hapke U, Meyer C, John U, Broocks A, Junghanns K, Hohagen F (2003) Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen in der Allgemeinarztpraxis: Ein Stepped-Care Ansatz. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 5: 37-40
- Rumpf H-J, Bischof G, Hapke U, Meyer C, Broocks A, Junghanns K, Hohagen F, John U (2001) Ein gestuftes Beratungskonzept für Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in der allgemeinmedizinischen Praxis. Das Lübecker Projekt SIP. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* 54: 42-49
- Rumpf H-J, Bischof G, Hapke U, Meyer C, John U (2000) Studies on natural recovery from alcohol dependence: Sample selection bias by media solicitation? *Addiction* 95: 765-775
- Rumpf H-J, Hapke U, Hill A, John U (1997) Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21: 894-898
- Rumpf H-J, Hapke U, John U (2001) Der Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST). Testmanual. Hogrefe: Göttingen
- Rumpf H-J, Hapke U, John U (2001) Deutsche Versionen des Michigan Alcoholism Screening Test (MAST, SMAST, BMAST). In: Glöckner-Rist A, Rist F (eds) *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 1.0. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen: Mannheim
- Rumpf H-J, Hapke U, John U (2001) Deutscher CAGE Fragebogen. In: Glöckner-Rist A, Rist F (eds) *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 1.0. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen: Mannheim
- Rumpf H-J, Hapke U, Meyer C, John U (1999) Motivation to change drinking behavior: Comparison of alcohol dependent individuals in a general hospital and a general population sample. *General Hospital Psychiatry* 21: 348-353
- Rumpf H-J, Hapke U, Meyer C, John U (1999) Motivationale Grundlagen für die Sekundärprävention von Alkoholabhängigkeit in unterschiedlichen Populationen. In: Keller S (ed) *Motivation zur Verhaltensänderung - Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Lambertus: Freiburg, pp 57-65
- Rumpf H-J, Hapke U, Meyer C, John U (2002) Screening for alcohol use disorders and hazardous drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires. *Alcohol and Alcoholism*: 37(3): 261-268
- Rumpf H-J, Kremer G, Hapke U, John U, Bischof G, Meyer C, Grothues J, Reinhardt S (2003) Kurzinterventionen bei alkoholbezogenen Störungen in der Arztpraxis: Ein Leitfaden der DHS. In: Rumpf H-J, Hüllinghorst R (eds) *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*. Lambertus: Freiburg, pp 108-128

LITERATURVERZEICHNIS

- Rumpf H-J, Meyer C, Hapke U, Bischof G, John U (2000) Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie. *Sucht* 46: 9-17
- Rumpf H-J, Meyer C, Hapke U, Bischof G, John U (2000) Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie. *Sucht* 46: 9-17
- Rumpf H-J, Meyer C, Hapke U, Dilling H, John U (1998) Stadien der Änderungsbereitschaft bei Rauchern in der Allgemeinbevölkerung. *Das Gesundheitswesen* 60: 592 - 597
- Rumpf H, -J., Hapke U, Meyer C, Bischof G, John U (2000) Kurzinterventionen bei alkoholbezogenen Störungen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (ed) *Individuelle Hilfen für Suchtkranke - Früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren*. Lambertus: Freiburg, pp 211-219
- Rumpf HJ, Bischof G, Grothues J, Reinhardt S, Hapke U, Meyer C, John U (2004) Umgang mit Alkohol. Informationen, Tests und Hilfen in 5 Phasen. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Hamm
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, DeLaFuente JR, Grant M (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 88: 617-629
- Schmid TL, Jeffrey RW, Hellerstedt WL (1989) Direct mail recruitment to house-based smoking and weight control programs: A comparison of strengths. *Preventive Medicine*: 503-517
- Schneider U, Altmann A, Baumann M, Bernzen J, Bertz B, Bimber U, al. e (2001) Comorbid anxiety and affective disorders in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first multicentre study in Germany. *Alcohol and Alcoholism* 36: 219-223
- Schuckit MA, Tipp JE, Bucholz KK, Nurnberger JIJ, Hesselbrock VM, Crowe RR, Kramer J (1997) The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. *Addiction* 92: 1289-1304
- Sellmann JD, Joyce PR (1996) Does depression predict relapse in the 6 months following treatment for men with alcohol dependence. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*: 573-578
- Selzer ML, Vinokur A, Rooijen MA (1975) A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol* 36: 117-126
- Shumway BA, Cuffel BJ (1996) Symptom Heterogeneity in Comorbid Alcohol Disorder. *Journal of mental health administration* 23: 338-347
- Stasiewicz PR, C.M. B, G.J. C (1997) Subject-collateral reports of drinking in inpatient alcoholics with comorbid mental disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21: 530-536
- Steinbauer JR, Cantor SB, Holzer CEr, Volk RJ (1998) Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Annals of Internal Medicine* 129: 353-362
- Steinweg DL, Worth H (1993) Alcoholism: The keys to the CAGE. *The American Journal of Medicine* 94: 520-523
- Strowing AB (2000) Relapse determinants reported by men treated for alcoholic addiction: the prominence of depressed mood. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19: 469-474
- Tomasson K, Vaglum P (1995) A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: a study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavia*: 378-385
- Tomasson K, Vaglum P (1996) The 2-year course following detoxification treatment of substance abuse: the possible influence of psychiatric comorbidity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*: 320-327
- Tsuang D, Cowley D, Ries R, Dunner D, Roy-Byrne PP (1995) The effects of substance use disorder on the clinical presentation of anxiety and depression in an outpatient psychiatric clinic. *Journal of Clinical Psychiatry* 56: 549-555
- Üstün TB, Sartorius N (1995) *Mental health in general health care across the world. An international study*. John Wiley & Sons: New York
- Üstün TB, Wittchen H-U (1992) Instruments for the assessment of substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 5: 412-419

- Velasquez MM, Carbonari JP, DiClemente CC (1999) Psychiatric severity and behavior change in alcoholism: the relation of the transtheoretical model variables to psychiatric distress in dually diagnosed patients. *Addictive Behaviors* 24: 481-496
- Verheul R, Kranzler HR, Poling J, Tennen H, Ball S, Rounsaville BJ (2000) Axis I and Axis II disorders in alcoholics and drug addicts: Fact or artifact? *Journal of Studies on Alcohol* 61: 101-110
- Weltgesundheitsorganisation (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. In: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (eds). Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto
- Wetterling T, Veltrup C (1997) Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Ein Leitfaden. Springer Verlag: Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Budapest; Hongkong; London; Mailand; Paris; Santa Clara; Singapur; Tokio
- Whitlock EO, Polen MR, Green CA, Orleans CT, Klein J (2004) Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Risky/Harmful Alcohol Use by Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annual of Internal Medicine*: 557-568
- WHO (1993) Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F), Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization
- Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC (1997) Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine* 12: 274-283
- Willinger U, Lenzinger E, Hornik K, Fischer G, Schönbeck G, Aschauer H, Meszaros K (2002) Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism* 37: 609-612
- Wittchen H-U (1994) Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research* 28: 57-84
- Wittchen H-U (2000) Die Studie "Depression 2000". Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinarztpraxen. *Fortschritte der Medizin* 118: 1-3
- Wittchen H-U, Beloch E, Garczynski E, Holly A, Lachner G, Perkonigg A, Vodermaier A, Vossen A, Wunderlich U, Ziegglänsberger S (1995) Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Version 2.2. Max-Planck-Institut für Psychiatrie: München
- Wittchen H-U, Essau CA, Zerssen Dv, Krieg J-C, Zaudig M (1992) Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 241: 247-258
- Wittchen H-U, Hoyer J, Beesdo K, Krause P (2001) Probleme und Defizite in der hausärztlichen Versorgung von Generalisierten Angststörungen. *Fortschritte der Medizin* 119: 42-49
- Wittchen H-U, Lachner G, Wunderlich U (1998) Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33: 568-578
- Wittchen H-U, Lachner G, Wunderlich U, Pfister H (1998) Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33: 568-578
- Wittchen H-U, Perkonigg A, Reed V (1996) Comorbidity of mental disorders and substance use disorders. *European Addiction Research* 2: 36-47
- Wittchen H-U, Saß H, Zaudig M, Koehler K (eds.) (1991). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R. Beltz Verlag: Weinheim & Basel.
- Wittchen H-U, Semler G, al. e (1985) A comparison of two diagnostic methods - clinical ICD diagnoses vs DSM-III and Research Diagnostic Criteria using the Diagnostic Interview Schedule (Version 2). *Archives of General Psychiatry* 42: 677-684
- Wu LT, Kouzis AC, Leaf PJ (1999) Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on utilization of mental health services in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry* 156: 1230-1236

12. ANHANG

12.1 Ethikvotum und Förderhinweis

Der Antrag wurde unter Prüfung von berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufs-rechtlichen Gesichtspunkten durch die Ethikkommission der Universität zu Lübeck (Aktenzeichen 01-073) am 31.07.2001 genehmigt.

Die vorliegende Arbeit ist eingebunden in den Suchtforschungsverbund Nord-Ost, „EARLY INTerventions“ (EARLINT) des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKS-H, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie) und der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald (Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin). Die übergeordnete Zielsetzung des Forschungsverbundes EARLINT ist die empirische Evaluation zu Interventionsansätzen für bislang unterversorgte Zielgruppen bei Substanzmissbrauch. Hierbei stellt die Studie SIP proaktive, individualisierte Kurzinterventionen zur Veränderung alkoholbezogener Störungen/problematischen Alkoholkonsums für den Einsatz in der hausärztlichen Versorgung bereit.

Das Projekt Stepped Interventions for Problem drinkers (SIP) wurde im Rahmen des Förderschwerpunktes Sucht des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen 01 EB 0121; Projektleitung Dr. phil. Hans-Jürgen Rumpf) gefördert.

12.2 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 2.1	Stadien der Verhaltensänderung (in Anlehnung an Prochaska et al., 1992).....	37
Tabelle 2.2	Beschreibung der kognitiv-affektiven Prozesse der Verhaltensänderung und mögliche Förderung (in Anlehnung an Prochaska et al., 1992).....	39
Tabelle 2.3	Beschreibung der verhaltensbezogenen Prozesse der Verhaltensänderung und mögliche Förderung (in Anlehnung an Prochaska et al., 1992).....	40
Tabelle 2.4	Gemeinsamkeiten wirksamer Kurzinterventionen (FRAMES) (nach Bien et al., 1993).....	43
Tabelle 3.1	Prävalenz Angst- und depressiver Störungen in Allgemeinarztpraxen.....	78
Tabelle 4.1	Komorbiditätsraten von Angst- und affektiven Störungen bei problematischem Alkoholkonsum in der Allgemeinbevölkerung und klinischen Stichproben.....	73

ANHANG

Tabelle 6.1	Erhebungszeiträume und Variablen der Baseline-Erhebung T0.....	89
Tabelle 6.2	Erhebungs- und Interventionszeitpunkte sowie deren Messwerte im Rahmen der Erhebungen/Interventionen T1-T4.....	92
Tabelle 6.3	Zeitfenster der Kontaktierungen T2-T4.....	93
Tabelle 6.4	Leitfaden: Zuordnung von strukturierten Vorgehensweisen zu den Stadien der Änderungsbereitschaft (nach Rumpf et al., 2003).....	95
Tabelle 6.5	Erhebungszeitraum und Messinhalte im Rahmen der Katamnese T5.....	96
Tabelle 6.6	Erhebungsinstrumente.....	97
Tabelle 8.1	Deskriptive Statistik im Vergleich zwischen komorbiden und nicht- komorbiden Studienteilnehmern.....	114
Tabelle 8.2	Stadien der Verhaltensänderung bei Komorbidität unter Einschluss aller Gruppen alkoholbezogener Störungen/problematischen Alkoholkonsums zur Baseline.....	115
Tabelle 8.3	Stadien der Verhaltensänderung zur Baseline: komorbide Angst- oder depressive Störungen vs. Nicht-Vorliegen der entsprechenden Störung sowie komorbide Störungen Angst-/depressive Störung vs. keine Komorbidität irgendeiner der beiden Störungen.....	116
Tabelle 8.4	Multinomiale logistische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Änderungsbereitschaft.....	118
Tabelle 8.5	Prozesse der Verhaltensänderung zur Baseline.....	120
Tabelle 8.6	Entscheidungswaage, situatives Verlangen nach Alkohol und Selbstwirksamkeitserwartungen zur Baseline.....	121
Tabelle 8.7	Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen im Vergleich komorbide vs. nicht-komorbide Probanden zur Baseline.....	122
Tabelle 8.8	Prädiktivität einzelner Variablen auf die Stadienprogression in univariaten logistischen Regressionsmodellen.....	123
Tabelle 8.9	Logistisches Regressionsmodell zur Bestimmung der Prädiktivität aller zuvor signifikanten oder tendenziell ($p < .10$) auf die Stadienprogression.....	124
Tabelle 8.10	Prädiktivität einzelner Variablen für die Niedrigergewichtung der positiven Aspekte des Konsums im Rahmen der Entscheidungswaage in getrennten logistischen Regressionsmodellen.....	125

Tabelle 8.11	Prädiktivität einzelner Variablen für die Stärkergewichtung der negativen Aspekte des Konsums im Rahmen der Entscheidungswaage in getrennten logistischen Regressionsmodellen.....	126
Tabelle 8.12	Prädiktivität aller zuvor signifikanten Variablen für die Niedrigergewichtung der positiven Aspekte des Konsums im Rahmen der Entscheidungswaage in einem gemeinsamen logistischen Regressionsmodell.....	127
Tabelle 8.13	Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen innerhalb der letzten 12 Monate im Vergleich komorbide vs. nicht-komorbide Probanden.....	128
Tabelle 8.14	Logistische Regressionsanalyse zur Bestimmung der Prädiktivität einzelner Variablen für die Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen zur Katamnese.....	130
Tabelle 8.15	Trinkmengenreduktion im Vergleich komorbide vs. nicht-komorbide Probanden.....	131
Tabelle 8.16	Ordinale Regressionsanalyse zur Bestimmung der Prädiktivität von Komorbidität auf die Trinkmengenreduktion im Zusammenhang mit den Grundmerkmalen Geschlecht, alkoholbezogene Störung/problematischer Konsum und Trinkmenge zur Baseline.....	134
Tabelle 8.17	Getrennte univariate ordinale Regressionsanalysen zur Bestimmung der Prädiktivität einzelner Variablen auf die Trinkmengenreduktion.....	135
Tabelle 8.18	Multivariate ordinale Regressionsanalyse zur Bestimmung der Prädiktivität von Komorbidität in Abhängigkeit weiterer Variablen mit signifikantem Einfluss auf die Trinkmengenreduktion.....	137
Tabelle 8.19	Ordinale Regressionsanalyse zur Prädiktivität der bislang bedeutsamen Variablen auf die Trinkmengenreduktion in einem ordinalen logistischen Regressionsmodell.....	138
Abbildung 6.1	Design der Studie SIP.....	84
Abbildung 6.2	Stepped Care (SC) Interventionsbedingung.....	85
Abbildung 6.3	Zeitplan der Studie SIP.....	87
Abbildung 7.1	Rekrutierung nach CONSORT Statement.....	112
Abbildung 8.1	Multivariate Analyseschritte zur Bestimmung der Prädiktivität unterschiedlicher Variablen auf die Trinkmengenreduktion.....	132

12.3 Erhebungsinstrumente und Studiendokumentation

12.3.1 Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

Item	Beschreibung	Antwortkategorien und assoziierte Punktwerte
1	Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?	(0) Niemals, (1) Einmal im Monat oder seltener, (2) 2 bis 4 mal im Monat, (3) 2 bis 3 mal pro Woche, (4) 4 oder mehrmals in der Woche
2	Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag? Ein alkoholhaltiges Getränk ist z.B. ein kleines Glas oder eine kleine Flasche Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps oder ein Glas Likör.	(0) 1 bis 2, (1) 3 bis 4, (2) 5 bis 6, (3) 7-9, (4) 10 oder mehr
3	Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?	
4	Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?	(0) Niemals, (1) Seltener als einmal im Monat,
5	Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen, die man an Sie in der Familie, im Freundeskreis und im Berufsleben hat, nicht mehr erfüllen konnten?	(2) Einmal im Monat, (3) Einmal pro Woche, (4) Täglich oder fast täglich
6	Wie oft brauchten Sie während der letzten 12 Monate am Morgen ein alkoholisches Getränk, um sich nach einem Abend mit viel Alkoholgenuss wieder fit zu fühlen?	

- 7 Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate wegen Ihrer Trinkgewohnheiten Schuldgefühle oder Gewissensbisse?
- 8 Wie oft haben Sie sich während der letzten 12 Monate nicht mehr an den vorangegangenen Abend erinnern können, weil Sie getrunken hatten?
- 9 Haben Sie sich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss schon mal verletzt?
- 10 Hat ein Verwandter, Freund oder auch ein Arzt schon einmal Bedenken wegen Ihres Trinkverhaltens geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie Ihren Alkoholkonsum einschränken?
-
- (0) Nein,
 (1) Ja, aber nicht im letzten Jahr,
 (2) Ja, im letzten Jahr

12.3.2 Lübecker Alkoholabhängigkeits- und –missbrauchs-Screening-Test (LAST)

Zu allen Items liegen dichotome Antwortkategorien (Items 2-7: Ja=1 Punkt/Nein=0 Punkte; Item 1: Ja=0 Punkte/Nein=1 Punkt) vor.

Item	Beschreibung
1	Sind Sie immer in der Lage, Ihren Alkoholkonsum zu beenden, wenn Sie das wollen?
2	Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?
3	Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt?
4	Haben Ihre (Ehe-)Partner oder Ihre Eltern oder andere nahe Verwandte sich schon einmal über Ihr Trinken Sorgen gemacht oder sich beklagt?
5	Haben Sie wegen des Trinkens einmal Probleme am Arbeitsplatz bekommen?
6	Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, Sie hätten eine Störung der Leber (z.B. Fettleber oder Leberzirrhose)?
7	Waren Sie einmal in einem Krankenhaus wegen Ihres Alkoholkonsums?

12.3.3 Kurzdiagnostik zu Angst- und depressiven Störungen

Zu allen Items liegen dichotome Antwortkategorien (Ja=1 Punkt/Nein=0 Punkte) vor.

Item	Beschreibung
------	--------------

- | | |
|---|---|
| 1 | Hatten Sie schon einmal einen Angstanfall – manche nennen das auch Panikattacke oder Angstattacke – bei dem Sie ohne Grund plötzlich von einem Gefühl starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden? |
| 2 | Gab es in Ihrem Leben schon einmal eine Zeitspanne von einem Monat oder länger, in der Sie sich häufig ängstlich, angespannt oder voller ängstlicher Besorgnis gefühlt haben? |
| 3 | Litten Sie jemals unter unbegründet starken Ängsten in sozialen Situationen, wie mit anderen zu reden, etwas in Gegenwart anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer zu stehen? |
| 4 | Litten Sie jemals in Ihrem Leben unter unbegründet starken Ängsten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, in Geschäfte zu gehen, Schlange zu stehen oder aus dem Haus zu gehen? |
| 5 | Haben Sie jemals über mehr als 2 Wochen fast täglich unter Gefühlen von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit gelitten? |
| 6 | Litten Sie jemals über mehr als 2 Wochen fast täglich unter Interessenverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit? |

12.3.4 Readiness to Change Questionnaire (RCQ)

Zu allen Items liegt als Antwortkategorie eine fünfstufige Likert-Skala (1=“Stimme überhaupt nicht zu“ bis 5=“Stimme sehr zu“) vor.

Item	Beschreibung
------	--------------

- | | |
|---|--|
| 1 | Ich glaube, dass ich zuviel trinke. |
| 2 | Ich versuche, weniger zu trinken als früher oder gar nicht mehr zu trinken. |
| 3 | Ich trinke gern, aber manchmal trinke ich zuviel. |
| 4 | Manchmal denke ich, dass ich weniger oder gar nicht mehr trinken sollte. |
| 5 | Über mein Alkoholtrinken nachzudenken ist reine Zeitverschwendung. |
| 6 | Ich habe erst vor kurzem meine Trinkgewohnheiten geändert. |
| 7 | Jeder kann darüber reden, dass er wegen des Alkoholtrinkens etwas tun will, aber ich |

tue tatsächlich etwas.

- 8 Ich bin an dem Punkt angelangt, wo ich darüber nachdenken sollte, weniger oder gar keinen Alkohol mehr zu trinken.
- 9 Mein Alkoholtrinken ist manchmal ein Problem.
- 10 Ich finde es notwendig für mich, über eine Änderung meines Alkoholtrinkens nachzudenken.
- 11 Ich ändere meine Trinkgewohnheiten genau jetzt im Moment.
- 12 Weniger Alkohol zu trinken ergibt für mich einen Sinn.

12.3.4.1 Stadienalgorithmus

Für beide Items 1 (Alkoholabstinenz und Reduktion des Alkoholkonsums) liegen folgende Antwortkategorien vor: (1) Ja, vor mehr als 12 Monaten, (2) Ja, innerhalb der letzten 12 Monate, (3) Nein. Für beide Items 2 (Alkoholabstinenz und Reduktion des Alkoholkonsums) liegen folgende Antwortkategorien vor (1) Ja, innerhalb der nächsten 4 Wochen, (2) Ja, innerhalb der nächsten 6 Monate, (3) Ja, innerhalb der nächsten 5 Jahre, (4) Nein

a) Alkoholabstinenz:

- 1 Haben Sie jemals einen ernsthaften Versuch gemacht, mit dem Alkoholtrinken aufzuhören?
- 2 Haben Sie vor, mit dem Alkoholtrinken aufzuhören?

b) Reduktion des Alkoholkonsums:

- 1 Haben Sie jemals einen ernsthaften Versuch gemacht, Ihren Alkoholkonsum deutlich zu verringern?
- 2 Haben Sie vor, Ihren Alkoholkonsum deutlich zu verringern?

12.3.5 Alcohol Decisional Balance Scale (ADBS)

Jedes Item wird hinsichtlich seiner Relevanz in Bezug auf die persönliche Wichtigkeit für oder gegen den Alkoholkonsum zum jetzigen Zeitpunkt bewertet. Jedem der Items folgt der Zusatz „Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken...“. Hierbei liegt als Antwortkategorie jeweils eine fünfstufige Likert-Skala (1=“Überhaupt nicht wichtig“ bis 5=“Sehr wichtig“) vor.

Item Beschreibung

- 1 Alkoholkonsum hilft mir locker zu sein und mich zu äußern.
- 2 Ich mag mich selber mehr, wenn ich Alkohol trinke.
- 3 Weil ich mit dem Alkoholkonsum weitermache, könnten einige Menschen denken, dass es mir an Charakterstärke fehlt, damit aufzuhören.
- 4 Alkoholtrinken hilft mir, mit Problemen umzugehen.
- 5 Dass ich andere wegen meines Alkoholkonsums anlügen muss, stört mich.
- 6 Einige Menschen versuchen mich zu meiden, wenn ich Alkohol trinke.
- 7 Alkoholtrinken hilft mir dabei, Spaß und Kontakt mit anderen zu haben.
- 8 Alkoholkonsum beeinträchtigt mich beim Erfüllen von Aufgaben zu Hause und/oder in der Arbeit.
- 9 Alkoholtrinken macht mich mehr zu einem lustigen Menschen.
- 10 Einige Menschen in meiner näheren Umgebung sind wegen des Alkoholkonsums enttäuscht von mir.
- 11 Mein Alkoholkonsum verursacht Probleme mit anderen.
- 12 Ich scheine mich in Schwierigkeiten zu bringen, wenn ich Alkohol trinke.
- 13 Ich könnte jemanden versehentlich wegen meines Alkoholtrinkens verletzen.
- 14 Wenn ich bei einem geselligen Beisammensein nicht trinke, würde ich mich ausgeschlossen fühlen.
- 15 Ich verliere das Vertrauen und den Respekt meiner Kollegen und/oder meines Partners wegen des Alkoholkonsums.
- 16 Alkohol zu trinken hilft mir dabei, Kraft zu schöpfen und weiterzumachen.
- 17 Ich habe mehr Selbstvertrauen, wenn ich Alkohol trinke.
- 18 Ich habe den Eindruck, ich gebe ein schlechtes Beispiel für andere ab, wenn ich Alkohol trinke.
- 19 Ohne Alkohol wäre mein Leben stumpfsinnig und langweilig.
- 20 Es scheint, dass Menschen mich mehr mögen, wenn ich Alkohol trinke.
- 21 Mein Alkoholkonsum führt zu einer Zunahme meines Körpergewichtes.
- 22 Alkoholtrinken hilft mir, mich zu entspannen.
- 23 Alkoholische Getränke schmecken mir gut.
- 24 Alkoholtrinken ist schädlich für meine Gesundheit.
- 25 Wenn ich Alkohol trinke, bin ich körperlich weniger leistungsfähig.
- 26 Ein gewisses Maß an Alkohol ist gut für meine Gesundheit.

12.3.6 Adverse Consequences from Drinking scale (ACD)

Bewertet wird die Häufigkeit des Auftretens einer Reihe von Problemen in den letzten 6 Monaten anhand einer fünfstufigen Likert Skala mit den folgenden Antwortkategorien (1)=Nie, (2)=Ein- oder zweimal, (3) Gelegentlich, (4) Ziemlich oft und (5) Oft.

Item	Beschreibung
1	Probleme mit Ihrer Gesundheit
2	Probleme mit Ihrer Arbeit
3	Geldprobleme
4	Auseinandersetzung in der Familie
5	Von jemandem geschlagen worden
6	Jemanden geschlagen
7	Schwierigkeiten in der Nachbarschaft
8	Schwierigkeiten mit der Polizei
9	Schwierigkeiten mit Freunden
10	Trunkenheit am Steuer

12.3.7 Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (AASE)

Bewertet wird auf zwei Skalen erstens die Versuchung, unter den durch die jeweiligen Items angegebenen Umständen Alkohol zu trinken, sowie zweitens die Sicherheit, unter den angegebenen Umständen auf das Alkoholtrinken zu verzichten. Es liegen Antwortkategorien auf einer fünfstufigen Likert-Skala vor (1=“Sehr gering“ bis 5=“Sehr groß“).

Item	Beschreibung
1	Wenn ich eine gute Mahlzeit zu mir nehme...
2	Wenn ich Kopfschmerzen habe...
3	Wenn ich mich traurig fühle...
4	Wenn ich im Urlaub bin und mich entspannen möchte...
5	Wenn ich um jemanden besorgt bin...
6	Wenn ich sehr beunruhigt bin und mir Sorgen mache...
7	Wenn ich den Drang verspüre, nur ein einziges alkoholisches Getränk zu probieren, um zu sehen, was dann passiert...
8	Wenn ich in einer sozialen Situation ein alkoholisches Getränk angeboten bekomme...

- 9 Wenn ich davon träume, ein alkoholisches Getränk zu mir zu nehmen...
- 10 Wenn ich meine Willenskraft über das Alkoholtrinken testen möchte...
- 11 Wenn ich ein körperliches Bedürfnis oder ein starkes Verlangen nach Alkohol verspüre...
- 12 Wenn ich körperlich erschöpft bin...
- 13 Wenn ich körperliche Verletzungen oder Schmerzen habe...
- 14 Wenn ich so frustrierte bin, dass ich in die Luft gehen könnte...
- 15 Wenn ich andere in einer Gaststätte oder bei einer Feier trinken sehe...
- 16 Wenn ich das Gefühl habe, dass bei mir alles schief läuft...
- 17 Wenn Menschen, mit denen ich früher getrunken habe, mich zum Alkoholtrinken auffordern...
- 18 Wenn ich ärgerlich bin...
- 19 Wenn mich ganz unerwartet das Verlangen oder der Drang trifft, etwas Alkoholisches zu trinken...
- 20 Wenn ich voller Freude bin oder mit anderen feiere...

12.3.8 Processes of Change questionnaire-Alcohol (POC-A)

Angegeben wird die Häufigkeit der durch die jeweiligen Items beschriebenen Hilfen zur Änderung des Alkoholkonsums oder der Trinkgewohnheiten. Zu jedem Item liegen Antwortkategorien anhand der folgenden fünfstufigen Likert-Skala vor: (1)=Nie, (2) Selten, (3) Gelegentlich, (4) Häufig, (5) Sehr häufig.

Item	Beschreibung
1	Für die Anstrengung, die ich unternehme, um meinen Alkoholkonsum zu ändern, gönne ich mir etwas Schönes...
2	Ich kann mit mindestens einer vertrauensvollen Person über Erfahrungen mit meinem Alkoholkonsum sprechen...
3	Es beunruhigt mich, wenn ich an Krankheiten denke, die durch meinen Alkoholkonsum hervorgerufen werden können...
4	Ich bemerke Hinweise in der Öffentlichkeit, die auf die Gefahren des Alkoholtrinkens hinweisen...
5	Ich halte inne und denke darüber nach, wie mein Alkoholkonsum andere Menschen um mich herum beeinträchtigt...

ANHANG

- 6 Ich denke darüber nach, dass es dazu gehört, meinen Alkoholkonsum zu ändern, um zufrieden mit mir selbst zu sein...
- 7 Ich entferne Dinge zu Hause oder auf der Arbeit, die mich an das Alkoholtrinken erinnern...
- 8 Ich beruhige mich selbst, wenn ich den Wunsch nach einem alkoholischen Getränk verspüre...
- 9 Ich belohne mich, wenn ich dem Wunsch, etwas Alkoholisches zu trinken, nicht nachgebe...
- 10 Ich habe jemanden, mit dem ich reden kann, und der meine Probleme mit dem Alkoholkonsum versteht...
- 11 Warnungen über Gesundheitsgefahren des Alkoholtrinkens nehme ich ernst...
- 12 Ich benutze meine Willenskraft, um keinen oder wenig Alkohol zu trinken...
- 13 Ich nehme wahr, dass manche Menschen ihren Wunsch deutlich machen, nicht zum Alkoholtrinken gedrängt zu werden...
- 14 Ich denke darüber nach, dass es ohne meinen Alkoholkonsum den Menschen um mich herum besser geht...
- 15 Ich lese Artikel in Zeitungen und Zeitschriften, die mir dabei helfen können, meine Trinkgewohnheiten zu ändern
- 16 Ich vermeide Situationen, die mich ermutigen, Alkohol zu trinken...
- 17 Ich versuche an andere Dinge zu denken, wenn ich anfangen möchte, an alkoholische Getränke zu denken...
- 18 Ich habe jemanden, der mir zuhört, wenn ich über meinen Alkoholkonsum reden möchte...
- 19 Berichte über Alkohol und dessen Wirkung beunruhigen mich...
- 20 Ich mache mir klar, dass ich, wenn ich es will, mich dafür entscheiden kann, meine Trinkgewohnheiten zu ändern...
- 21 Ich stelle fest, dass die Gesellschaft sich in einer Weise ändert, die es mir erleichtert, meine Trinkgewohnheiten zu ändern...
- 22 Ich denke darüber nach, dass Menschen, die mir nahe stehen, unter meinem Alkoholkonsum leiden können...
- 23 Ich bin von mir enttäuscht, wenn ich merke, dass ich meinen Alkoholkonsum nicht im Griff habe...
- 24 Ich suche nach Informationen zu schädlichem Alkoholtrinken...

ANHANG

- 25 Ich benutze Erinnerungshilfen, die mich darin unterstützen, meine Trinkgewohnheiten zu ändern...
- 26 Ich mache etwas anderes, anstatt Alkohol zu trinken, wenn ich mit einer Anspannung fertig werden muss...
- 27 Ich gönne es mir nicht, Spaß dabei zu empfinden, wenn ich Alkohol trinke...
- 28 Ich habe jemanden, auf dessen Hilfe ich zählen kann, wenn ich Probleme mit meinem Alkoholkonsum habe...
- 29 Ich lese Berichte in Zeitungen und Zeitschriften, die ich in Bezug auf meinen Alkoholkonsum ernstnehme...
- 30 Ich sage mir, dass ich meinen Alkoholkonsum ändern kann, wenn ich mir genug Mühe gebe...
- 31 Ich halte inne und denke daran, dass mein Alkoholkonsum anderen Menschen Probleme bereiten könnte...
- 32 Ich fühle mich handlungsfähiger, wenn ich mich entscheide, meine Trinkgewohnheiten zu ändern...
- 33 Ich suche Kontakt zu Menschen, in deren Gesellschaft mir die Konsequenzen des Alkoholkonsums bewusster werden...
- 34 Ich halte mich von Orten fern, die für mich gewöhnlich etwas mit Alkoholtrinken zu tun haben...
- 35 Ich stelle fest, dass ich meine Trinkgewohnheiten besser ändern kann, wenn ich mich mit etwas beschäftige...
- 36 Ich verbringe Zeit mit Menschen, die mir zeigen, dass sie es gut finden, wenn ich meine Trinkgewohnheiten ändere...
- 37 Ich verspreche mir, meine Trinkgewohnheiten zu ändern...
- 38 Ich suche mir soziale Situationen aus, wo Menschen das Recht der anderen, nichts Alkoholisches zu trinken, respektieren...
- 39 Ich denke daran, was für ein Mensch ich sein werde, wenn ich meine Trinkgewohnheiten geändert habe...
- 40 Ich denke an das, was mir andere Menschen persönlich über die Vorteile, die Trinkgewohnheiten zu ändern, mitgeteilt haben...

12.3.9 Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen

Zur Messung der Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen wurde zur lebenszeitbezogenen Erhebung der Wortlaut „schon einmal“ verwendet, während zur 12-Monats-Katamnese die Formulierung „in den letzten 12 Monaten“ eingesetzt wurde.

Für die folgenden Items wurden dichotome Antwortkategorien (1=Ja, 0=Nein) verwendet.

Item	Beschreibung
1	Haben Sie schon einmal/in den letzten 12 Monaten eine Selbsthilfegruppe (z.B. Anonyme Alkoholiker, Blaues Kreuz etc.) besucht?
2	Haben Sie schon einmal/in den letzten 12 Monaten eine Beratungsstelle für Alkoholprobleme aufgesucht?
3	Haben Sie schon einmal/in den letzten 12 Monaten eine Entzugsbehandlung in einer psychiatrischen Klinik oder Abteilung mitgemacht?
4	Haben Sie schon einmal/in den letzten 12 Monaten in einer psychiatrischen Klinik oder Abteilung eine Behandlung des Alkoholproblems mitgemacht, die über den körperlichen Entzug hinausging?
5	Haben Sie schon einmal/in den letzten 12 Monaten in einem anderen Krankenhaus, also nicht in der Psychiatrie, eine körperliche Entzugsbehandlung wegen des Alkoholproblems erhalten?
6	Haben Sie schon einmal/in den letzten 12 Monaten an einer ambulanten Therapiegruppe wegen Alkoholproblemen teilgenommen?
7	Haben Sie schon einmal/in den letzten 12 Monaten eine Entwöhnungsbehandlung in Anspruch genommen, also eine Therapie, die ein bis mehrere Monate ging?
8	Hat Sie schon einmal/in den letzten 12 Monaten ein Arzt wegen des Alkoholtrinkens beraten?
9	Haben Sie schon einmal/in den letzten 12 Monaten Hilfe von anderen Fachkräften (z.B. Psychiater, Psychologe, Sozialarbeiter, Pastor, etc.) wegen des Alkoholtrinkens erhalten?

13. DANKSAGUNG

Ich bedanke mich herzlich beim Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, für die Förderung der Forschung im Bereich der Substanzabhängigkeit und seine stete Unterstützung.

Mein Dank gilt Herrn Dr. phil. Hans-Jürgen Rumpf, Leiter der Forschungsgruppe S:TEP (Substanzmissbrauch, Therapie, Epidemiologie und Prävention) des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, der die Durchführung dieser Arbeit im Rahmen eines seiner Forschungsprojekte ermöglichte und sie durch vielerlei Anregungen, Offenheit und konstruktive Kritik unterstützte und stets fördernd begleitete. Seine langjährigen Forschungen im Bereich der Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen, seine Expertise in der Motivierenden Gesprächsführung, seine steten Förderungen eines produktiven wissenschaftlichen Austausches und kreativer Arbeiten sowie sein Engagement für die Arbeitsgruppe stellten eine wesentliche Grundlage für die Entstehung der vorliegenden Arbeit dar.

Weiterhin möchte ich mich bei meinem Kollegen Herrn Dr. phil. Gallus Bischof und meiner Kollegin Frau Dipl.-Psych. Susa Reinhardt für ihre Unterstützung im Rahmen der gemeinsamen Projektarbeit bedanken. Von ihren Erfahrungen und Anregungen konnte ich im kollegialen Austausch profitieren. Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei Frau Dipl.-Psych. Ira Löhrmann und Frau Dipl.-Psych. Melanie Fritze, die uns für die Dauer eines Jahres in der Datenerhebungs- und Beratungsphase unterstützten, sowie Frau Anja Kreuzer für ihr Fachwissen und Engagement rund um die Dateneingabe und Fehlerbereinigung.

Ich danke ebenfalls den Kolleginnen und Kollegen des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, die diese Arbeit im Rahmen des Forschungsverbundes EARLINT durch konstruktive Anregungen unterstützten. Mein Dank gilt hierbei besonders dem Verbundsprecher Prof. Dr. Ulrich John, der mit viel Engagement stets einen produktiven wissenschaftlichen Austausch ermöglichte und eine angenehme Atmosphäre im Rahmen des Forschungsverbundes förderte, sowie Herrn Dr. rer. hum. biol. Christian Meyer für seine Unterstützung im Rahmen der Datenanalysen.

DANKSAGUNG

Die Datenerhebung wäre nicht durchführbar gewesen ohne alle in der Studie beschäftigten Arzthelferinnen, studentischen Hilfskräfte, Doktoranden und Doktorandinnen sowie den beteiligten allgemeinärztlichen und internistischen Praxen. Daher möchte ich Frau Britt-Ira Bluhm, Frau Heinke Tychsen-Witt, Frau Ute Fahndrich, Herrn Christoph Biedendieck, Frau Inga Dybeck, Frau Susanne Först, Herrn Björn Harting, Herrn Marco Kruse, Frau Kerstin Madaler, Frau Kerstin Macke, Herrn Broder Mommsen, Herrn Wolfgang Sommer, Frau Martje Wolf, Frau Kerstin Willudt und Herrn Robin Wüstenberg für ihr Engagement, sowie stellvertretend allen beteiligten Arztpraxen Lübecks und Umgebung für ihre Unterstützung danken.

Schließlich bedanke ich mich herzlich bei allen Probandinnen und Probanden, die ihre Daten für die Studie zur Verfügung gestellt haben.

CURRICULUM VITAE

Janina M. Grothues

Geboren am 24. September 1975 in Bielefeld

Staatsangehörigkeit: Deutsch und Britisch

Akademische Ausbildung

- 1986 - 1993 Ratsgymnasium Bielefeld
- 1993 - 1995 Max Planck Gymnasium Bielefeld
- 1995 - 1996 Universität Bielefeld
Diplomstudiengang Psychologie
- 1996 - 1999 University of the West of England, Bristol
BSc Psychology with Honours, Upper Second Division
- 1999 - 2000 King's College London, Institute of Psychiatry at the Maudsley
MSc in Clinical and Public Health Aspects of Addiction
- Seit 04/2006 Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT Nord), Kiel
Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit dem
Schwerpunkt Verhaltenstherapie

Berufstätigkeit

- 08/2000 – Community Drug Project, London, England
- 10/2001 Psychotherapeutische Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen
- Seit 10/2001 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie, Forschungsgruppe S:TEP (Substanzmissbrauch:
Therapie, Epidemiologie, Prävention)
Wissenschaftliche Mitarbeit in einem vom BMBF geförderten Projekt zu
Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum
Koantragstellung und durchführende Projektleitung einer vom BMBF
geförderten Studie zu Kurzinterventionen zum Rauchverzicht bei jungen Frauen

Lübeck, Juni 2007