

**Persönlichkeitsstruktur und -veränderung
von alkoholabhängigen Männern im Therapieverlauf
sowie der Einfluss des Schweregrads auf den Therapieerfolg**

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.)
an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft
der Universität Bielefeld

vorgelegt von

Dipl. Psych. Meike Thüte

Bielefeld, Januar 2017

Betreuer der Dissertation: Prof. Dr. Rainer Riemann

Zweitbegutachtung durch: Prof. Dr. Thomas Beblo

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbstständig unter ausschließlicher Verwendung der von mir angegebenen Quellen verfasst habe. Wörtliche oder sinngemäß aus der Literatur entnommene Textstellen sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit hat in der gegenwärtigen oder in einer anderen Fassung keiner anderen Fakultät oder Universität vorgelegen.

Meike Thüte

Bielefeld, Januar 2017

Danksagung

Mein größter und persönlicher Dank gilt Herrn Prof. Dr. Rainer Riemann, der mich als Doktorvater bestmöglich unterstützt hat. Ich danke ihm für seine immer gegebene Gesprächsbereitschaft, seine Geduld, seine wertvollen Denkanstöße und sein Vertrauen in mich und in diese Arbeit.

Herzlich bedanken möchte ich mich bei Herrn Dr. Redecker, der mir die Erhebung in der Hellweg Klinik Oerlinghausen ermöglicht hat. Ich danke ihm für sein Vertrauen und die Schaffung der guten Rahmenbedingungen. Den ehemaligen Kolleg/innen in der Hellweg Klinik Oerlinghausen danke ich für die moralische und kollegiale Unterstützung.

Weiterhin bedanke ich mich bei der Arbeitseinheit Differentielle Psychologie, insbesondere bei Dr. Wiebke Bleidorn, Dr. Fritz Ostendorf und Wolfgang Thiel, für die Gesprächs- und Hilfsbereitschaft, die mir entgegengebracht wurde.

Mein besonderer Dank geht an alle Patienten, die sich auf mein Forschungsvorhaben eingelassen und mit viel Motivation und Ausdauer unermüdlich Fragebögen ausgefüllt haben.

Abschließend möchte ich meinen Eltern danken, die meinen Lebensweg ermöglicht und begleitet haben. Meinem Mann und meiner Schwester danke ich, dass sie mich fortwährend unterstützt und an mich und diese Arbeit geglaubt haben. Meinen beiden Töchtern danke ich, dass ich an ihnen wachsen darf und sie mich immer wieder mitten ins Leben zurückgeholt haben.

Bielefeld, im Januar 2017

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	7
Einleitung	9
1. Theoretischer Hintergrund	10
1.1. Die Persönlichkeit von alkoholabhängigen Menschen.....	11
1.1.1. Fünf Faktoren der Persönlichkeit bei alkoholabhängigen Menschen.....	12
1.1.2. Persönlichkeitstypen von alkoholabhängigen Menschen.....	19
1.1.3. Spezifität des Persönlichkeitsprofils von Alkoholabhängigen.....	24
1.1.4. Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen und Alkoholabhängigkeit	26
1.2. Therapieverlauf: Wie verändert sich das Persönlichkeitsprofil von alkoholabhängigen Männern im Rahmen einer stationären Rehabilitation?.....	29
1.2.1. Konzept von states und traits der Persönlichkeit	29
1.2.2. Veränderung des Persönlichkeitsprofils über die Lebensspanne	29
1.2.3. Trait Change im Kontext von psychischen Störungen.....	33
1.3. Therapieerfolg: Wie eignen sich verschiedene Schweregradmaße zur Vorhersage von eingeschätztem Therapieerfolg?.....	36
1.3.1. Schweregraderfassung bei Alkoholismus.....	37
2. Methode	39
2.1. Stichprobenbeschreibung.....	39
2.2. Instruktion und Ablauf	45
2.3. Messinstrumente und -verfahren	47
3. Ergebnisse.....	52
3.1. Die Persönlichkeit von alkoholabhängigen Menschen.....	52
3.1.1. Ausprägung fünf Faktoren der Persönlichkeit bei alkoholabhängigen Menschen.....	52
3.1.2. Spezifität des Persönlichkeitsprofils von Alkoholabhängigen im Vergleich zu Menschen aus der Normalbevölkerung.....	54
3.1.3. Komorbidität von Alkoholismus und Persönlichkeitsstörung.....	56
3.2. Therapieverlauf: Wie verändert sich das Persönlichkeitsprofil von alkoholabhängigen Männern im Rahmen einer stationären Rehabilitation?.....	58
3.2.1. Trait-Ebene: Veränderung des Persönlicheitsprofils im Therapieverlauf.....	58
3.2.2. State-Ebene: Veränderung des Persönlicheitsprofils im Therapieverlauf.....	61
3.3. Einfluss des Schweregrads der Alkoholabhängigkeit auf den eingeschätzten Therapieerfolg	64
4. Diskussion.....	67
4.1. Die Persönlichkeit von alkoholabhängigen Menschen.....	67
4.1.1. Ausprägung fünf Faktoren der Persönlichkeit bei alkoholabhängigen Menschen....	67
4.1.2. Spezifität des Persönlichkeitsprofils von Alkoholabhängigen im Vergleich zu Menschen aus der Normalbevölkerung.....	71
4.1.3. Komorbidität von Alkoholismus und Persönlichkeitsstörung.....	72
4.2. Therapieverlauf: Wie verändert sich das Persönlichkeitsprofil von alkoholabhängigen Männern im Rahmen einer stationären Rehabilitation?.....	74
4.2.1. Trait-Ebene: Veränderung des Persönlicheitsprofils im Therapieverlauf.....	74
4.2.2. State-Ebene: Veränderung des Persönlicheitsprofils im Therapieverlauf.....	76

4.3. Einfluss des Schweregrads der Alkoholabhängigkeit auf den eingeschätzten Therapieerfolg	76
5. Schlussfolgerungen	78
6. Literaturverzeichnis.....	80
7. Anhang	104

Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, eine erste Verknüpfung zwischen der Persönlichkeit von Alkoholikern und den therapeutisch möglichen Veränderungen, insbesondere für den klinischen Alltag, zu beleuchten. Die vorliegende Studie ist bewusst thematisch breit aufgesetzt worden, um entsprechende Zusammenhänge herauszukristallisieren, die in weiteren Forschungsvorhaben vertieft werden könnten.

An der Studie haben 238 alkoholabhängige Männer während ihres Aufenthalts in einer mehrwöchigen stationären Entwöhnungsbehandlung teilgenommen. Diese sind zu Beginn ihres Aufenthaltes getestet worden. Ein Teil der Stichprobe ist im weiteren Verlauf zur Mitte und Ende ihres Aufenthalts erneut getestet worden. Darüber hinaus ist die Stichprobe mit einem gematchten Teil der Normierungstichprobe des NEO-PI-R verglichen worden. Der Therapieerfolg ist von vier unabhängigen Psychotherapeuten in Ausbildung eingeschätzt worden.

Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit geht es um die Persönlichkeit von alkoholabhängigen Menschen. Anhand des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit werden die Ausprägungen der jeweiligen Faktoren bei alkoholabhängigen Menschen dargestellt. Die Facetten Ängstlichkeit, Depression, Verletzlichkeit und Erlebnishunger sind hoch ausgeprägt, während die Facetten Vertrauen, Kompetenz und Selbstdisziplin niedrig ausgeprägt sind. Beim Vergleich mit einer Stichprobe aus der Normalbevölkerung zeigt sich, dass dieser nicht so groß wie erwartet ist und mittels einer logistischen Regression keine optimale Trennung zwischen den Gruppen herbeigeführt werden kann.

Im zweiten Teil der Arbeit geht es um die Veränderung des Persönlichkeitsprofils von alkoholabhängigen Männern im Rahmen einer mehrwöchigen stationären Entwöhnungsbehandlung. Hierzu wurde zwischen trait-Ebene (NEO-PI-R bzw. NEO-FFI) und state-Ebene (Erfassung der Persönlichkeitsvariablen als states im Tagebuchverfahren) unterschieden. Auf trait-Ebene kommt es im Therapieverlauf wie erwartet zu einer Abnahme von Neurotizismus und einer Zunahme von Extraversion. Entgegen der Erwartung lässt sich keine Zunahme von Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit feststellen. Der Effekt auf state-Ebene ist erwartungsgemäß deutlich stärker ausgeprägt. Es zeigen sich erwartete Veränderungen auf allen fünf Faktoren der Persönlichkeit. Dies scheint ein weiterer Beleg dafür zu sein, dass Veränderungen auf state-Ebene früher sichtbar werden und noch weitere Habitualisierung bedürfen, um sich auf trait-Ebene zu manifestieren.

Im dritten Teil der Arbeit geht es um die Frage welchen Einfluss der Schweregrad der Alkoholkrankung auf den eingeschätzten Therapieerfolg hat. Es wurden verschiedene Maße für die Schweregradmessung herangezogen, die alle keinen Einfluss auf den eingeschätzten Therapieerfolg des Patienten haben. Lediglich bei einem explorativen Vorgehen würde sich

mittels einer schrittweisen logistischen Regression zeigen, dass das Maß „Anzahl an suchtspezifischer Diagnosen“ ein schwacher Prädiktor ist.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die neueren Entwicklungen im Bereich der Persönlichkeitsforschung – nämlich, dass Persönlichkeit in einem gewissen Rahmen veränderbar scheint – ein interessanter Forschungsansatz für gerade langwierige und häufig chronisch verlaufende Krankheiten wie Alkoholabhängigkeit zu sein scheint. Es ergeben sich zumindest erste Anhaltspunkte dafür, dass Therapie von Alkoholabhängigen im Sinne der Persönlichkeitsentwicklung auch als soziale (Nach-)reifung verstanden werden kann.

Einleitung

Das Robert-Koch-Institut berichtet in seinem Gesundheitsbericht für Deutschland (2015), dass es in Deutschland ein pro Kopf Konsum von 9,7 L Reinalkohol pro Jahr gibt. Dies entspräche bei reinem Konsum von Bier einer Menge von ca. 2 Flaschen Bier pro Tag. Damit weist Deutschland im weltweitem Vergleich weiterhin einen überdurchschnittlich hohen Alkoholkonsum auf. Weiterhin ist in den meisten westlichen Gesellschaften, die Intoxikation mit Alkohol hoch akzeptiert. Große Mengen an Alkohol gehören in bestimmten sozialen Situationen, wie Fußballspielen und Weihnachtsmärkten zum alltäglichen Erscheinungsbild.

Die Forschung zu Alkoholabhängigkeit hat sich lange Zeit darauf fokussiert, die Persönlichkeit von alkoholkranken Menschen herauszukristallisieren und bestimmte Alkoholikertypen zu bilden. Lange Zeit war die Annahme, dass eine Alkoholabhängigkeit schwer therapierbar und Abstinenz die Voraussetzung für den Beginn einer Therapie ist. Die Psychotherapie hat erst in den letzten Jahren verstärkt damit begonnen, dieses Erkrankungsbild zu erforschen und gezielte therapeutische Maßnahmen zu entwickeln. Es gibt aktuelle Diskussionen darüber, ob und in welchem Umfang Psychotherapien bereits bei motivierten, aber nicht abstinenten Patienten begonnen werden können. Verfahren des „motivational interviewing“ nach Miller & Rollnick führen dazu, dass es ausreichend ist, mit dem Patienten zu Beginn der Therapie Abstinenzmotivation zu entwickeln und dieser diese nicht direkt mitbringen muss (zB Miller & Rollnick, 2015).

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, eine erste Verknüpfung zwischen der Persönlichkeit von Alkoholikern und den Veränderungsmöglichkeiten, insbesondere für den klinischen Alltag, zu beleuchten. Die vorliegende Studie ist daher bewusst thematisch breit aufgesetzt worden, um entsprechende Zusammenhänge herauszukristallisieren. In weiteren Forschungsvorhaben können einzelne Zusammenhänge dann vertieft betrachtet und langfristig individuell-indikative Therapieverfahren für Menschen mit Alkoholabhängigkeit entwickelt werden.

1. Theoretischer Hintergrund

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in drei Themenblöcke, die unterschiedliche Fragestellungen bearbeiten und zur besseren Übersichtlichkeit gesondert voneinander dargestellt werden. Die drei Fragestellungen ergeben sich gleichermaßen aus dem vorliegendem Forschungsstand zur Persönlichkeit von alkoholabhängigen Menschen als auch dem praktisch-relevanten Ansatz aus der alltäglichen psychotherapeutischen Arbeit mit alkoholkranken Patienten. Aus der eher breit angelegten Datenerhebung kristallisierten sich im Forschungsprozess die folgenden drei Fragestellungen als die zentralsten Themen heraus:

Im **ersten Teil** geht es um die Persönlichkeit von alkoholabhängigen Menschen. Anhand des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit werden die Ausprägungen der jeweiligen Faktoren bei alkoholabhängigen Menschen dargestellt. Im weiteren Verlauf wird der eher traditionelle Forschungszweig berichtet, der sich auf die Bildung von bestimmten Persönlichkeitstypen bei Alkoholismus konzentriert hat. Anschließend geht es um die Frage, ob das Persönlichkeitsprofil spezifisch für die Gruppe der Alkoholabhängigen ist und abschließend werden die Komorbiditäten von Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörung beschrieben.

Im **zweiten Teil** geht es um die Veränderung des Persönlichkeitsprofils von alkoholabhängigen Männern im Rahmen eines stationären Rehabilitationsaufenthalts, der Entwöhnungsbehandlung. Hierzu werden zunächst die Konzepte von states und traits der Persönlichkeit dargestellt sowie die Veränderungsmöglichkeit dieser Konzepte über die Lebensspanne hinweg. Anschließend wird der bisherige Forschungsstand zu trait change im Rahmen von psychischen Störungen bzw. von Psychotherapie dargestellt.

In **dritten Teil** geht es um die Frage welchen Einfluss der Schweregrad der Alkoholerkrankung auf den eingeschätzten Therapieerfolg hat. Hierzu werden sowohl verschiedene Schweregradmaße vorgestellt und erläutert, wie der Therapieerfolg in dieser Studie eingeschätzt wurde.

1.1. Die Persönlichkeit von alkoholabhängigen Menschen

Während in den 70er und 80er Jahren der Forschungsschwerpunkt insbesondere auf der Erstellung von Typologien von alkoholkranken Menschen lag, verlagert sich das heutige Forschungsinteresse auf die Identifizierung spezifischer Persönlichkeitseigenschaftenausprägungen von alkoholabhängigen Menschen. Jedoch gibt es nach wie vor immer wieder Diskussionen in Primär- und Sekundärliteratur über die Existenz einer „Suchtpersönlichkeit“ (z. B. Mann, 2000, Klein, 1992, Wiesbeck, 1997).

In der ersten Version des DSM wurde die Alkoholabhängigkeit noch als eine Persönlichkeitsstörung klassifiziert. Inzwischen werden Persönlichkeitsstrukturen zumeist nicht mehr als kausaler Faktor, sondern als intervenierende Variable, im Rahmen der Alkoholabhängigkeit verstanden. Darüber hinaus wird in der Forschung der vergangenen Jahrzehnte deutlich, dass die Gruppe der alkoholabhängigen Menschen in ihrer Persönlichkeit sehr heterogen ist (z.B. Klein, 1992). Weiterhin erweist sich die Komorbidität zu Persönlichkeitsstörungen als außerordentlich hoch (s.u.).

Die Ambivalenz, ob Persönlichkeit eher als kausaler Faktor oder als modellierende Variable im Rahmen der Erkrankung der Alkoholabhängigkeit gesehen wird, wird auch in aktuell verwendeten ätiologischen Modellen deutlich: Diese stellen die zentrale Bedeutung von Persönlichkeitsfaktoren und der Persönlichkeitsstruktur für die Entstehung von Alkoholismus heraus (z.B. Cox & Klinger, 1988; Glock, 1992, Kufner & Bühringer, 1996).

Eine Behandlung der Alkoholabhängigkeit gilt noch immer als wenig erfolgsversprechend. Neben der Persönlichkeit, die bis vor einigen Jahren noch als wenig veränderbar galt („Vergangenes Verhalten ist der beste Prädiktor für zukünftiges Verhalten“), gehört die Alkoholabhängigkeit zu den psychischen Störungen, bei der genetische Einflüsse durchaus von Bedeutung sind. Zwillings- und Adoptionsstudien haben dazu übereinstimmend ergeben, dass der genetische Einfluss bei einer Alkoholabhängigkeit bei ca. 40 % liegt (z.B. Begleiter & Kissin, 1995). Liu et al. (2004) belegten jedoch, dass dies zumindest teilweise durch die Überlappung mit genetisch beeinflussten, komorbiden psychischen Störungen erklärt werden könnte. Ein genetischer Code oder spezifische Genausprägungen konnte bislang nicht identifiziert werden.

Aus klinisch-praktischer Sicht gibt es zwar Konzepte zur Behandlung von alkoholabhängigen Patienten, doch sind diese nicht ausreichend empirisch abgesichert und weitaus weniger erfolgreich als dies bei anderen psychischen Störungen (z.B. Angststörungen) möglich ist. Eine mögliche Erklärung für den geringen Therapieerfolg könnte in der Heterogenität des Krankheitsbildes liegen. Ein besseres Verständnis möglicher spezifischer Persönlichkeitseigenschaftsausprägungen könnte daher zur Entwicklung von differentiellen Therapiekonzepten und deren Anwendung führen. Gleichzeitig sind aufgrund der Heterogenität (z. B. im Vergleich zu nicht Alkoholkranken) keine deutlichen Zusammenhänge zu erwarten.

Im Folgenden ist zunächst der aktuelle Forschungsstand zur Ausprägung von Persönlichkeitseigenschaften bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit dargestellt. Da dieser Aspekt in der Literatur stark verknüpft ist mit der Typologisierung von alkoholabhängigen Patienten sowie mit dem Vorhandensein von Persönlichkeitsstörungen, werden auch diese Aspekte kurz dargestellt. Weiterhin wird auf die Frage der Spezifität der bestimmten Persönlichkeitsausprägungen von Alkoholabhängigen im Vergleich zu anderen klinischen Gruppen und gesunden Menschen nachgegangen.

1.1.1. Fünf Faktoren der Persönlichkeit bei alkoholabhängigen Menschen

Das **Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit** ist ein etabliertes, empirisch entwickeltes Modell, um Individuen mit ihren persönlichen Eigenschaften zu beschreiben. Die fünf Faktoren sind (1) Neurotizismus, (2) Extraversion, (3) Offenheit für Erfahrungen, (4) Verträglichkeit und (5) Gewissenhaftigkeit (McCrae & Costa, 1987). Es ist möglich mit diesem Modell valide einen großen Teil der Varianz der Persönlichkeit zu erklären (McCrae & Costa, 1997). Die Fünf-Faktoren-Struktur erweist sich als sehr robust und lässt sich sowohl in Selbst- und Fremdbeschreibungen (McCrae & Costa, 1987), bei Kindern und Erwachsenen (Digman, 1997) sowie über verschiedene Sprachen und Kulturen hinweg (McCrae & Costa, 1997; Allik, 2005) finden. Darüber hinaus gibt es Forschungsergebnisse, dass diese Faktorenstruktur als Prädiktor geeignet ist, um z.B. beruflichen Erfolg (Judge et al., 1999) oder Langlebigkeit (Martin, 2000) vorherzusagen.

Das Fünf-Faktoren-Modell ist in der Persönlichkeitsforschung gut etabliert und eröffnet der Forschung die Möglichkeit das Konstrukt Persönlichkeit einheitlich erfassen zu können. Auch in der Alkoholismusforschung hat sich, gerade in den vergangenen Jahren, das Fünf-Faktoren-

Modell als reliables und valides Konzept zur Erfassung und Beschreibung von Persönlichkeit herauskristallisiert. Darüber hinaus eignet es sich besonders gut, um verschiedene Psychopathologien zu beschreiben und zu vergleichen (McCrae, 2006; Ruiz et al., 2008; Samuel & Widinger, 2008). Auch in der Studie von Widiger & Costa (2013) zeigt sich, dass es möglich ist, psychologische Störungsbilder auch anhand des Fünf Faktoren Modells zu beschreiben und einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn liefern kann. Aus diesem Grund ist diese Faktorenstruktur auch die Grundlage für die vorliegende Arbeit und ist immer dann gemeint, wenn es um die Persönlichkeit von alkoholkranken Männern geht.

Insbesondere ältere Studien berufen sich häufig auf das **Drei-Faktoren-Modell der Persönlichkeit** nach Eysenck (Eysenck, 1947; Eysenck & Eysenck, 1976). Die drei Faktoren sind (1) Extraversion – Introversion, (2) Labilität – Stabilität (Neurotizismus) und (3) Psychotizismus. Geringe Verträglichkeitswerte in Kombination mit geringen Gewissenhaftigkeitswerten im NEO-PI-R entsprechen hohen Psychotizismuswerten im Eysenck'schen Modell. Es scheint so, dass es durchaus Überlappungen zwischen dem Drei-Faktoren- und Fünf-Faktoren-Modell gibt, dennoch scheinen sie auch Unterschiedliches zu erfassen (Digman, 1997; Clark & Watson, 1999; Markon et al. 2005). Insbesondere die Eigenschaft Enthemmung (erfasst im Psychotizismus-Faktor) scheint auch bei der Alkoholabhängigkeit (Kotov et al., 2010), z.B. im Zusammenhang zu antisozialem Verhalten (Clark & Watson, 2008; Krueger et al., 2007) von Bedeutung zu sein.

Weiterhin basieren zahlreiche ältere Untersuchungen auf den Ergebnissen des **MMPI** (Hathaway & McKinley, 1943), in den sich übereinstimmend erhöhte Skalenwerte für „Depression“ und „Psychopathie“ zeigen (z.B. Goldstein & Linden, 1969 (s. u.); Graham & Strenger, 1988). Das MMPI ist als Verfahren und aufgrund seiner Anwendungsbereiche immer wieder kritisiert worden. Neben der Tatsache, dass es sich bei dem Test um kein reines Persönlichkeitsinstrument handelt, sondern dass es zugleich als klinisches Diagnoseinstrument eingesetzt wird, richtet sich die Kritik vor allem dagegen, dass es nur unzureichende psychometrische Gütenachweise für dieses Testverfahren gibt (z.B. Angleitner, 1997; Hank & Schwenkmezger, 2003).

Einschränkend soll vorab noch gesagt werden, dass es eine relative hohe Anzahl von Studien zu Persönlichkeitseigenschaften und Alkoholkonsum anhand nicht- bzw. subklinischer Probanden sowie mit studentischen Stichproben gibt. Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine rein

klinische Stichprobe handelt, in der alle Probanden die Diagnose der Alkoholabhängigkeit erfüllen, werden im Folgenden auch lediglich Studien mit klinisch relevanten Diagnosen bei der Darstellung berücksichtigt. Darüber hinaus handelt es sich bei den nachfolgenden Ergebnissen nur um solche, die sich explizit auf die Gruppe der primär Alkoholabhängigen beziehen. Gerade im Suchtbereich gibt es bei der Darstellung der Forschungsergebnisse immer wieder Durchmischungen mit Patienten, deren primäres Suchtmittel andere psychotrope Substanzen sind. Sowohl aus der Psychopathologie dieser Patienten als auch aus der klinischen Erfahrung ist bekannt, dass solche Patienten durchaus andere Eigenschaften, Motivationen etc. haben, die zur Drogenabhängigkeit führen bzw. diese aufrechterhalten.

Die **nachfolgende Darstellung** der Persönlichkeitseigenschaften von Alkoholabhängigen ist zur besseren Übersichtlichkeit anhand der fünf Faktoren der Persönlichkeit gegliedert:

Der Faktor **Neurotizismus** beschreibt wie emotional robust bzw. wie emotional empfindsam Menschen sind. Er lässt sich in sechs Facetten gliedern: (1) Ängstlichkeit, (2) Reizbarkeit, (3) Depression, (4) Befangenheit, (5) Impulsivität und (6) Verletzlichkeit. Gemeinsam ist allen Facetten in dieser Dimension, dass es um das Erleben von negativen oder positiven Emotionen geht. Neurotische Menschen nehmen Gefühlszustände stärker wahr und sind dadurch leichter aus dem Gleichgewicht zu bringen, insbesondere in Stresssituationen. Menschen mit niedrigen Neurotizismuswerten sind hingegen ausgeglichener, weniger empfindsam und nicht so leicht aus der Ruhe zu bringen (Ostendorf & Angleitner, 2004).

Es gibt einige Studien, die auf hohe Neurotizismuswerte bei alkoholabhängigen Patienten hinweisen (Mulder, 2002; Ball et al., 2005; Grekin et al., 2006; Larkins & Sher, 2006; Terraciano et al., 2008). Auch in der Meta-Analyse von Malouff et al. (2007) und in der Meta-Analyse von Kotov et al. (2010) lassen sich diese Befunde bestätigen. In der Längsschnittstudie von Hampson et al. (2006) ist geringe emotionale Stabilität im Kindesalter ein Prädiktor für höheren Alkoholkonsum im Erwachsenenalter.

Sowohl eine erhöhte Impulsivität als auch negative Emotionalität bzw. emotionale Instabilität scheinen Persönlichkeitseigenschaften zu sein, die bei Alkoholabhängigen vermehrt auftreten (Trull et al., 2000; 2004). Gleichzeitig spielen diese Eigenschaften auch eine zentrale Rolle bei

Persönlichkeitsstörungen wie der antisozialen und Borderline-Persönlichkeitsstörung (Tragesser et al, 2007), die zugleich hohe Komorbiditätsraten mit der Alkoholabhängigkeit aufweisen (Sher et al, 1999, Trull et al, 2000; 2004).

Personen mit diesen Persönlichkeitsstörungen gelingt es nur ungenügend negative emotionale Zustände zu regulieren, so dass die Alkoholabhängigkeit als eine destruktive Bewältigungsstrategie zur Emotionsregulation gesehen werden kann (vgl. Tragesser et al., 2007). Gleichzeitig ist negative Emotionalität aber auch die Grundlage von psychischen Störungen aus dem Bereich Angst und Depression, die ihrerseits häufig komorbid zur Alkoholabhängigkeit vorliegen (Kessler et al, 1997; Kushner et al., 1996, Kotov et al., 2010).

Als Mediator zwischen emotionaler Instabilität und der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit wird die Trinkmotivation gesehen (Cooper, 1994). Das Trinken dient als *coping*-Strategie um negative Emotionen zu bewältigen und um positive Gefühle zu intensivieren (Cooper, 1994). In der Persönlichkeitsforschung an nicht-klinischen Gruppen zeigen sich Zusammenhänge zwischen diesen Bewältigungsstrategien und emotionaler Instabilität (Simons et al, 2005; Theakston et al., 2004). Darüber hinaus konnten Studien zeigen, dass die Intensivierung von Gefühlen mit einer verringerten Gewissenhaftigkeit (Stewart & Devine, 2000; Stewart et al., 2001; Theakston et al., 2004) und einer hohen Impulsivität zusammenhängt (Cooper et al., 2000; Hopwood et al., 2007; Magid et al., 2007). Hair & Hampson (2006) gehen soweit, dass Impulsivität eine Persönlichkeitseigenschaft sein könnte, die einer Alkoholproblematik zugrunde liegt.

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weisen alkoholabhängige Patienten höhere Impulsivitätswerte auf, während kein Unterschied zu der Gruppe der Internetsüchtigen festzustellen ist (teWildt et al, 2012). Dabei muss einschränkend festgehalten werden, dass die Internetsucht auch im DSM-V nach wie vor nicht als psychische Erkrankung gilt (American Psychiatric Association, 2013). Schließlich gilt eine erhöhte Impulsivität in Kindheit und Erwachsenenalter als Risikofaktor für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit, da häufig die Fähigkeit Bedürfnisse aufzuschieben eingeschränkt entwickelt ist (z.B. Bates & Labouvie, 1995; Caspi et al., 1997; Cloninger, Sigvardsson, & Bohman, 1988; Hawkins, Catalano, & Miller, 1992; Schuckit, 1998; Zucker, Fitzgerald, & Moses, 1995).

Der Faktor **Extraversion** erfasst die Geselligkeit und Natürlichkeit von Menschen. Extravertierte Menschen sind gerne unter anderen Menschen, bringen sich in Gespräche selbstbewusst ein und mögen Aktivitäten und Aufregung. Eher introvertierte Menschen halten sich im Hintergrund und gehen nicht so gerne unter Menschen. Sie überlassen anderen das Reden und zeichnen sich durch Zurückhaltung sowie ein eher weniger aufregendes und erlebnisreiches Leben aus. Der Faktor Extraversion gliedert sich in sechs Facetten: (1) Herzlichkeit, (2) Geselligkeit, (3) Durchsetzungsfähigkeit, (4) Aktivität, (5) Erlebnishunger und (6) Frohsinn (Ostendorf & Angleitner, 2004).

Im Vergleich zu anderen Faktoren der Persönlichkeit ist die Datenlage zu Extraversion und Alkoholabhängigkeit weniger eindeutig (Hampson, 2008). Es gibt schwache Indizien, dass höhere Werte bei Extraversion mit erhöhtem Substanzkonsum einhergehen (Allsopp, 1986; Martsh & Miller, 1997, Flory et al., 2002). Grekin et al. (2006) sehen hohe Extraversionswerte als einen Prädiktor für erhöhten Alkoholkonsum an. Eindeutiger sind die Ergebnisse die sich auf die Facette Erlebnishunger (*sensation seeking*) beziehen. Wiesbeck (2000) konnte bei einer Mehrebenen-Analyse erhöhtes *sensation seeking* bei Alkoholabhängigen als eine der wenigen signifikanten Parameter nachweisen. Auch Hopwood et al (2007) fanden hohe *sensation seeking*-Werte bei Alkoholikern. In der Studie von Grekin et al (2006) lässt sich *sensation seeking* als ein Prädiktor für Alkoholabhängigkeit identifizieren. Alkoholproblemen könnte eine Disposition zum erhöhten *sensation seeking* zugrunde liegen (VanZile-Tamsen, Testa, Harlow, & Livingston, 2006).

Der Faktor **Offenheit für Erfahrungen** erfasst das Interesse von Menschen für neue Erfahrungen, Erlebnisse und Eindrücke. Menschen mit hohen Punktwerten haben eine lebhaftere Vorstellungskraft und interessieren sich für ästhetische Dinge wie Malerei, Musik und Poesie. Sie nehmen eigene Gefühle intensiv wahr und erproben gerne neue Handlungen. Solche Personen haben unterschiedliche kulturelle Interessen und sind bereit eigene Normen und Werte zu überdenken. Menschen mit niedrigen Werten sind hingegen konservativer und halten an Altbewährtem fest. Eigenen Gefühlen messen sie weniger Bedeutung bei und denken sowohl realistischer als auch praktischer. Die sechs Facetten sind (1) Phantasie, (2) Ästhetik, (3) Gefühle, (4) Handlungen, (5) Ideen und (6) Werte (Ostendorf & Angleitner, 2004).

Der Faktor Offenheit für Erfahrungen ist der Faktor der Persönlichkeit zu dem kaum Ergebnisse in Bezug auf alkoholabhängige Menschen vorliegen. Lediglich Grekin et al. (2006) berichten, dass geringe Offenheit für Erfahrungen ein Prädiktor für erhöhten Alkoholkonsum sein könnte.

Menschen mit hohen **Werten** auf dem Faktor **Verträglichkeit** zeichnen sich durch Rücksichtnahme und Selbstlosigkeit im Denken und Handeln aus. Sie kooperieren mit anderen Menschen und begegnen ihnen mit Wohlwollen. Hingegen sind weniger verträgliche Menschen eher wettbewerbsorientiert und misstrauischer, können aber besser für ihre eigenen Interessen eintreten. Die sechs Facetten sind (1) Vertrauen, (2) Freimütigkeit, (3) Altruismus, (4) Entgegenkommen, (5) Bescheidenheit und (6) Güterzigkeit (Ostendorf & Angleitner, 2004).

Hinsichtlich des Faktors Verträglichkeit ist die Datenlage nicht ganz eindeutig. In Meta-Analysen von Malouff et al. (2007) und Ruiz et al. (2008) zeigen sich geringe Verträglichkeitswerte bei Alkoholikern. Auch eine Studie von Hopwood et al. (2007) bestätigt dies. Im Gegensatz dazu konnten Grekin et al. (2006) keine signifikanten Werte für Verträglichkeit bei Alkoholismus finden. Einschränkend sei aber zu erwähnen, dass es sich bei der Studie zwar um eine Längsschnittstudie, allerdings anhand einer studentischen Stichprobe handelt.

Auf Ebene der Facetten ist die Datenlage wiederum eindeutiger. Besonders gute Evidenz liegen für die Persönlichkeitseigenschaften Feindseligkeit und Aggression vor. In beiden Facetten haben alkoholabhängige Patienten hohe Werte (Caspi et al., 1997; Ball et al., 2005; Gerrard, Gibbons, Stock, Houlihan, & Dykstra, 2006; Hampson, Andrews, & Barckley, 2007; Raikkonen & Keltikangas-Jarvinen, 1991; Terracciano et al., 2008).

Der Faktor **Gewissenhaftigkeit** beschreibt Menschen, die auf der einen Seite zielstrebig und willensstark sind, auf der anderen Seite ein überzogenes Anspruchsniveau und zwanghafte Ordentlichkeit aufweisen können. Diese Personen sind pünktlich und zuverlässig. Weniger gewissenhafte Menschen neigen dazu Pflichten vor sich her zu schieben, können sich nicht so gut selbst motivieren und sind häufig weniger verlässlich und unstrukturiert. Entscheidungen können sie spontaner treffen. Die sechs Facetten sind (1) Kompetenz, (2) Ordnungsliebe, (3) Pflichtbewusstsein, (4) Leistungsstreben, (5) Selbstdisziplin und (6) Besonnenheit (Ostendorf & Angleitner, 2004).

Für den Faktor Gewissenhaftigkeit gibt es bei Alkoholabhängigen die höchste empirische Evidenz der fünf Persönlichkeitsfaktoren. Dieser Faktor ist vielfach untersucht und die Ergebnisse sind eindeutig. Eine geringere Gewissenhaftigkeit ist assoziiert mit einem höheren Alkoholkonsum (Flory et al., 2002; Ball et al., 2005; Hopwood et al., 2007; Kashdan, Vetter, & Collins, 2005; Malouff, Thorsteinsson, Rooke, & Schutte, 2007; Terracciano, Löckenhoff, Crum, Bienvu, & Costa, 2008). Auch in den Meta-Analysen von Malouff et al. (2007), Ruiz et al. (2008) und Kotov et al. (2010) zeigen sich geringe Gewissenhaftigkeitswerte bei Alkoholabhängigen.

Dieser Zusammenhang erscheint auch vor dem Hintergrund logisch, dass geringe Gewissenhaftigkeit-Werte generell mit einem erhöhten gesundheitsschädlichen Verhalten einhergehen (Bogg & Roberts, 2004). Dies erweist sich auch in Langzeitstudien von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter als stabil. Schüler, die von ihren Lehrern als weniger gewissenhaft eingeschätzt wurden, zeigen im Erwachsenenalter vermehrten Alkoholkonsum (Friedman et al., 1995, Hampson et al., 2006).

Zusammenfassung. Aufgrund der aktuellen Studienlage und der Forschung der letzten dreißig Jahre zeigt sich, dass die Persönlichkeitseigenschaften von Personen ein guter Prädiktor für den erhöhten Konsum von Alkohol bzw. von Alkoholabhängigkeit sind. Die beste empirische Evidenz liegt für den Persönlichkeitsfaktor Gewissenhaftigkeit vor. Alkoholabhängige scheinen eher weniger gewissenhafte Menschen zu sein. Weiterhin lässt sich zeigen, dass Alkoholabhängige eher neurotisch und wenig verträglich sind, was besonders in den Facetten Feindseligkeit und Aggression zum Ausdruck kommt. Die Datenlage zum Persönlichkeitsfaktor Extraversion ist nicht so deutlich. Es zeigt sich eine Tendenz, dass alkoholabhängige Menschen eher hohe Extraversionswerte haben, was sich insbesondere in einem erhöhten *sensation seeking* zeigt. Wenige Erkenntnisse gibt es zum Faktor Offenheit für Erfahrungen. Es gibt erste Hinweise, dass Alkoholabhängige eher eine Tendenz zu geringer Offenheit für Erfahrungen haben.

Eine aktuelle Längsschnittstudie von Turiano et al. (2012) belegt, dass hohe Werte in Neurotizismus, Extraversion und Offenheit für Erfahrungen und niedrige Werte in Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit langfristig den Gebrauch von Suchtmitteln vorhersagen können.

1.1.2. Persönlichkeitstypen von alkoholabhängigen Menschen

Eine der frühesten Typologie von Alkoholabhängigen bildete Knight (1937, 1938). Seine intuitive, dichotome Einteilung in einen essentiellen vs. reaktiven Alkoholiker ist stark von psychoanalytischen Strömungen der damaligen Zeit geprägt. Er beschreibt den essentiellen Alkoholiker als persönlichkeitsgestört mit frühem Krankheitsbeginn. Dieses pathologische Bild führt er auf eine überbehütende Mutter und einen emotional abweisenden Vater zurück. Der reaktive Alkoholiker hingegen hat einen relativ späten Krankheitsbeginn, zumeist infolge eines kritischen Lebensereignisses.

Wilson (1977) gelang zu einer ähnlich intuitiven, dichotomen Einteilung in einen *screwed-up* vs. *precipitated* Alkoholiker. Der *screwed-up*-Alkoholiker erwirbt seine Krankheit vor allem durch (frühes) Modell-Lernen, während der *precipitated*-Alkoholiker nach einem kritischen Lebensereignis erkrankt, da er durch klassische Konditionierung kurzfristige Erleichterung nach dem Alkoholkonsum verspürt. Zwar sieht der Autor im Vergleich zu Knight (1937, 1938) Lernmechanismen als ätiologische Grundlage, doch sind die Ähnlichkeiten deutlich, die jeder Autor vor dem Hintergrund seiner Zeit anders beschreibt.

Eine ebenfalls intuitive Typologie von Alkoholabhängigen, ohne empirische Validierung, stellte Jellinek (1960) auf. Diese ist insofern noch von Bedeutung, da sie bis heute im klinischen Alltag bei der Behandlung von Alkoholabhängigen Relevanz hat. Jellinek (1960) gelangt zu fünf Typen von Alkoholikern:

- Alpha-Typ: Alkoholkonsum zur Erleichterung und Konfliktvermeidung
- Beta-Typ: regelmäßiger und häufiger Alkoholkonsum ohne Abhängigkeitssymptome
- Gamma-Typ: Alkoholkonsum mit regelmäßigem Kontrollverlust
- Delta-Typ: Unfähigkeit zur Abstinenz, ein gewisser Alkoholspiegel muss gehalten werden
- Epsilon-Typ: episodisches, exzessives Trinken mit durchaus langen Pausen ohne Konsum

Weiterhin stellten Cloninger, Bohman & Sigvardsson (1981) eine dichotome, genetisch-psychobiologische Typologie auf:

- Typ 1: später Beginn der Erkrankung, reaktiv und ohne genetische Vorbelastung
- Typ 2: früher Beginn der Erkrankung, kriminelles Potential und wenig soziale Kompetenz, mit genetischer Vorbelastung

Auch die Taxonomie nach Cloninger und Kollegen ist eine, die bis heute, insbesondere im klinischen Kontext, Beachtung erfährt.

Erste empirisch fundierte Taxonomien von Alkoholabhängigen gibt es seit Ende der 60er / Anfang der 70er Jahre (z. B. Goldstein & Linden, 1969; Antons & Hampel, 1977, im deutschsprachigen Raum). Am Meisten geforscht zur Bildung von Typologien von alkoholabhängigen Patienten wurde in den 70er / 80er Jahren. Als Forschungsinstrument wurde in dieser Zeit zumeist das *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) eingesetzt. Dieses bis heute weltweit eingesetzte und etablierte Inventar dient allerdings eher zur Erfassung von psychischen Störungen als von allgemeinen Persönlichkeitsmerkmalen, wie z. B. das revidierte NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa & McCrae (NEO-PI-R). Dies zeigt sich vor allem an den erfassten Merkmalen (s. u.).

In der viel zitierten Studie von Goldstein & Linden (1969) zeigen sich vier Cluster von Alkoholikern:

- I: emotional instabil, Unfähigkeit Ärger und Wut zu kontrollieren
- II: depressive und ängstliche Neurotiker
- III: persönlichkeitsgestörte Patienten, Leugnung von Problemen, mangelnde Therapiebereitschaft
- IV: persönlichkeitsgestörte Patienten, Missbrauch weiterer Substanzen

Zu dieser Studie bleibt kritisch anzumerken, dass sich in jedem Cluster lediglich 30-40 Personen befinden, in Cluster 4 sogar nur 4 Personen, was die Stabilität und Generalisierbarkeit der Typologie zumindest fraglich erscheinen lässt.

Weiterhin fand Conley (1981) eine Vier-Clusterlösung anhand einer rein männlichen Stichprobe von Alkoholikern, die erfolgreich repliziert werden konnte (Conley & Proleau, 1983):

- I: Neurotiker
- II: klassische Alkoholiker
- III: Psychopathen
- IV: Psychotiker

Nerviano & Groß (1983) gelangen in ihrem *Review* zu übergeordneten sieben Typen von Alkoholikern:

- I: chronisch schwer gestörte Patienten
- II: passiv-aggressive Soziopathen
- III: antisoziale Soziopathen
- IV: akut reaktiv-depressive Patienten
- V: starke Neurotiker / Psychosomatiker
- VI: gemischt verstimmte Patienten
- VII: paranoid gestörte Patienten

Klages (1984) gelangte zu vier stabilen Subgruppen von männlichen Alkoholikern. Zwei Cluster weisen analog zu Funke, Klein & Scheller (1981) starke Persönlichkeitsauffälligkeiten auf.

- I: aggressiv-depressive, sozial-ängstliche Patienten
- II: depressiv-sozial ängstliche Patienten
- III: durchschnittlich beeinträchtigte Patienten
- IV: psychisch stabile Patienten

Aufgrund der verschiedenen Kriterien und Benennungen der empirisch klassifizierten Typen, erweist es sich als schwierig die Studien aus den 80er Jahren miteinander zu vergleichen. Auffällig ist, dass es in allen Studien zumeist (a) eine Gruppe mit neurotischen Patienten, (b) eine Gruppe mit persönlichkeitsgestörten Patienten und (c) eine Gruppe mit psychisch unauffälligen Patienten gibt.

Trotz der zahlreichen Forschungsbemühungen der letzten Jahrzehnte ließ sich nicht die spezifische Persönlichkeitsstruktur von alkoholabhängigen Patienten identifizieren. Darüber hinaus waren die verschiedenen Typologien häufig nur eingeschränkt nutzbar, da viele Studien methodische Mängel aufwiesen. Dies führte dazu, dass Morey & Blashfield (1981) in einem *Review* methodische Mindeststandards formulierten. Sie forderten eine klare Beschreibung der Stichproben- sowie der Variablenauswahl, eine ausführliche Erläuterung der verwendeten Methoden zur Taxonomienbildung sowie unabhängige Validierungsversuche.

Babor & Meyer (1986) legen den Schwerpunkt hingegen auf Kriterien, die den klinischen, therapeutischen Nutzen bei der Typenbildung von Alkoholikern deutlich machen sollen. Neben der grundlegenden Annahme, dass es Homogenität innerhalb eines Clusters und Heterogenität zwischen den Clustern gibt, wäre es aus Sicht der Autoren wünschenswert, wenn sich die Typologien als (a) stabil, überprüft z.B. durch Kreuzvalidierungen, (b) spezifisch, insbesondere in Abgrenzung zu anderen klinischen Gruppen und zur Normalbevölkerung, (c) nützlich, insbesondere für Psychotherapie, (d) valide und gleichzeitig (e) multidimensional bei der Variablenauswahl, also z.B. kein zu früher Ausschluss von möglicherweise geeigneten Merkmalen, erweisen.

Seit den 90er Jahren gibt es, vermutlich auch aufgrund der gestiegenen methodischen Ansprüche, keine so eingängigen Typologien mehr wie in der vorangegangenen Forschung. Für verschiedenste Forschungsfragen werden die bestehenden Typologien genutzt und neu eingeordnet bzw. leicht verändert. Insgesamt ist es allerdings auch zu einem Rückgang des Forschungsinteresses auf diesem Gebiet gekommen, was an dem Mangel an Publikationen zu dem Thema in den letzten Jahren deutlich wird.

Eine neuere Persönlichkeitstypologie von alkoholabhängigen Patienten haben in den letzten Jahren Becker & Quinten (2003, 2005) klassifizieren können. Sie beziehen dabei sowohl Persönlichkeitsmerkmale als auch komorbide Persönlichkeitsstörungen mit ein und berücksichtigen o. g. methodische Mindeststandards.

In den aktuellsten Typologisierung-Studien von Becker & Quinten (2003, 2005) lassen sich vier verschiedene Persönlichkeitstypen bei Alkoholabhängigen unterscheiden:

1. „Neurotisch gestörte mit Beziehungsproblemen“

Bei Patienten in diesem Cluster ist insbesondere die Angst vor dem Verlassen werden vorherrschend. Es gibt eine hohe Komorbidität mit der emotional-instabilen, vermeidend-selbstunsicheren, depressiven und dependenten Persönlichkeitsstörung.

2. „impulsiver, risikobereiter, rücksichtsloser“ Typ

In diesem Cluster befinden sich vorwiegend männliche Patienten. Sie zeigen erhöhte Werte auf der Eigenschaft *sensation seeking* und komorbid liegt vermehrt die anti-soziale Persönlichkeitsstörung vor.

3. „stark verhaltenskontrollierter, gewissenhafter, zwanghafter, gehemmter“ Typ

Patienten in diesem Cluster zeichnen sich durch einen hohen Leistungsanspruch aus und nutzen Alkohol vermehrt zur Spannungsreduktion. Persönlichkeitsstörungen liegen eher selten vor.

4. „stark persönlichkeitsgestörter“ Typ

Patienten, diesen Typs stellen häufig hohe Ansprüche an das therapeutische Personal und fallen durch suizidales und / oder selbstverletzendes Verhalten auf.

Die Typologisierung basiert auf einer clusteranalytischen Auswertung des Trierer Integrierten Persönlichkeitsinventars (TIPI-Version 1). Zur prägnanteren Charakterisierung der Persönlichkeitstypen haben die Autoren die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen mithilfe des klinischen Interviews zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen, SKID-II, durchgeführt. Diese Persönlichkeitstypologie konnte durch Becker & Quinten (2005) repliziert werden.

Darüber hinaus konnte Buiker (2004) in ihrer Diplomarbeit mithilfe des NEO-PI-R zwei der Typen nach Becker & Quinten (2003) replizieren: den „neurotisch gestörten mit Beziehungsproblemen“ sowie den „impulsiv, risikobereiten, rücksichtslosen“ Typ.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bisherige Studien zur Entwicklung von Persönlichkeitstypologien bei Alkoholabhängigen Schwierigkeiten hatten, spezifische und stabile Profile von alkoholabhängigen Patienten zu identifizieren. Bis heute konnte keine eindeutige und methodisch gut fundierte Persönlichkeitstypologie erforscht werden. Dies liegt wahrscheinlich auch darin begründet, dass die Gruppe der Alkoholabhängigen sehr heterogen ist und es zahlreiche Komorbiditäten zu anderen psychischen Störungsbildern gibt. Gleichzeitig gibt es bei keiner anderen psychischen Störung, sowohl im Forschungs- als auch im intuitiven Alltagskontext so starke Verknüpfungen von Krankheitsbild und Persönlichkeit. Allein deswegen erscheint es auch heute noch sinnvoll, sich mit dieser Fragestellung zu beschäftigen, um die Gruppe der

Alkoholabhängigen besser klassifizieren und beschreiben zu können und damit differenziertere Therapieindikationen zu ermöglichen.

Am methodisch besten gelungen und replizierbar erweist sich die Typologie nach Becker & Quinten (2003,2005). Auch der Einbezug von (Hinweisen auf) Persönlichkeitsstörungen erscheint vor dem Hintergrund der hohen Komorbidität mit der Diagnose einer Alkoholabhängigkeit sowie der ähnlichen Ausprägung in Persönlichkeitseigenschaften wie Impulsivität (hoch), Gewissenhaftigkeit (niedrig) und Verträglichkeit (niedrig) sinnvoll.

Hypothese: Aufgrund der Literatur ist anzunehmen, dass alkoholabhängige Männer hohe Werte auf den Faktoren Neurotizismus und Extraversion und niedrige Werte bei Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit erreichen. Insbesondere die Facetten Impulsivität, *sensation seeking* (hohe Werte bei Erlebnishunger), Aggressivität (niedrige Werte bei Entgegenkommen und hohe Werte bei Reizbarkeit) und Feindseligkeit (geringe Werte bei Vertrauen) sollten besonders hervortreten. Dieses Persönlichkeitsprofil erfüllen in der vorliegenden Stichprobe überdurchschnittlich viele Menschen.

1.1.3. Spezifität des Persönlichkeitsprofils von Alkoholabhängigen

Ursprünglich wurde die **Frage nach der Spezifität** von Persönlichkeitstypen bei Alkoholabhängigen von Rist & Watzl (1989) aufgeworfen. Ihnen ging es insbesondere darum, herauszufinden, ob es bestimmte Persönlichkeitstypologien gibt, die nur oder signifikant gehäuft in der Gruppe der Alkoholabhängigen zu finden sind. Dieser Frage kann durch einen Vergleich der Persönlichkeitstypen bei Alkoholabhängigen mit einer anderen klinischen Stichprobe oder mit der Allgemeinbevölkerung nachgegangen werden. Rist & Watzl (1989) kommen zu dem Schluss, dass es keine alkoholismusspezifischen Cluster gibt, sondern dass diese weitgehend störungsunabhängig sind und sich in einer bulimischen Stichprobe ebenso finden lassen wie in einer Gruppe der Allgemeinbevölkerung. Scheller et al.(1989) betrachten die Sichtweise von Rist & Watzl (1989) kritisch und betonen methodische Mängel der Studie sowie den gewinnbringenden Nutzen von Profilanalysen. Becker & Quinten (2003, 2005) haben in ihren Studien die Spezifitätsfrage von Rist & Watzl (1989) wieder aufgegriffen und sind in ihrer Arbeit

der Frage nachgegangen, ob ihre clusteranalytisch ermittelte Persönlichkeitstypologie spezifisch für die Störungsgruppe der Alkoholabhängigen ist. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass 84% der Patienten richtig klassifiziert werden konnten, was bedeutet, dass ein sehr hoher Anteil der alkoholabhängigen Patienten auf statistischem Wege dieser störungsspezifischen Persönlichkeitstypologie zugeordnet werden konnte. Dies wiederum spricht für eine relativ hohe Spezifität.

Dennoch erscheint es schwierig und methodisch kompliziert, spezifische Persönlichkeitseigenschaften oder gar Persönlichkeitsprofile mit bestimmten klinischen Störungsbildern in Einklang zu bringen. Die Beziehungen sind kompliziert, wechselseitig und überlappend. Die hohen Komorbiditätsraten zwischen den klinischen Störungsbildern wirken zusätzlich erschwerend (Widiger, 2011).

Insgesamt scheinen **psychologischen Störungen generell extreme Ausprägungen von Persönlichkeitsprofilen** zugrunde zu liegen (Samuel & Widiger, 2008), so dass zumindest eine Abgrenzung der Persönlichkeitsprofile zu psychisch gesunden Menschen vorgenommen werden kann. Typische Persönlichkeitsausprägungen bei psychischen Störungen im Allgemeinen scheinen hoher Neurotizismus, geringe Gewissenhaftigkeit, geringe Verträglichkeit sowie geringe Extraversion zu sein (Meta-Analyse von Malouff et al., 2005).

Meta-Analysen von Malouff et al. (2005, 2007) belegen, dass Neurotizismus enger mit Problemen zur Stimmungsregulation wie Alkoholismus oder Depressionen und Ängsten als mit anderen psychischen Störungen zusammenhängt. Gleichzeitig beschreiben die Autoren, dass eine hohe Gewissenhaftigkeit einen protektiven Effekt hat und einen Prädiktor für eine geringere Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit darstellt.

Zusammenfassung. Menschen mit psychischen Störungen ist gemein, dass ihre Persönlichkeitsprofile mehr in die Extreme gehen als dies bei psychisch gesunden Menschen der Fall ist, so dass eine Differenzierung anhand des Persönlichkeitsprofils von psychisch gesunden und psychisch kranken Menschen gut gelingen kann. Eine typische Persönlichkeitsprofil-Konstellation setzt sich aus hohen Neurotizismus- sowie geringen Gewissenhaftigkeits-, Verträglichkeits- und Extraversionswerten zusammen. Die Differenzierung zwischen den

klinischen Gruppen gelingt ansatzweise im Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Bei den Achse-I-Störungsbildern erscheinen die Überlappungen sowohl zwischen den klinischen Störungsbildern als auch zwischen den Persönlichkeitseigenschaften hoch zu sein, was eine Differenzierung kaum möglich macht.

Hypothese: Die Gruppe der Alkoholiker lässt sich anhand des Persönlichkeitsprofils von den (psychisch gesunden) Menschen aus der Allgemeinbevölkerung trennen.

1.1.4. Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen und Alkoholabhängigkeit

Es gibt eine hohe Komorbidität zwischen Persönlichkeitsstörungen und Alkoholabhängigkeit (z.B. Becker & Quinten, 2003, 2005). In den letzten Jahren wird deshalb der Fokus der angewandten Forschung vor allem auf die Abweichung der Persönlichkeit vom durchschnittlichen Persönlichkeitsprofil im Zusammenhang mit der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ gelegt. Deshalb wird im Weiteren die Bedeutung der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen bei gleichzeitigem Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit dargestellt.

Im DSM-IV ist eine Persönlichkeitsstörung definiert als *„an enduring pattern of inner experience and behavior that deviates markedly from the expectations of the individual's culture, is pervasive and inflexible, has an onset in adolescence or early adulthood, is stable over time, and leads to distress or impairment.“* (American Psychiatric Association, 1994).

Des Weiteren sind die Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV in drei verschiedene Cluster unterteilt:

- Cluster A: Gruppe der sonderbaren und exzentrischen Persönlichkeitsstörungen. Hierzu gehören die (1) paranoide, (2) schizoide und (3) schizotypische Persönlichkeitsstörung.
- Cluster B: Gruppe der dramatischen und emotionalen Persönlichkeitsstörungen. Hierzu gehören die (1) emotional-instabile / Borderline, (2) histrionische, (3) anti-soziale und (4) narzisstische Persönlichkeitsstörung.

- Cluster C: Gruppe der ängstlich, vermeidenden Persönlichkeitsstörungen.
Hierzu zählen die (1) selbstunsichere, (2) dependente, (3) zwanghafte und (4) passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung.

Langzeitstudien belegen, dass die Stabilität von Persönlichkeitsstörungs-Diagnosen nicht besonders hoch ist, was nach der Definition von Persönlichkeitsstörungen hingegen zu erwarten wäre. Das Funktionsniveau hingegen bleibt hingegen gering (Gunderson et al., 2011). Dies ist einer der Gründe für die Notwendigkeit der grundlegenden Überarbeitung der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen im DSM-V. Die ursprüngliche Idee war, Persönlichkeitsstörungen anhand von verschiedenen Ausprägungen in bestimmten Persönlichkeitseigenschaften (*traits*) im Rahmen eines multiaxialen Systems zu beschreiben. Dieses Modell erwies sich in einem mehrstufigen *Review* für die klinische Praxis als zu komplex und wurde in Kapitel III des DSM-V für weitere Forschungszwecke übernommen (American Psychiatric Association, 2013).

Die Wahrscheinlichkeit in der Allgemeinbevölkerung im Laufe des Lebens an einer Persönlichkeitsstörung zu erkranken liegt bei 9%. Von diesen 9% Persönlichkeitsgestörten weisen 31% komorbid eine Alkoholabhängigkeit auf (Trull et al., 2010). Sind beide Erkrankungen zeitgleich vordergründig vorhanden, so ist das Risiko von sozialen und gesundheitlichen Schäden am Größten (Hasin et al., 2011). Etwa 40% (z.B. 41% Becker & Quinten, 2003; 30% Becker & Quinten, 2005; 44% Echeburua et al., 2007) der Patienten mit pathologischem Substanzkonsum erfüllen auch die Kriterien für mindestens eine Persönlichkeitsstörung. Es gibt eine Reihe weiterer Studien, die die hohe Komorbidität der beiden Störungsbilder eindrucksvoll belegen (z.B. Ball et al., 1997; Driessen et al., 1998; Morgenstern et al., 1997; Sher & Trull, 2002; Sher et al., 1999; Skodol et al., 1999; Verheul et al., 1998). Ein Großteil davon sind Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen, so dass die Patienten vorwiegend Schwierigkeiten bei der Regulation ihrer Impulskontrolle haben. 27% der alkoholabhängigen Patienten erfüllen die Diagnose einer anti-sozialen Persönlichkeitsstörung und 18% der Alkoholabhängigen erfüllen die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. (Rounsaville et al 1998).

In einer aktuellen Studie von Agrawal et al. (2013) zeigt sich erneut eine hohe Überlappung zwischen den Diagnosen Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörung. Insbesondere die anti-soziale und die Borderline-Persönlichkeitsstörung scheinen ein Indikator für die Entwicklung

einer späteren Alkoholabhängigkeit zu sein (Agrawal et al., 2013). Die besondere Bedeutung der anti-sozialen und Borderline-Persönlichkeitsstörung im Zusammenhang mit der Diagnose einer Alkoholabhängigkeit belegten auch Bottlender et al. (2006), Grant et al. (2004), Langenbucher, Labou- vie, & Miller (1997) sowie Reiger et al. (1990).

Eine mögliche Erklärung für die große Überlappung zwischen den Störungsbildern könnte sein, dass ihnen dieselben Ausprägungen in bestimmten Persönlichkeitseigenschaften zugrunde liegen (Krueger et al., 2002; Millon & Davis, 1996; Widiger & Trull, 1992). So sind beide Störungsbilder durch eine gewisse Distanzlosigkeit (*personality disinhibition*) gekennzeichnet, die sich auf der Persönlichkeitsebene in der Kombination aus einer geringen Gewissenhaftigkeit und einer geringen Verträglichkeit manifestiert. Gleichzeitig scheinen Menschen mit diesen Störungsbildern impulsiver zu sein und ein höheres Verlangen nach *sensation seeking* zu haben (Brooner et al., 1993; Quirk et al, 2003). Bestätigt werden diese Befunden durch eine Meta-Analyse von Ruiz et al. (2008).

Einen Versuch, Persönlichkeitsstörungen in das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit einzuordnen, unternahmen Widiger et al. (2002). Auch bei der Entwicklung des DSM-V wurde diskutiert, Patienten bei der Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen anhand des Fünf-Faktoren-Modells systematisch zu bewerten (Herpertz, 2011). Dieses Vorgehen erwies sich allerdings als klinisch unpraktikabel, da es aufgrund der mangelnden Berücksichtigung der klinischen Psychopathologie (Rottman et al., 2009) sowie der interpersonellen Ebene (Schroeder et al., 1992) zu vielen Fehldiagnosen führt.

Zusammenfassend wird gegenwärtig diskutiert, ob sich Persönlichkeitsstörungen auch mit Persönlichkeitsinstrumenten, wie dem Fünf-Faktoren-Modell, beschrieben und diagnostiziert werden können. Bei der Veröffentlichung des DSM-V wurde sich kürzlich zunächst dagegen entschieden. Häufig ist eine Komorbidität zwischen Persönlichkeitsstörungen und Alkoholabhängigkeit vorzufinden. Hierbei treten insbesondere die Diagnose der Boderline- und der antisozialen Persönlichkeitsstörung auf.

Hypothese: Es lassen sich Hinweise finden, dass Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die Borderline- und antisoziale Persönlichkeitsstörung, in der Gruppe der alkoholabhängigen Männer gehäuft komorbid auftreten.

1.2. Therapieverlauf: Wie verändert sich das Persönlichkeitsprofil von alkoholabhängigen Männern im Rahmen einer stationären Rehabilitation?

1.2.1. Konzept von *states* und *traits* der Persönlichkeit

McAdams (McAdams 1996, McAdams & Pals 2006) geht von einer **hierarchischen Struktur der Persönlichkeit** aus. Demnach werden *traits* als relativ stabile und überdauernde Bausteine der Persönlichkeit betrachtet (McCrae & Costa, 2008, Asendorpf & van Aken, 2003). Ein aktuelles *Review* von Kandler, Zimmermann & McAdams (2014) gelangt zu der Schlussfolgerung, dass es überholt erscheint, an dem hierarchischen Modell der Persönlichkeitsstruktur festzuhalten. Sie plädieren stattdessen für ein integratives Verständnis von Persönlichkeit, in dem auch basalere Veränderungen im Erwachsenenalter möglich erscheinen.

Eine der bekanntesten **Trait**-Theorien ist die weiter oben beschriebene *Big Five*-Theorie der Persönlichkeit, die übereinstimmend die *traits* einer Persönlichkeit beschreiben (z.B. McCrae & Costa 1987, Goldberg 1990, Ostendorf 1990). Sie bilden die Basis für die individuellen Gefühle, Handlungen und Gedanken von Menschen. In der vorliegenden Arbeit sind *traits* immer im Sinne der fünf Faktoren des Fünf-Faktoren-Modells konzeptualisiert. Demnach liegen jeder Persönlichkeit fünf *trait*-Bereiche (und mehrere Facetten) zugrunde, die statistisch relativ unabhängig voneinander sind.

States stellen, im Gegensatz zu den bisher beschriebenen *traits*, leicht veränderbare, sehr kontextabhängige Bausteine der Persönlichkeit dar. Sie werden als kurzzeitig auftretender Ausdruck von Gefühlen, Denken und Handeln, dem aber entsprechende *traits* zugrunde liegen, konzeptualisiert (Fleeson, 2001; Fleeson, 2012). Wenn in der vorliegenden Arbeit von *states* berichtet wird, so sind diese nach der Arbeit von Borkenau & Ostendorf (1998) konzeptualisiert, die diese *states* anhand der *traits* aus dem Fünf-Faktoren-Modell entwickelt haben.

1.2.2. Veränderung des Persönlichkeitsprofils über die Lebensspanne

Insgesamt scheint die Persönlichkeit von Menschen sowohl sehr stabil und dennoch modifizierbar zu sein. Schon Cattell (1966) unterscheidet zwischen *trait change* und *state fluctuation*. Hierbei wird unter der Veränderung auf der *trait*-Ebene auch eine langfristige

Persönlichkeitsentwicklung verstanden, während *state*-Veränderungen durchaus kurzfristiger, kontextabhängiger und weniger überdauernd sind.

Es gibt sowohl Forschungsergebnisse, die die **hohe Stabilität, aber eben auch Veränderungen** der Persönlichkeit in verschiedenen Altersstufen beschreiben. Ein entscheidender Faktor scheint hier zu sein, auf welche Weise Persönlichkeit betrachtet wird. Besonders stabil erscheint sich die Position eines Menschen über die Zeit im Rahmen einer Vergleichsgruppe zu erweisen (*rank-order stability*; z.B: Terracciano et al., 2006), während es durchaus zu Mittelwertsveränderungen in den *traits* geben kann (z.B: Donnellan & Lucas, 2008; Jackson et al., 2009).

Unter **intraindivideller Veränderung** wird im Rahmen der Persönlichkeitspsychologie verstanden, dass sich eine Eigenschaftsausprägung bei einer Person im Laufe der Zeit verändern kann (Jacobson & Truax, 1991; Roberts et al., 2008; Specht et al., 2014). Lange war die vorherrschende Meinung, dass sich *traits* über die Lebensspanne hinweg nur wenig verändern. Inzwischen gibt es allerdings einige Studien, die belegen, dass es durchaus zu intraindividuellen Veränderungen in *traits* über die Lebensspanne hinweg kommt (z.B. Helson & Moane, 1987; Roberts et al., 2001; Robins et al., 2001; Bleidorn, 2009; Lüdke et al., 2009), auch wenn diese sich insgesamt als relativ stabil erweisen (z.B. Fraley & Roberts, 2005). Insgesamt gehen McCrae & Costa (1999) in ihrer Fünf-Faktoren-Theorie (s.o.) davon aus, dass sich *traits* im Laufe der Kindheit entwickeln und stabilisieren und im Erwachsenenalter stabil bleiben. Einschränkend weisen die Autoren jedoch auch darauf hin, dass dies auf kognitiv gesunde Menschen zutrifft. Diese „gesunden“ *traits* erweisen sich über die Lebensspanne hinweg mit einer *rank-order stability* von 0.7 als relativ stabil, wobei kleine Variabilitäten in den unterschiedlichen *traits* auftreten (Watson & Humrichouse, 2006). Hampson & Goldberg (2006) kamen zu vergleichbaren Ergebnissen.

Es gibt **interindividuelle Unterschiede** in der Veränderung des Persönlichkeitsprofils von Erwachsenen. Viele Menschen bleiben in ihren Persönlichkeitseigenschaften über die Lebensspanne hinweg relativ stabil, andere hingegen verändern sich in bestimmten Eigenschaften (Mroczek & Spiro, 2007; Roberts, Walton, & Viechtbauer, 2006; Small, Hertzog, Hultsch, & Dixon, 2003). Insgesamt nimmt Neurotizismus im Erwachsenenalter ab sowie Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit zu. Für den Faktor Extraversion und den Faktor Offenheit

für Erfahrungen gibt es widersprüchliche Befunde (Meta-Analyse von Roberts et al., 2006, McCrae et al., 1999, 2000; Allemand et al., 2010).

Die **Stabilität von Persönlichkeit** nimmt zunächst mit dem Alter zu. Sie erreicht im mittleren Erwachsenenalter ihren Höhepunkt (z.B. Wortman et al., 2012) und nimmt im hohen Alter wieder ab (Fraleay & Roberts, 2005). In welchem Alter es genau zu Persönlichkeitsveränderungen kommen kann, darüber gibt es verschiedene Studienergebnisse. Costa et al. (2000) berichten von einer signifikanten *trait*-Veränderung im Alter von 30 Jahren. Andere Studien (z.B. Helson et al., 2002; Srivastava et al., 2003) sehen Veränderungen eher im mittleren bis hohen Alter angesiedelt.

Bouchard & Loehlin (2001) gehen davon aus, dass die Stabilität von Persönlichkeitseigenschaften im Erwachsenenalter vor allem auf genetische Einflüsse zurückzuführen ist. Auch McCrae et al. (2000) gehen davon aus, dass Persönlichkeit angeboren ist. Gleichzeitig scheint eine Instabilität in der Umwelt zu einer erhöhten Instabilität in der eigenen Persönlichkeit zu führen (Asendorpf, 1992). Aus diesem Grund wird immer wieder diskutiert, dass Menschen vor allem Kontexte und Umgebungen aufsuchen, die ihnen entsprechen und keine Veränderung erfordern (z.B. Roberts et al., 2008).

Persönlichkeitsentwicklung ist ein Prozess aus der Wechselwirkung von Anlage & Umwelt. In der aktuellen Forschung stehen sich die **Eigenschaftstheorie von McCrae & Costa (2008)** sowie das **Soziogenomische Modell von Roberts & Jackson (2008)** gegenüber. Zwar sehen beide Modelle sowohl genetische als auch erfahrungsbedingte Einflüsse als persönlichkeitsformend an, jedoch sehen Costa & McCrae (2008) genetische Faktoren als deutlich ausschlaggebender an, während Roberts & Jackson (2008) insbesondere Erfahrungen als entscheidende Faktoren für Persönlichkeitsentwicklung betonen.

Kandler (2013) stellt ein **integratives Modell der Persönlichkeitsentwicklung** zwischen Anlage und Umwelt vor. Persönlichkeitskontinuität scheint insbesondere aufgrund genetischer Kontinuität gegeben zu sein, wohingegen Persönlichkeitsveränderung auf sich verändernde Umweltfaktoren zurückzuführen ist. Dies geht konform damit, dass die Persönlichkeitskontinuität im mittleren Erwachsenenalter am Größten ist, da in dieser Lebensspanne auch die Umweltfaktoren häufig stabil und gleichbleibend sind.

Roberts, Wood & Caspi (2008) postulieren, dass die Persönlichkeit sich aufgrund bestimmter Umwelterfahrungen verändern und entwickeln kann. Hierzu haben sie sieben Grundsätze der **Persönlichkeitsentwicklung** entwickelt (im Folgenden zitiert nach Kandler, 2013):

1. **Kumulative Kontinuität:** Die Rangreihenkontinuität der Persönlichkeitseigenschaften nimmt von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter zu.
2. **Rollenkontinuität:** Konsistente Rollen sind Hauptursache der Persönlichkeitskontinuität über die Zeit.
3. **Plastizität:** Persönlichkeitseigenschaften können in jedem Alter durch die Umwelt beeinflusst werden.
4. **Soziale Reifung:** Persönlichkeitsausprägungen entwickeln sich in eine gesellschaftlich akzeptable und funktionale Richtung.
5. **Identitätsformung:** Der Prozess der Entwicklung, die Einnahme und Aufrechterhaltung einer Identität erklärt die zunehmende Persönlichkeitskontinuität über das Alter.
6. **Soziale Investitionen:** Investitionen in soziale Beziehungen und altersabhängige Rollen sind treibende Mechanismen der Persönlichkeitsentwicklung.
7. **Person-Umwelt-Wechselwirkung (Korresponsivität):** Personen suchen und evozieren Umwelten, welche zu ihren Eigenschaften passen (Selektion). Diese Umwelten wiederum stellen Erfahrungen bereit, um diese Persönlichkeitseigenschaften weiter zu formen (Sozialisation)

Die **Übernahme von Rollen** wird als wichtiger Faktor für die Kontinuität von Persönlichkeit gesehen. Die bedeutendsten Rollen scheinen dabei Familie und Beruf zu sein (Kandler, 2013). Roberts et al. (2008) beschreiben, dass die langfristige Übernahme neuer Rollen und die damit verbundenen neuen Erfahrungen zu Veränderungen von Persönlichkeitseigenschaften führen können. Entscheidend für die das Ausmaß der Persönlichkeitsveränderung scheint dabei zu sein, dass die veränderten Rollenanforderungen einen zeitlichen Bestand haben und mit einem hohen Umweltdruck einhergehen (Roberts & Wood, 2006).

In diesem Sinne wird Persönlichkeitsentwicklung als ein lebenslanger Prozess der Reifung verstanden (Roberts & Wood, 2006), wobei nach Kandler (2013) reifere Menschen eine gefestigtere Persönlichkeitsstruktur haben. Fleeson & Jayawickreme (2015) veröffentlichen ganz aktuell ihre „*Whole trait theory*“, in der sie u.a. davon ausgehen, dass *states traits* entsprechend abbilden können und Persönlichkeit veränderbar ist.

Da bisher innerhalb des Forschungsfeldes davon ausgegangen wurde, dass die **Persönlichkeit im mittleren Alter** am stabilsten ist, gibt es wenig Forschungsergebnisse zu dieser Zeitspanne (Allemand et al., 2010). Dabei ist gerade diese Zeit geprägt durch die Übernahme verschiedener sozialer Rollen (Helson & Soto, 2005) und auch einer hohen Variabilität in den umweltspezifischen Erfahrungen, die Menschen zu dieser Zeit machen, z.B. Karriere und Eltern werden aber auch Arbeitslosigkeit, Scheidung (Lachman, 2001; Willis & Martin, 2005). Nach Kandler (2013) gehen negative Erfahrungen mit einer Zunahme von Neurotizismus ($r=0,30$) und Introversion (= Abnahme von Extraversion: $r=-0,10$) einher. In der Längsschnittstudie von Löckenhoff et al. (2009) konnte nachgewiesen werden, dass sehr stressvolle Ereignisse zu einem Anstieg von Neurotizismus und einer Abnahme von Verträglichkeit und Offenheit für Erfahrungen führen. Auch Specht et al. (2013) betonen, dass Lebenszufriedenheit ein entscheidender Faktor für die Veränderung von *traits* zu sein scheint.

1.2.3. Trait Change im Kontext von psychischen Störungen

Die Betrachtung von **Persönlichkeitsveränderungen im Rahmen von psychischen Störungen und in Folge einer Psychotherapie** ist insoweit interessant als es die Limitierungen, aber auch neue Chancen von Psychotherapie aufzeigt. Durch die Stabilität von *traits* und ihrer gewissen Trägheit zur Veränderung kann sich so für eine Therapie, analog zur Pharmakotherapie, eine gewisse „therapeutische Breite“ (vgl. Zinbarg et al., 2008) zeigen in der therapeutisches Handeln möglich scheint. Indikatoren für Veränderungen scheinen dabei die veränderungssensitiveren *states* zu sein, die bei gewisser Habitualisierung von neuem Verhalten, Denken und Fühlen zu einer indirekten Veränderung der *trait*-Variablen beitragen können. Hierin liegen eindeutig die Chancen von Psychotherapie durch eine größere Einbeziehung von Persönlichkeitsvariablen in den Therapieprozess. Limitierungen und Schwierigkeiten könnten besser prognostiziert und gemeinsam mit dem Patienten erkannt werden, was wiederum eine Veränderung wahrscheinlicher macht.

Diese Veränderungen in den *traits* sind vor allem deswegen beachtenswert, da es Forschungsergebnisse gibt, die darauf hindeuten, dass es dadurch zu Veränderungen im Gesundheitsverhalten generell (Mroczek & Spiro, 2007; Turiano et al., 2012) und einer Begünstigung von suchtrelevantem Verhalten im Speziellen gibt (Hampson, Tideseley, Andrews, Luyckx, & Mroczek, 2010; Littlefield, Sher, & Wood, 2009, 2010).

Es gibt sehr unterschiedliche Studienergebnisse wie schnell *traits* veränderbar sind. In einigen Studien konnten *trait*-Veränderungen nach Interventionen bereits nach einigen Monaten beobachtet werden (Bleidorn, 2012; Finn et al, 2014; Peters, 2015), während andere Autoren diese Veränderungen nach einigen Jahren berichten (z.B. Lüdke et al, 2011)

Studien zum trait change bei Patienten mit Alkoholismus liegen meines Wissens nach nicht vor.

In einer aktuellen Längsschnittstudie von Turiano et al. (2012) ist beschrieben, dass Anstiege in den Faktoren Neurotizismus und Offenheit für Erfahrungen gute Prädiktoren für einen vermehrten Substanzgebrauch darstellen. Eine Veränderung in Richtung höherer Werte in den Faktoren Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit führt hingegen zu einer Abnahme von Substanzkonsum in einem 10-Jahres-Zeitraum. Insbesondere interessant ist, dass die Autoren Gewissenhaftigkeit als Moderatorvariable identifizieren konnten. Dabei ist allerdings anzumerken, dass es sich bei dieser Studie um eine nichtklinische Stichprobe handelt.

Schon Smith, Glass & Miller (1980) konnten in ihrer Meta-Analyse nachweisen, dass *traits* sich in Folge von Psychotherapie verändern können. Brown (2007) geht davon aus, dass *traits*, insbesondere Neurotizismus, durch Psychotherapie stärker verändert werden können, als bisher angenommen. Der Autor hat dies allerdings nicht systematisch untersucht. Clark, Watson & Mineka (1994) wiesen in ihrem Review über Längsschnittstudien darauf hin, dass Neurotizismus ein stabiler Prädiktor für die Diagnose und die Chronizität von Depressionen ist. Diese Ergebnisse wurden u.a. von Krueger et al. (1996) und Kendler, Kuhn & Prescott (2004) bestätigt. Insgesamt konnten mehrere Forscher (z.B. Costa et al., 2005) zeigen, dass während einer depressiven Episode der Grad des Neurotizismus zunimmt während die Extraversion ab- bzw. die Intraversion zunimmt. Diese Erkenntnis führte zu der Kontroverse, inwieweit die Persönlichkeit gerade im Rahmen von psychischen Erkrankungen veränderbar ist.

Clark et al. (2003) separierten Veränderungen auf *trait* und auf *state*-Ebene bei Patienten mit Depressionen. Sie konnten nachweisen, dass Veränderungen bei depressiven Patienten mit Veränderungen auf *state*-Ebene einhergehen, wohingegen *trait*-Variablen sich nicht verändern. Einschränkend sei zu sagen, dass es sich dabei nur um einen korrelativen Zusammenhang handelte.

In einer Studie mit Angstpatienten (Tjon Pian Gi et al., 2010) zeigte sich, dass der Grad der Extravertiertheit nach einer Psychotherapie zu, dass Ausmaß des Neurotizismus hingegen abnahm. Allerdings ließ sich im Rahmen dieser Studie nicht belegen, dass dies auf einen direkten Effekt der Angst-Symptomreduktion zurückzuführen ist. Auch in dieser Studie besteht lediglich ein korrelativer Zusammenhang.

Aus der beschriebenen Literatur ergeben sich die folgenden **Implikationen für die Therapie von Alkoholabhängigen:**

Stationäre Entwöhnungstherapie kann zu gravierenden Lebensveränderungen von den Patienten führen. Damit einhergehend sind Veränderungen in sozialen Rollen bzw. ganzer Lebensbedingungen, was eine Veränderung von Persönlichkeitseigenschaften begünstigen könnte. Therapie könnte in diesem Sinne als ein beginnender Prozess der sozialen (Nach-)Reifung verstanden werden, der das Entwickeln einer gefestigteren Persönlichkeitsstruktur begünstigen kann. Ein Hauptziel dieser Studie ist die Untersuchung, ob es auch im Rahmen der Therapie von alkoholabhängigen Menschen es zu Veränderungen auf *trait* und *state* Ebene kommt. Dieses wurde für alkoholabhängige Stichprobe in dieser Form noch nicht systematisch untersucht.

Hieraus lassen sich die folgenden Hypothesen ableiten:

Hypothesen:

1. Das Persönlichkeitsprofil von alkoholabhängigen Patienten unterliegt im Rahmen einer stationären Entwöhnungstherapie positiven Veränderungsprozessen. Zu erwarten ist eine Abnahme von Neurotizismus, sowie eine Zunahme von (Extraversion), Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit.
2. Da Veränderungen der *traits* über *states* vermittelt werden, zeigen sich Veränderungen im Persönlichkeitsprofil auf *state*-Ebene früher und ausgeprägter als auf *trait*-Ebene.

1.3. Therapieerfolg: Wie eignen sich verschiedene Schweregradmaße zur Vorhersage von eingeschätztem Therapieerfolg?

Gerade in der Forschung zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit ist es sehr schwer ein einheitliches Kriterium für Therapieerfolg zu finden. Oft ist Therapieerfolg in den verschiedenen Studien unterschiedlich definiert. Berglund, Thelander & Jonsson (2003) stellten in ihrer Meta-Analyse eine Effektstärke von 0,37 bei der **Behandlung von Alkoholabhängigen** fest. Kritisch anzumerken ist, dass es aufgrund sehr unterschiedlicher Versorgungsstrukturen in Skandinavien und Deutschland schwierig ist, dieses Ergebnis zu verallgemeinern.

Anders als im Ausland, gibt es in Deutschland fast nur Forschung zum stationären Behandlungssetting. In einer groß angelegten (n=10.306) Studie von Missel (2009) ergibt sich bei einer einjährigen Katamnese eine Erfolgsquote von 42-76%. Die Erfolgsquote ist dabei abhängig von der Definition des Therapieerfolgs, die gerade bei Alkoholismus sehr divers und schwer einheitlich zu fassen ist (z.B. Dauer der Abstinenz, Erwerbstätigkeit nach Therapie, Reduktion des Alkoholkonsums). Sonntag & Künzel (2000) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen stationärer Therapiedauer und Therapieerfolg, wobei dieser bei einer Dauer von 3 - 6 Monaten am stärksten ist.

In einer Meta-Analyse mit 361 randomisierten Studien von Miller & Wilbourne (2002) lässt sich kaum empirische Evidenz für konfrontative und einsichtsorientierte Verfahren sowie für allgemeine Aufklärung finden. Evidenzbasiert scheinen hingegen Kurzintervention, *Motivational interviewing*, soziales Kompetenztraining, verhaltenstherapeutische Paartherapie, Verhaltensverträge, Selbstbeobachtung und kognitive Verhaltenstherapie zu sein. Rist (2002) weist daraufhin, dass in der psychotherapeutischen Behandlung der Alkoholabhängigkeit in Deutschland zumeist Verfahren mit geringer Evidenz verwendet werden. Beachtenswert ist darüber hinaus eine Studie von der Project Match Research Group (1997a,b), bei der es keine Unterschiede zwischen den Behandlungsverfahren *Motivational interviewing*, kognitive Verhaltenstherapie und anonyme Alkoholiker gibt. Zu diesen Studien merkt Bühringer (2006) kritisch die kurze Behandlungsdauer von 3-8 Sitzungen an, die möglicherweise weitere Effekte verhindert haben könnte.

1.3.1. Schweregraderfassung bei Alkoholismus

Alkoholismus ist eine Erkrankung, die sich durch ihre hohe Diversität im Erscheinungsbild im klinischen Alltag auszeichnet. Um die Krankheit etwas differenzierter erfassen zu können und dadurch spezifischer in Therapie und zur Erkennung von Risikofaktoren ansetzen zu können, ist es sinnvoll den Schweregrad der Erkrankung zu betrachten. Sowohl in der Forschung als auch in der klinischen Praxis wird allerdings kein einheitliches Maß zur Schweregradmessung verwendet. Dieses Maß erscheint vor allem vor dem Hintergrund wichtig, dass es in der klinischen Praxis viele intuitive Annahmen über den Zusammenhang des Schweregradmaßes und des Therapieerfolgs gibt (z.B. „Patienten, die noch nicht so tief drin hängen, sind noch gut therapierbar“, „erst wenn die Abhängigkeit richtig schlimm ist, ist eine Therapie möglich“). Meines Wissens nach ist bisher nicht systematisch untersucht worden, ob und welchen Einfluss der Schweregrad der Erkrankung auf den Therapieerfolg hat und welches Maß sich dazu am Besten eignet.

Die verschiedenen Maße zur Schweregradbestimmung der Alkoholabhängigkeit werden im Weiteren zusammengefasst dargestellt. Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Therapie e.V. (2001) gibt Dokumentationsstandards für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen heraus. In diesen Standards befinden sich ein großer Teil der im Weiteren aufgeführten Faktoren zur spezifischeren Beschreibung von Suchterkrankten.

Als ein Indiz für die Schwere der Erkrankung wird häufig die derzeitige **soziale Infrastruktur** des Patienten herangezogen. Dazu zählen sowohl die quantitative Anzahl der Kontakte zu Familie und Freunde sowie die Qualität der vorhandenen Beziehungen. Je weniger Kontakte vorhanden sind, desto ausgeprägter scheint die Alkoholismus Erkrankung zu sein. Singer et al. (1964) zeigten in ihrer Studie bereits, dass Alkoholiker deutlich sozial isolierter zu sein scheinen als die Kontrollgruppe aus der Normalbevölkerung.

Als ein weiteres Schweregradmaß der Erkrankung wird der **soziale Status** des Patienten gesehen. Hierzu kann das Bestehen einer Erwerbsfähigkeit, die finanzielle Situation und das Auftreten von rechtlichen Problemen, wie z.B. Vorstrafen, gezählt werden. Studien aus der ambulanten Suchthilfe als auch über den stationären Aufenthalt von Alkoholikern kommen übereinstimmend

zu dem Ergebnis, dass zumeist jeder zweite Erkrankte arbeitslos ist (Kipke et al., 2001; Bauer et al., 2009).

Ein anderes Schweregradmaß berücksichtigt die **Komorbiditäten**, zu denen andere Suchterkrankungen, weitere psychische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, kardiovaskuläre Erkrankungen sowie alkoholbedingte somatische Folgekrankheiten gezählt werden können. Weiterhin wird als Maß für die Schwere der Erkrankung erhoben, wie gehäuft die Diagnose **Alkoholismus innerhalb der Familie** auftritt. Es ist gut belegt, dass es eine gewisse genetische Prädisposition für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit gibt (z.B. Kendler et al., 2003). Als weitere Variablen zur Bestimmung des Schweregrads bei Alkoholabhängigen werden in die o.g. Evaluationsstandards die Art und Häufigkeit der **Vorbehandlungen** mit einbezogen, wobei zwischen Entgiftungen (meist wenige Tage) und Entwöhnungen (meist bis zu 16 Wochen) unterschieden wird. Darüber hinaus gelten die Anzahl von **Rückfällen** in der Vergangenheit sowie die konsumierte **Reinmenge an Alkohol** pro Tag als Anhaltspunkte.

Aufgrund des vorangegangenen theoretischen Hintergrunds und klinischer Implikationen lässt sich folgende Fragestellung formulieren:

Fragestellung: Macht es für den eingeschätzten Therapieerfolg einen Unterschied wie schwer die Alkoholismuserkrankung ist (verschiedene Maße für Schweregrad)?
Welches Schweregradmaß zeigt die deutlichsten Unterschiede auf?

2. Methode

In der vorliegenden Arbeit sind 238 alkoholabhängige Männer im Rahmen ihres Aufenthaltes in einer stationären Entwöhnungsbehandlung untersucht worden. Alle Probanden waren Patienten der Hellweg Klinik in Oerlinghauen, eine Facheinrichtung für suchtkranke Menschen. Alle Probanden haben als Primärdiagnose eine Alkoholabhängigkeit erhalten und waren bei Studienbeginn nicht mehr entzückt. Zum Ende der ersten Woche ihres Aufenthaltes erhielten die Patienten Informationen über die Studie und haben u.a. einen Persönlichkeitsfragebogen ausgefüllt. Ein Teil der Stichprobe hat zur Mitte ihres Aufenthaltes und am Ende ihres Aufenthaltes erneut einen Persönlichkeitsfragebogen ausgefüllt, sowie eine Woche lang an einem täglich auszufüllenden Tagebuchverfahren teilgenommen, mithilfe dessen die state-Variablen der Persönlichkeit erfasst wurden. Jeder Patient hat für seine Studienteilnahme eine individuelle Auswertung erhalten. Im Anschluss an diese Auswertung wurden die Daten anonymisiert. Zur Erfassung des Therapieerfolgs wurde die Einschätzung des behandelnden Therapeuten aus dem Rehabericht anonymisiert und anhand festgelegter Rehadimensionen von vier Beurteilern – allesamt Psychologen in psychotherapeutischer Ausbildung – eingeschätzt. Eine Katamnese-Erhebung war angedacht, aber seitens der Klinik nicht möglich.

2.1. Stichprobenbeschreibung

An der Studie nahmen 238 Männer im Alter von 20 bis 65 Jahre während ihrer stationären Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation) teil. Alle Probanden waren Patienten einer einzigen Klinik. Die Patienten der erhobenen Stichprobe hatten im Mittelwert eine **Behandlungsdauer** von 16,32 Wochen. Dies entspricht der Regelbehandlungsdauer in der stationären Entwöhnungsbehandlung nach den Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung. Zu beachten ist die hohe Standardabweichung von 5,18 Wochen. 9,2% der Patienten befinden sich acht Wochen in der stationären Rehabilitation. Hierbei handelt es sich um Patienten, die bereits zum zweiten Mal in einer Entwöhnung sind. 8,4% der Patienten haben eine Behandlungsdauer von 20 Wochen. In diesem Fall handelt es sich um Patienten, die nach 16 Wochen eine Verlängerung der Therapiedauer von 4 Wochen in Anspruch genommen haben. 10,1% der Patienten nehmen 24 Wochen Behandlungsdauer in Anspruch. Dies sind jüngere Patienten (meist <30 Jahre alt), für die der Rentenversicherungsträger bei einer ersten Behandlung eine längere

Entwöhnungsbehandlungsdauer genehmigt. Der größte Teil (72,3%) befindet sich 16 Wochen in der stationären Rehabilitation.

Zu den **soziodemographischen Daten** der vorliegenden Stichprobe lässt sich zusammenfassend sagen, dass der durchschnittliche Patient dieser Studie zwischen 40 und 60 Jahre alt, ledig, allein lebend, deutsch und arbeitslos ist.

Detaillierte Informationen sind aus Tabelle 1 ersichtlich.

Tabelle 1. Soziodemographische Daten.

	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Alter		
20-40 Jahre	74	31
40-60 Jahre	154	64,7
über 60 Jahre	10	4,2
Schulabschluss		
Kein Schulabschluss	26	10,9
Hauptschule	123	51,7
Mittlere Reife	51	21,4
(Fach-)Abitur	38	16,0
Berufsgruppe		
keine Ausbildung	42	17,6
(einfache) Angestellte	184	77,3
Selbständige	7	2,9
Beamte	5	2,1
Erwerbsstatus		
In Arbeit	95	39,9
arbeitslos	131	55,0
(früh-)berentet	11	4,6
arbeitsunfähig	1	0,4
Wohnsitz		
wohnungslos	13	5,5
alleine	129	54,2
mit der eigenen Familie	65	27,3
bei der Herkunftsfamilie	20	8,4
bei Freunden / Verwandten	6	2,5
betreutes Wohnen	5	2,1
Staatsangehörigkeit		
Deutschland	237	99,6
Polen	1	0,4

Familienstand			
	ledig	110	46,2
	verheiratet	83	34,9
	geschieden	42	17,6
	verwitwet	3	1,3

Der durchschnittliche Proband dieser Studie lebt in keiner Partnerschaft und hat 1-2 Kinder, zu denen kein regelmäßiger Kontakt besteht. Weiterhin hat er regelmäßigen Kontakt zu seiner Herkunftsfamilie, hat zumeist gute Freunde und einen großen Bekanntenkreis. Detailliertere Informationen befinden sich in Tabelle 2.

Tabelle 2. Soziales Umfeld der Patienten.

	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Partnerschaft		
	vorhanden	106 44,5
	nicht vorhanden	132 55,5
Kinder		
	keine	104 43,7
	1-2	110 46,2
	3-4	21 8,8
	mehr als 4	3 1,3
Kontakt zur eigenen Familie		
	regelmäßig vorhanden	88 37
	nicht vorhanden	116 48,7
Kontakt zur Herkunftsfamilie		
	regelmäßig vorhanden	174 73,1
	nicht vorhanden	64 26,9
Vorhandensein guter Freunde		
	keine	56 23,5
	1-2	85 35,7
	3-4	68 28,6
	> 5	23 9,7
	>10	6 2,5
Vorhandensein guter Bekannte		
	keine	25 10,5

1-5	51	21,4
> 5	31	13
> 10	59	24,8
> 20	51	21,4
> 30	21	8,8

Etwa die Hälfte der Patienten belasten keine oder nur in sehr geringfügigem Maße **Schulden**, wohingegen die andere Hälfte der Patienten Schulden bis zu 100.000 € aufweist. 74,4% der alkoholabhängigen Patienten sind aktuell nicht vorbestraft, während 10,5% der Patienten eine Vorstrafe und 11,3% zwei oder mehr Vorstrafen aufweisen. Die Mehrheit von 79,8% der Männer waren bisher nicht inhaftiert. 9,2% Studienteilnehmer waren hingegen für wenige Tage, 8,4% für mehrere Monate und 2,5% für mehrere Jahre inhaftiert.

Tabelle 3. Rechtliche Schwierigkeiten

	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Schulden		
Keine	103	43,3
< 1.000 €	15	6,3
< 10.000 €	69	29
< 100.000 €	40	16,8
> 100.000 €	11	4,6
aktuelle Vorstrafen		
keine	177	74,4
1	25	10,5
2	15	6,3
3-4	12	5
> 4	9	3,8
Haft		
keine	190	79,8
wenige Tage	22	9,2
mehrere Monate	20	8,4
mehrere Jahre	6	2,5

Alle teilnehmenden Männer erfüllen die **Primärdiagnose einer Alkoholabhängigkeit** (F10.2). 59,7% haben komorbid eine Tabakabhängigkeit (F17.2). Die Diagnose einer weiteren komorbiden Abhängigkeitserkrankung (F1x.2) erfüllen 20,5%.

Ausschlusskriterien in der vorliegenden Studie sind (1) Patienten mit bestehender Entzugssymptomatik, (2) Patienten mit kognitiven und / oder sprachlichen Einschränkungen (z.B.

degenerative Hirnerkrankungen oder kaum Deutschkenntnisse), (3) eine Medikation, die die kognitive Leistungsfähigkeit und das eigene Befinden beeinträchtigt, (4) eine andere Primärdiagnose als Alkoholabhängigkeit.

63,9% der Patienten haben keine weitere, komorbide Achse-I-Störung. Eine Minderheit der Probanden weisen entweder eine (32,8%) oder zwei (3,4%) weitere Achse-I-Erkrankung(en) auf. 26,5 % der Patienten erfüllen komorbid die Diagnose eine depressiven Episode und 10,5% leiden unter Angststörungen. Die Verteilung anhand der Störungsbilder ist in Tabelle 4 dargestellt:

Tabelle 4. Weitere Achse-I-Störungen nach ICD-10.

	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Achse I Störungsbilder		
F2 (Schizophrenie, wahnhaft)	0	0
F3 (affektiv)	63	26,5
F4 (neurotisch, Belastung und somatoform)	25	10,5
F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Faktoren)	0	0
F9 (Beginn in der Kindheit)	5	2,1

7,1% der Patienten haben bei der Klinikaufnahme die Diagnose einer **Persönlichkeitsstörung** erhalten. Die Verteilung ist in Tabelle 5 dargestellt. An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass es in der Klinik im Erhebungszeitraum keine standardisierte Diagnostik und darüber hinaus keinen besonderen Fokus auf Persönlichkeitsstörungen gegeben hat.

Tabelle 5. Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10.

	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Achse II Störungsbilder		
F60.0 (paranoid)	0	0
F60.1 (schizoid)	0	0

F60.2 (dissozial)	1	0,4
F60.3 (emotional- instabil)	7	2,9
F60.4 (histrionisch)	0	0
F60.5 (anakastisch)	0	0
F60.6 (ängstlich- vermeidend)	0	0
F60.7 (abhängige)	2	0,8
F60.8 (sonstige, hier: narzisstisch)	4	1,7
F61.x (kombinierte)	2	0,8

Ergänzend zu den in der Klinik diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen werden im Ergebnisteil die Daten zu dem SKID-II Screening Fragebogen präsentiert (s. 3.1.1)

Einige **körperliche Erkrankungen** werden als Folge der Abhängigkeitserkrankung angesehen werden und sind in dieser Studie, angelehnt an die Evaluationsrichtlinien der DG Sucht mit aufgenommen worden. 56,7% der Patienten haben keine suchtspezifischen körperlichen Erkrankungen. 29,4% der Probanden haben eine, 10,5% zwei und 3,4 % drei körperliche Erkrankungen, die im Zusammenhang mit der Alkoholabhängigkeit stehen. Das Vorliegen dieser Krankheiten im Rahmen dieser Erhebung wird im Folgenden Tabelle 6 dargestellt:

Tabelle 6. Folgeerkrankungen Alkoholismus.

	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
kardiovaskulär		
Arterielle Hypertonie	64	26,9
Diabetes	17	7,1
Adipositas	18	7,6
suchtspezifisch		
Leberzirrhose	7	2,9
Fettleber	1	0,4
Hepatitis B	4	1,7
Hepatitis C	6	2,5
andere Hepatitis	0	0
Ösophagusvarizen	4	1,7
Gastritis	5	2,1
Pankreatitis	5	2,1
Tuberkulose	0	0
Kardiomyopathie	0	0

Endokarditits	0	0
Herzinsuffizienz	1	0,4
Nierenversagen	0	0
Aids	0	0
Kleinhirnataxie	0	0
Cerebrale Anfälle	0	0
Polyneuropathie	12	5
Chronische Abszesse	0	0
Hauterkrankungen	0	0
Schlechter Zahnzustand	0	0

In der vorliegenden Stichprobe ist eine **familiäre Häufung** von Alkoholkrankheiten zu beobachten. Bei 63,4% der Patienten ist mindestens ein weiteres Familienmitglied (bis zweiten Grades) ebenfalls von Alkoholismus betroffen. Bei 37,8% der Männer leidet der Vater an einer Alkoholabhängigkeit.

17,6% der alkoholkranken Männer haben bisher noch keine **Entgiftung** gemacht. Alle anderen Teilnehmer sind in ihrem Leben mindestens eine Entgiftung durchlaufen. 48,7% der Studienteilnehmer kamen direkt vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme aus einer Entgiftung. Für 62,6% der Patienten handelt es sich um die erste Rehabilitationsmaßnahme, die sie aufgrund ihrer Alkoholabhängigkeit besuchen. 27,3% der Patienten haben bereits zuvor in ihrem Leben eine ähnliche Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen.

63% der Patienten geben an pro Tag mehr als 300 mL **Reinalkohol** zu konsumieren. Dies entspricht z.B. 0,7 L Schnaps und 1 L Bier. Die restlichen 37% konsumieren mehr als 150 mL Reinalkohol (z.B. 1,5 L Wein) pro Tag (Alkoholangaben nach Feuerlein et al., 1999).

Ein Viertel der Patienten berichtet über einen **Suizidversuch** in der Vergangenheit. Akute Selbst- oder Fremdgefährdung liegt zum Zeitpunkt der Studiendurchführung bei keinem der Patienten vor.

2.2. Instruktion und Ablauf

Das Forschungsvorhaben wurde in der Hellweg-Klinik in Oerlinghausen durch die Klinikleitung genehmigt und allen Mitarbeitern im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung vorgestellt.

Weiterhin ist es durch die Deutsche Rentenversicherung Bund unter fachlichen, ethischen und datenschutzrechtlichen Aspekten geprüft und genehmigt worden.

Während einer wöchentlich stattfindenden Informationsveranstaltung wurden die neu aufgenommenen Patienten über die Studie informiert und erhielten eine Patienteninformation sowie ein Formular für die schriftliche Einwilligung in das Forschungsvorhaben.

Die Erhebung fand vom 18.07.2008 bis 25.09.2009 in der Hellweg Klinik in Oerlinghausen, einer Fachrehabilitationseinrichtung für Suchtmedizin, statt. In diesem Zeitraum wurden laut Aufnahmebüro der Klinik 471 Patienten aufgenommen und davon 403 Patienten regulär entlassen. 68 Patienten mussten in diesem Zeitraum aus medizinischen Gründen verlegt werden oder konnten aus anderen Gründen, z.B. Rückfälligkeit oder Therapieabbruch, nicht in dieser Klinik weiter behandelt werden. An dieser Studie nahmen 238 Patienten teil, was einer Teilnehmerquote von 50,5% entspricht.

Die Patienten wurden während ihrer ersten Woche nach Klinikaufnahme um die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie gebeten. Im Rahmen einer Gruppenstunde wurden sie ausführlich über das Vorhaben informiert und hatten Gelegenheit Fragen zu stellen. Da es sich um Patienten einer Rehabilitationseinrichtung handelte, waren alle Patienten bereits zu diesem Therapiezeitpunkt frei von akuter Entzugssymptomatik. Zum Ende dieser Informationsveranstaltung erhielten interessierte Patienten eine Patienteninformation mit ausführlichen Informationen zu der wissenschaftlichen Studie. Es wurde explizit darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der wissenschaftlichen Untersuchung freiwillig ist und eine Nicht-Teilnahme keine Auswirkungen auf den Therapieverlauf hat. Des Weiteren waren weder die Therapeuten noch das Stationspersonal in die Studie involviert und wurden nicht über die Teilnahme einzelner Patienten an der Studie informiert. Den Patienten wurde eine anonymisierte Datenauswertung zugesichert. Weitere Ausführungen zum Datenschutz finden sich im Datenschutzkonzept. Es gab keine Aufwandsvergütung. Der einzige Anreiz für die Patienten lag in einer individuellen Auswertung und Rückmeldung der persönlichen Testdaten, bevor diese für die weitere wissenschaftliche Verarbeitung anonymisiert wurden. Die Datenerhebung und individuellen Rückmeldungen an die teilnehmenden Patienten wurden ausschließlich von der Autorin durchgeführt.

In der vorliegenden Arbeit wurde neben dem Einsatz von Fragebögen, die retrospektiv das eigene Erleben erfassen, auf eine Methode des Ambulanten Assessments zurückgegriffen. Der Vorteil des Einsatzes einer *Experience Sampling Method* ist, dass dieses diagnostische Verfahren das Erleben und Verhalten von Personen in ihrer natürlichen Umgebung unmittelbar oder nur mit minimaler zeitlicher Verzögerung erfasst (Wilhelm & Perrez, 2008).

Die Patienten haben nach jeder Woche eine persönliche Auswertung ihres diarys und eine persönliche Rückmeldung in einem Einzeltermin erhalten. Dies diente zum einen der Motivation, an der Studie teilzunehmen, zum anderen als Realitätscheck, ob die Patienten das diary gewissenhaft ausgefüllt haben. Während dieses Termins wurde auch besprochen, wie sie das Ausfüllen des Tagebuchs empfunden haben, welches der beste und welches der schlechteste Tag war etc. Darüber hinaus wurden eventuelle Schwierigkeiten beim Ausfüllen besprochen.

Zwischen den wöchentlichen Terminen wurden Patienten durch die Autorin stichprobenartig angesprochen, um eine kontinuierliche Führung des diarys zu gewährleisten.

2.3. Messinstrumente und -verfahren

Teilnehmende Patienten erhielten ein Fragebogenpaket mit insgesamt acht Testverfahren. Das Ausfüllen dauerte insgesamt zwischen 80 und 120 Minuten. Aufgrund des hohen Umfangs wurden die Fragebögen in zwei Pakete unterteilt. Zwischen dem Ausfüllen der beiden Teile lagen maximal 5 Tage. Die für diese Studie relevanten Fragebögen werden im weiteren Verlauf dargestellt.

Das NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa & McCrae (**NEO-PI-R**, Ostendorf & Angleitner, 2004) erfasst die fünf Faktoren der Persönlichkeit. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit einer differenzierten Messung der fünf Hauptskalen, Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit durch insgesamt 30 Facetten.

Mit Hilfe des Screenings für das Strukturierte Klinische Interview für die Achse-II des DSM-IV (**SKID-II**, Wittchen et al., 1997) lassen sich erste Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ermitteln.

Im Rahmen der Einzeltermine sowie bei der Sichtung der Daten wurde deutlich, dass die Patienten die Formulierungen in den Fragebögen verstanden haben.

Während eines Einzeltermins mit der Autorin wurde der Behandlungsbedarf des Patienten in Anlehnung an den *European Addiction Severity Index* (EuropASI, Gsellhofer et al, 1999) erhoben. Das **EuropASI** ist ein international verbreitetes, gut überprüfetes, halb-standardisiertes Interview, mit dem der Behandlungsbedarf eines Suchtpatienten bestimmt werden kann (Scheurich et al., 2000; Weiler et al., 2000). Für diese Untersuchung wurden die sieben potentiellen Problembereiche eines suchtkranken Menschen jeweils verkürzt und von daher in Anlehnung an das EuropASI erfasst, da es für die vorliegende Untersuchung zum Einen zu umfangreich gewesen wäre das gesamte Interview durchzuführen und zum anderen ging es vordergründig um die einmalige Erfassung von Variablen wie Arbeits- und Unterhaltssituation, familiärer Hintergrund und soziale Beziehungen, rechtliche Situation, körperliche und psychische Diagnosen sowie Suchtverhalten (Alkohol und Drogen), um einen Überblick über Soziodemographie sowie den Behandlungsbedarf des Patienten zu erhalten. Dabei handelte es sich sowohl um allgemeine Angaben zur Person, wie z.B. das Alter, den Familienstand und den Umfang der Erwerbstätigkeit, sowie um Angaben zum bisherigen Krankheitsverlauf, wie z.B. der Anzahl bisheriger Entgiftungen und Entwöhnungen, die letzte Trinkmenge pro Tag und die längste Trockenphase.

Darüber hinaus wurden den Patienten auf Grundlage des NEO-PI-R ihr Persönlichkeitsprofil sowie die Ergebnisse der anderen Testverfahren zurückgemeldet. Jeder Patient hat ein **individuelles Persönlichkeitsprofil** auf Grundlage des NEO-PI-R rückgemeldet bekommen. Dieses war zum einen als Anreiz für die Patienten, zum anderen als Qualitätskontrolle gedacht. Nach klinischer Einschätzung konnten sich alle Patienten in ihrem Persönlichkeitsprofil wiederfinden und waren häufig über die treffsichere Benennung ihrer Eigenschaften beeindruckt. Dies legt die Schlussfolgerung nahe, dass die Patienten die Fragebögen sorgfältig ausgefüllt haben.

Zur Verlaufsmessung wurde eine **Experience-sampling-Methode** herangezogen. Die Patienten schätzen sich dazu täglich auf einer Skala von 30 Adjektiven ein. Mit dieser Adjektivliste wurden die fünf Faktoren der Persönlichkeit als *states* operationalisiert. Die Adjektivliste bildet die *traits* querschnittlich valide ab (Borkenau & Ostendorf, 1998).

Tabelle 7. Adjektivliste von Borkenau & Ostendorf (1998) zur querschnittlichen Abbildung von traits

DOMÄNEN	NEUROTIZISMUS	EXTRAVERSION	OFFENHEIT	VERTRÄGLICHKEIT	GEWISSENHAFTIGKEIT
FACETTEN	entspannt - angespannt	gemächlich – lebhaft	fantasielos - fantasievoll	unbarmherzig – sanftmütig	undiszipliniert – diszipliniert
	gereizt - ausgeglichen	ausgelassen – gezügelt	poetisch – unpoetisch	gutherzig – hartherzig	motiviert – unmotiviert
	sicher - unsicher	reserviert – herzlich	einfallsarm – einfallsreich	unnachsichtig – nachsichtig	unsystematisch – systematisch
	labil – stabil	redselig – schweigsam	ideenreich – ideenarm	entgegenkommend - kompromisslos	effektiv – ineffektiv
	unbesorgt - besorgt	zurückgezogen – kontaktfreudig	unkünstlerlich - künstlerisch	egoistisch – selbstlos	unbedacht – überlegt
	impulsiv – selbst beherrscht	risikofreudig - risikovermeidend	gefühlvoll - gefühlarm	grundehrlich - unehrlich	verantwortungsbewusst - verantwortungslos

Es gab insgesamt **drei Erhebungszeitpunkte** für die Verlaufsmessung:

1. Beginn der Therapie (2. Aufenthaltswoche)
2. Mitte der Therapie (8. Aufenthaltswoche)
3. Abschluss der Therapie (bei den meisten Patienten 16. Therapiewoche)

Zum 2. und 3. Erhebungszeitraum füllten die Patienten zusätzlich das NEO-Fünf Faktoren Inventar (**NEO-FFI**, Borkenau & Ostendorf, 2008) aus. Hierbei handelt es sich um eine Kurzfassung des oben beschriebenen NEO-PI-R. Alle Patienten, die an der **Verlaufsmessung** teilnahmen, erhielten nach jeder Verlaufsmessung eine individuelle Rückmeldung.

Für die Einschätzung des **Therapieerfolgs** wurden die Therapieergebnisse von Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung operationalisiert. Der Erfolg der Therapie bezieht sich ausschließlich auf die Diagnose der Alkoholabhängigkeit und nicht auf komorbide Störungen.

Die einzelnen Therapieergebnisse wurden von verschiedenen Therapeuten der Hellweg-Klinik beschrieben. Wichtig anzumerken ist, dass die Therapieergebnisse sehr individuell verfasst worden sind, da es keine standardisierten Vorgaben der Klinik gab. Dies erschwert für die Beurteiler die Einschätzung des Therapieerfolgs. Die Therapeuten wurden daher als Variable in die statistische Auswertung aufgenommen und können so bei der Auswertung statistisch kontrolliert werden, um deren individuelle Einflüsse so gering wie möglich zu halten.

Die 238 Therapieergebnisse wurden kodiert, so dass kein Rückschluss auf einzelne Personen möglich war, und durch vier verschiedene Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung anhand folgender Kriterien eingeschätzt:

Die **Einschätzung der Therapieergebnisse** erfolgte neben einer allgemeinen Einschätzung der Beurteiler auf Grundlage der Rehadimensionen im Suchtbereich (Forschungsbericht Institut für Suchtforschung, Zürich, 1998). Die drei Dimensionen sind: externale Veränderung, intrapsychische Veränderung sowie gesundheitliche Veränderungen. Mit externalen Veränderungen sind insbesondere die Veränderung von sozialen Strukturen während der Therapie gemeint. Hat sich die berufliche oder familiäre Situation des Patienten während der Therapie verändert? Wie hat sich sowohl das private als auch professionelle Netzwerk – im Sinne von Psychotherapeut, Sozialarbeiter, Suchtberater – verändert? Haben sich finanzielle und / oder rechtliche Schwierigkeiten klären lassen?

In der Dimension intrapsychische Veränderungen geht es insbesondere darum, ob der Patient im Laufe der Therapie krankheitseinsichtig und abstinenzmotiviert geworden ist. Möchte er zukünftig ein suchtmittelfreies Leben führen? Konnte sein Selbstwertgefühl gesteigert sowie *Coping* Strategien zum Umgang mit Risikosituationen erlernt werden?

Die dritte Dimension gesundheitliche Veränderungen bezieht sich ausschließlich auf somatische Veränderungen im Laufe der Therapie.

Alle Beurteiler haben sowohl mündlich als auch schriftlich Erläuterungen zu der inhaltlichen Ausgestaltung der drei Rehadimensionen erhalten, bevor sie den Therapieerfolg anhand der Therapieergebnisse eingeschätzt haben.

Die Einschätzung des Therapieerfolgs durch die vier Beurteiler erfolgte anhand einer vierstufigen Skala (stark verschlechtert – etwas verschlechtert – gleichgeblieben – etwas verbessert – stark verbessert). Jede Dimension wurde einzeln eingeschätzt. Die Beurteilungen wurden so kodiert, dass bei einer Summenbildung eine größere Zahl gleichbedeutend mit einem größeren Therapieerfolg ist.

Als letztendliches **Maß für den eingeschätzten Therapieerfolg** zum Ende der Therapie wird die Summe der Einschätzung auf den vier Dimensionen herangezogen. Da es mehr als zwei Beobachter und mehrere Beobachtungsobjekte gibt, wird zur Bestimmung der Interrater-

Reliabilität als Maß der Intraklassenkoeffizient (ICC, z.B. Asendorpf & Wallbott, 1979, Wirtz & Caspar, 2002) herangezogen. Es wurde in SPSS das *two-way-mixed*-Modell berechnet, da jeder Fall von allen Ratern eingeschätzt wird, aber die Rater nicht zufällig ausgewählt wurden (Shrout & Fleiss, 1979). In der vorliegenden Stichprobe errechnet sich so ein ICC von 0,707. In der Literatur werden Intraklasskorrelationen von 0,7 (z.B. Greve & Wentura, 1996) als gut angesehen. Andere Autoren wie Meili & Steingrüber (1978) gehen erst ab Werten >0,9 von einer ausreichenden Reliabilität aus. Insgesamt kann in dieser Stichprobe also davon ausgegangen werden, dass die Interrater-Reliabilität für den eingeschätzten Therapieerfolg der Patienten ausreichend ist.

Eine **Katamnese** zur Validierung des Therapieerfolgs nach 6 Monaten und / oder einem Jahr konnte nicht erhoben werden.

3. Ergebnisse

3.1. Die Persönlichkeit von alkoholabhängigen Menschen

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Persönlichkeit von alkoholabhängigen Menschen dargestellt. Zunächst geht es um die Ausprägung der fünf Faktoren der Persönlichkeit (und ihrer Facetten) bei alkoholabhängigen Patienten. Im weiteren Verlauf geht es um die Frage, wie spezifisch dieses Profil für die Gruppe der Alkoholabhängigen ist, und ob es trennbar von einer Vergleichsgruppe aus der Allgemeinbevölkerung ist. Abschließend geht es um die Komorbiditätsrate von Alkoholismus und Persönlichkeitsstörung.

3.1.1. Ausprägung fünf Faktoren der Persönlichkeit bei alkoholabhängigen Menschen

Hypothese: Aufgrund der Literatur ist anzunehmen, dass alkoholabhängige Männer hohe Werte auf den Faktoren Neurotizismus und Extraversion und niedrige Werte bei Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit erreichen. Insbesondere die Facetten Impulsivität, *sensation seeking* (hohe Werte bei Erlebnishunger), Aggressivität (niedrige Werte bei Entgegenkommen und hohe Werte bei Reizbarkeit) und Feindseligkeit (geringe Werte bei Vertrauen) sollten besonders hervortreten.

Es wurde ein durchschnittliches Persönlichkeitsprofil für jeden der 238 Probanden anhand des NEO-PI-R erstellt. Die Daten sind geschlechts- und altersentsprechend normiert worden, bevor sie in die Analysen eingegangen sind.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Mittelwerte und Standardabweichungen in den einzelnen Domänen und Facetten des NEO-PI-R über alle Probanden hinweg:

Tabelle 8. NEO-PI-R: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Stichprobe

<i>Domäne / Facette</i>	<i>Mittelwert (Standardabweichung)</i>	<i>Range des Profils der Normstichprobe</i>
<i>Neurotizismus</i>	100,71 (± 23,34)	73-91
<i>Ängstlichkeit</i>	18 (± 5,12)	12-17
<i>Reizbarkeit</i>	16,08 (± 4,59)	12-16
<i>Depression</i>	17,7 (± 6,14)	10-15
<i>Soziale Befangenheit</i>	17,35 (± 4,64)	13-17
<i>Impulsivität</i>	16,21 (± 3,31)	13-17
<i>Extraversion</i>	99,85 (± 17,49)	95-115
<i>Verletzlichkeit</i>	15,34 (± 5,02)	9-13
<i>Herzlichkeit</i>	19,22 (± 3,78)	19-22
<i>Geselligkeit</i>	15,72 (± 4,82)	14-19
<i>Durchsetzungsfähigkeit</i>	14,21 (± 4,43)	14-19
<i>Aktivität</i>	16,99 (± 3,78)	16-20
<i>Erlebnishunger</i>	16,5 (± 4,5)	12-18
<i>Frohsinn</i>	17,14 (± 4,7)	17-21
<i>Offenheit für Erfahrungen</i>	102,87 (± 17,85)	101-122
<i>Offenheit für Phantasie</i>	16,51 (± 4,52)	15-20
<i>Offenheit für Ästhetik</i>	17,1 (± 5,19)	17-22
<i>Offenheit für Gefühle</i>	19,08 (± 4,25)	19-23
<i>Offenheit für Handlungen</i>	15,24 (± 3,79)	13-18
<i>Offenheit für Ideen</i>	16,91 (± 4,91)	17-22
<i>Offenheit des Normen- und Wertesystems</i>	18,03 (± 3,17)	18-21
<i>Verträglichkeit</i>	111,45 (± 13,84)	105-122
<i>Vertrauen</i>	15,72 (± 4,21)	16-20
<i>Freimütigkeit</i>	17,93 (± 3,96)	16-20
<i>Altruismus</i>	21,32 (± 3,72)	20-23
<i>Entgegenkommen</i>	16,75 (± 3,8)	15-18
<i>Bescheidenheit</i>	18,68 (± 3,61)	16-20
<i>Gutherzigkeit</i>	21,02 (± 3,13)	20-22
<i>Gewissenhaftigkeit</i>	108,53 (± 20,06)	110-129
<i>Kompetenz</i>	17,87 (± 3,98)	20-22
<i>Ordnungsliebe</i>	18,53 (± 4,04)	17-21
<i>Pflichtbewusstsein</i>	20,85 (± 4,21)	21-24
<i>Leistungsstreben</i>	17,84 (± 4,16)	17-21
<i>Selbstdisziplin</i>	17,58 (± 5,19)	18-22
<i>Besonnenheit</i>	15,85 (± 4,44)	16-20

Insbesondere die Facetten Ängstlichkeit, Depression und Verletzlichkeit liegen im Vergleich mit der repräsentativen Normstichprobe der Männer über dem Durchschnitt. Entgegen der Hypothese sind die Werte auf dem Faktor Extraversion eher durchschnittlich ausgeprägt. Lediglich die Facette Erlebnishunger ist hoch ausgeprägt. Der Faktor Offenheit für Erfahrungen ist durchschnittlich ausgeprägt. Der Faktor Verträglichkeit ist insgesamt durchschnittlich ausgeprägt. Auffällig ist insbesondere die Facette Vertrauen, die niedrigere Werte aufweist. Auf dem Faktor Gewissenhaftigkeit sind die Werte, wie erwartet, eher niedrig ausgeprägt. Hier zeigen sich insbesondere in den Facetten Kompetenz und Selbstdisziplin niedrige Werte. Die erwarteten Ergebnisse für die Facetten Impulsivität, Entgegenkommen und Reizbarkeit lassen sich nicht bestätigen.

3.1.2 Spezifität des Persönlichkeitsprofils von Alkoholabhängigen im Vergleich zu Menschen aus der Normalbevölkerung

Hypothese: Die Gruppe der Alkoholiker lässt sich anhand des Persönlichkeitsprofils von den Menschen aus der Allgemeinbevölkerung trennen.

Um Unterschiede zwischen den Persönlichkeitseigenschaften von Alkoholabhängigen und der Normalbevölkerung sichtbar zu machen, wurde eine logistische Regression gerechnet. Diese lässt eine Prognose über die Wahrscheinlichkeit einer Gruppenzugehörigkeit zu. In die logistische Regression sind die Persönlichkeitsprofile der vorliegenden Stichprobe sowie die Persönlichkeitsprofile von 5262 Männern aus der Allgemeinbevölkerung eingegangen. Diese 5262 Profile entstammen der Normstichprobe für den NEO-PI-R (Ostendorf und Angleitner, 2004), die von Dr. Fritz Ostendorf, für diese Zwecke freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurden. Die beiden Stichproben wurden entsprechend kodiert, um im weiteren Verlauf die Trennkraft bzw. den Einfluss verschiedener Variablen überprüfen zu können.

Der Omnibustest der Modellkoeffizienten ist signifikant, so dass eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Grundgesamtheit gegeben ist. Der -2LogLikelihood Wert ist mit 1318,2 relativ hoch und beschreibt eine noch durchaus hohe Abweichung vom Idealfall. Aus Nagelkerkes R Quadrat wird deutlich, dass 35,8% der Varianz der AV, also die Trennkraft der Gruppen, durch die

unabhängigen Variablen erklärt werden können. Dies ist ein akzeptabler Wert. Die ausgewählten Variablen tragen also zur Trennung der Gruppen bei, allerdings kann kein maximaler Fit erreicht werden.

Anhand der Wald-Statistik wird in Tabelle 9 der Einfluss der einzelnen Variablen zur Trennung der beiden Gruppen deutlich.

Tabelle 9. Wald-Statistik mit Signifikanztestung zum Beitrag der UV zur Trennung der Gruppen.

	Signifikanz	Exp (B) → odd ratios
Alter	0,000	1,038
Schulbildung (Abschluss / kein Abschluss)	0,000	0,581
Familienstand (verheiratet / nicht verheiratet)	0,039	0,683
Neurotizismus	0,000	1,035
Extraversion	0,000	1,013
Offenheit für Erfahrungen	0,000	0,977
Verträglichkeit	0,363	
Gewissenhaftigkeit	0,892	

Bei der logistischen Regression können die Regressionskoeffizienten b nicht wie bei der Regression interpretiert werden, da kein linearer Zusammenhang besteht. Aus diesem Grund wurden die *odd ratios* berechnet, die genauer Auskunft über den Einfluss der einzelnen unabhängigen Variablen geben können. Bei den *odd ratios* wird der Quotient aus zwei odds gebildet und diese somit ins Verhältnis zueinander gesetzt. Je größer die *odd ratio*, desto größer ist der Einfluss der entsprechenden Variable.

Es zeigt sich, dass sowohl die Variablen Alter, Schulbildung, Familienstand, Neurotizismus, Extraversion und Offenheit für Erfahrungen signifikant zur Trennung der Gruppen beitragen. Schulbildung und Familienstand haben den größten Effekt. Die Persönlichkeitsvariablen haben zwar einen signifikanten Einfluss, tragen aber wenig zur Varianzaufklärung bei.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die ausgewählten Variablen einen Unterschied zwischen der Gruppe der Alkoholiker und der Normalbevölkerung beschreiben. Allerdings ist dieser nicht besonders groß ist und führt insgesamt nicht zu einer optimalen Trennung der Gruppen.

3.1.3 Komorbidität von Alkoholismus und Persönlichkeitsstörung

Hypothese: Es lassen sich Hinweise finden, dass Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die Borderline- und antisoziale Persönlichkeitsstörung, in der Gruppe der alkoholabhängigen Männer gehäuft komorbid auftreten.

Um Hinweise auf die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen in der Gruppe der alkoholabhängigen Männer zu erhalten, wurde der SKID-II Fragebogen (n=231) ausgewertet. Dieses Selbstbeurteilungsinstrument bietet in der klinischen Praxis erste Anhaltspunkte für das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen. Wird bei der entsprechenden Persönlichkeitsstörung ein *Cut Off*-Wert überschritten, so muss zu dieser Kategorie ein strukturiertes Interview durchgeführt werden, um eine Diagnose stellen zu können. Insgesamt ist der Fragebogen eher zu sensitiv und es ist wahrscheinlich durch eine reine Fragebogenmessung einige falsch-positive Kategorisierungen zu erhalten.

In

Tabelle 10 sind die Ergebnisse des SKID-II Fragebogens sowie die dazugehörigen *Cut-off* Werte dargestellt. Die Mittelwerte erfassen die durchschnittliche Anzahl von Fragen, die zu der spezifischen Persönlichkeitsstörung bejaht wurden. Der *Cut Off* beschreibt die Anzahl an Kriterien (Fragen), die erfüllt sein müssen, damit im Anschluss an das Screening hierzu das strukturierte Interview durchgeführt wird.

Tabelle 10. Ergebnisse SKID-II Fragebogen.

	M	SD	Cut Off (x Fragen bejaht)	Prozentsatz an Personen, die den Cut- Off überschreiten
SKID-II Fragebogen, Persönlichkeitsstörungen				
Selbstunsichere	2,65	1,94	4	34,6%
Dependente	2,44	1,77	5	13,4%
Zwanghafte	3,79	1,96	4	52,4%
Negativistische	2,64	1,98	4	32,1%
Depressive	2,82	2,31	5	26,8%
Paranoide	3,37	2,16	4	44,6%
Schizotypische	2,60	2,21	5	18,2%
Schizoide	2,03	1,58	4	18,2%
Histrionische	1,77	1,55	5	6,1%
Narzisstische	3,75	2,66	5	34,2%
Borderline	5,11	3,39	5	40,7%
Antisoziale	2,99	3,19	3	32,0 %

Wie aus Tabelle 10 ersichtlich, überschreitet lediglich die Kategorie der Borderline-Persönlichkeitsstörung den *Cut Off*-Wert. Hier ergeben sich erste Hinweise darauf, dass diese Persönlichkeitsstörung in der vorliegenden Stichprobe vermehrt vorkommen könnte. Dies müsste durch das SKID-II-Interview validiert werden. Weiterhin unterschreitet die Kategorie der antisozialen Persönlichkeitsstörung lediglich um 0,1 den *Cut-Off*-Wert. Aufgrund der Schwere der Erkrankung und des niedrig angesetzten *Cut Off*-wertes erscheint auch in dieser Kategorie eine weitere Befragung sinnvoll. Auffallend ist die deutlich höhere Standardabweichung bei der Kategorie der Borderline sowie bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu allen weiteren Persönlichkeitsstörungen.

Die insgesamt **hohen Standardabweichungen** sind zudem ein Hinweis darauf, dass durch die Bildung der Mittelwerte für die Gesamtheit der Stichprobe, Überschreitungen der *Cut Off*-Werte auf der Individualebene verloren gehen. Aus diesem Grund wurde die *Cut-Off*-Überschreitung für jede einzelne Versuchsperson berechnet und dann die Prozentzahl berechnet, der Leute, die den Cut Off Wert überschreiten, um möglicherweise verdeckte Effekte sichtbar zu machen. Hierbei

zeigt sich, dass 52,4% der Patienten den *Cut Off*-Wert für die zwanghafte Persönlichkeitsstörung überschreiten. Auch den *Cut Off* für die paranoide Persönlichkeitsstörung erreichen 44,6% und für die Borderline-Persönlichkeitsstörung 40,7% der alkoholabhängigen Männern. Insgesamt wird eine deutliche Häufung der verschiedenen *Cut-Off*-Überschreitungen deutlich.

3.2 Therapieverlauf: Wie verändert sich das Persönlichkeitsprofil von alkoholabhängigen Männern im Rahmen einer stationären Rehabilitation?

3.2.1. Trait-Ebene: Veränderung des Persönlichkeitsprofils im Therapieverlauf

Hypothese: Das Persönlichkeitsprofil von alkoholabhängigen Patienten unterliegt im Rahmen einer stationären Entwöhnungstherapie positiven Veränderungsprozessen. Zu erwarten ist eine Abnahme von Neurotizismus und eine Zunahme von (Extraversion), Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit.

Um zu testen, ob das Persönlichkeitsprofil von alkoholabhängigen Männern im Rahmen einer stationären Entwöhnungstherapie positiven Veränderungsprozessen unterliegt, wurde eine **Varianzanalyse mit Messwiederholung** gerechnet. Dafür gab es den Faktor Zeit mit 3 Stufen (Beginn, Mitte und Ende der Therapie) und den Faktor Persönlichkeits-Domänen mit 5 Stufen (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit). Die Patienten haben zu Beginn der Therapie den NEO-PI-R und zum Mitte und Ende der Therapie den NEO-FFI bearbeitet. Um die Daten vergleichbar zu machen, wurden die Domänen aus dem NEO-PI-R in den NEO-FFI überführt.

Aus den drei Messzeitpunkten ergibt sich folgende **deskriptive Statistik** zur Veränderung des Persönlichkeitsprofils im Laufe der Therapie:

Tabelle 11. Trait-Veränderungen im Therapieverlauf.

	Therapiebeginn M (SD)	Therapiemitte M (SD)	Therapieende M (SD)
Neurotizismus	27,58 (7,13)	25,07 (7,94)	23,48 (9,21)
Extraversion	24,33 (5,81)	25,55 (6,53)	27,50 (6,46)
Offenheit für Erfahrungen	25,71 (7,09)	26,50 (7,41)	27,33 (7,64)
Verträglichkeit	29,06 (4,83)	29,00 (4,60)	29,67 (5,38)
Gewissenhaftigkeit	30,16 (7,56)	31,24 (7,45)	32,40 (8,09)

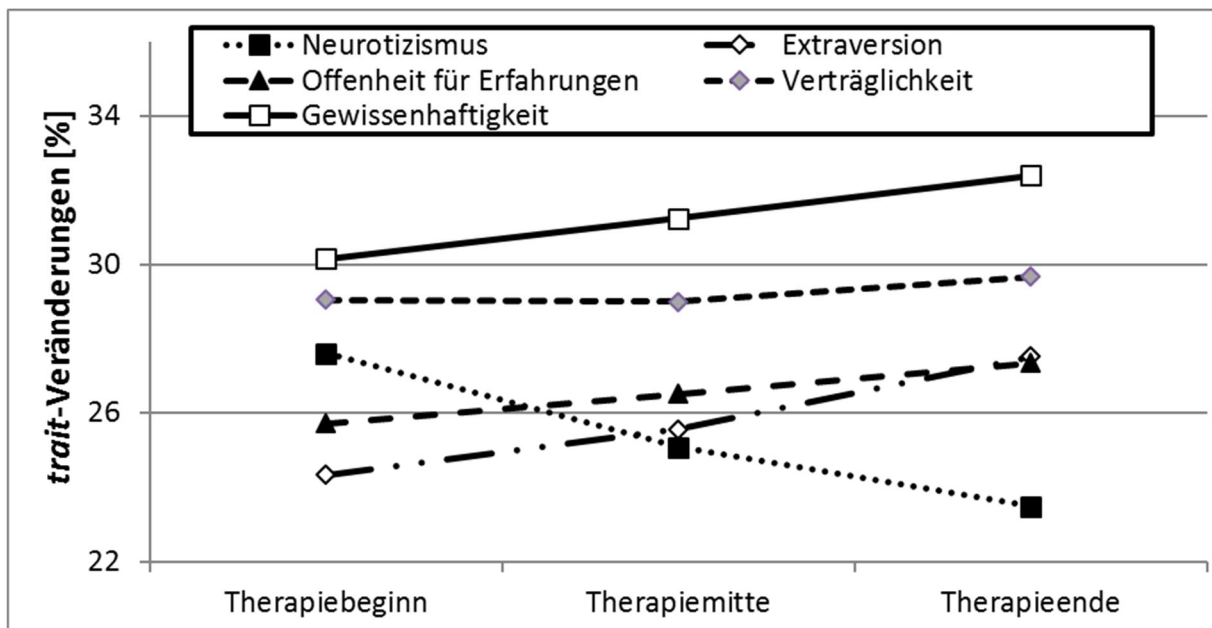


Abbildung 1: trait-Veränderungen im Therapieverlauf

Der **Mauchly-Test auf Sphärizität** ist für die Faktoren und den Interaktionseffekt signifikant, so dass die Sphärizität verletzt ist. Es könnte aber auch sein, dass der Test aufgrund der kleinen Stichprobengröße ($n=42$) signifikant geworden ist. Bei der Interpretation der Ergebnisse werden aufgrund dessen im Folgenden die Ergebnisse der Greenhouse-Geisser-Korrektur berichtet. Diese korrigiert die Freiheitsgrade und versucht so die verringerte Teststärke der Varianzanalyse auszugleichen.

In dieser zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung ist zunächst der **Interaktionseffekt aus Zeit * Domänen** interessant, um herauszufinden, ob es einen Effekt über die Zeit in den verschiedenen Persönlichkeitsdomänen gibt. Auch nach der Greenhouse-Geisser-Korrektur ist die Varianzanalyse signifikant $F(4,5)$, $p = .00$. Ebenso der als konservativer geltende

Hotelling-Spur Test ist signifikant ($p < .023$). Auch die Haupteffekte für die Zeit ($F(1,97)$, $p = .04$) als auch für die Domänen $F(2,5)$, $p = .00$ sind signifikant.

Aus diesem Grund werden im Weiteren **für jede Persönlichkeitsdomäne einfache Varianzanalysen mit Messwiederholung** gerechnet, um den zunächst berechneten *overall*-Effekt genauer zu differenzieren. Auch hier wurde, soweit erforderlich, die Greenhouse-Geisser Korrektur angewandt.

Tabelle 12. Ergebnisse einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die einzelnen Domänen auf *trait*-Ebene.

	Signifikanz	Bonferroni korrigiert ($p < .01$)	Effektstärke (Eta ²)
Neurotizismus	0,000	x	0,218
Extraversion	0,000	x	0,223
Offenheit für Erfahrungen	0,038		0,077
Verträglichkeit	0,723		0,017
Gewissenhaftigkeit	0,028		0,088

Es ergeben sich für die einzelnen Faktoren folgende Ergebnisse: Neurotizismus $F(1,64)$, $p = .00$, Extraversion $F(1,84)$, $p = .00$, Offenheit für Erfahrungen $F(1,78)$, $p = .03$, Verträglichkeit $F(1,71)$, $p = .072$ und Gewissenhaftigkeit $F(1,64)$, $p = .03$.

Um eine Erhöhung des alpha-Fehlers durch mehrfaches Testen in derselben Stichprobe zu vermeiden, werden diese Ergebnisse nach Bonferroni alpha-adjustiert. Bei fünf Messungen und einem angenommenen Signifikanzniveau von 0,05 ergibt sich ein korrigiertes Signifikanzniveau von 0,01. Bei Annahme dieses Signifikanzniveaus sind nur noch die Ergebnisse für Neurotizismus und Extraversion signifikant (s. Tabelle 12). Wie aus Tabelle 12 ersichtlich, ist die **Effektstärke für Neurotizismus und Extraversion** deutlich höher als für die anderen Variablen. Während diese beiden Domänen jeweils über 20% zur proportionalen Fehlerreduktion bei der Vorhersage der abhängigen Variable beitragen können, reduziert sich dies bei Offenheit für Erfahrungen und Gewissenhaftigkeit auf 7,7% bzw. 8,8%.

3.2.2. State-Ebene: Veränderung des Persönlichkeitsprofils im Therapieverlauf

Hypothese: Da Veränderungen in den *traits* über *states* durch ein Habituierten von bestimmten Verhaltensweisen vermittelt werden, zeigen sich Veränderungen im Persönlichkeitsprofil auf *state*-Ebene früher und ausgeprägter als auf *trait*-Ebene.

Analog zur *trait*-Ebene werden im Folgenden die Persönlichkeitsveränderungen im Therapieverlauf auf *state*-Ebene berechnet. Hierzu wurden die Adjektivlisten jeweils einer Woche gemittelt, geordnet anhand der Persönlichkeitsfaktoren.

Aus den drei Messzeitpunkten ergibt sich folgende deskriptive Statistik zur Veränderung des Persönlichkeitsprofils im Laufe der Therapie. Hierzu wurde jeweils über eine Woche, über die Adjektive ein Mittelwert gebildet:

Tabelle 13. State-Veränderungen im Therapieverlauf

	Therapiebeginn M (SD)	Therapiemitte M (SD)	Therapieende M (SD)
Neurotizismus	1,56 (0,46)	1,49 (0,50)	1,23 (0,69)
Extraversion	1,98 (0,39)	2,16 (0,47)	2,43 (0,53)
Offenheit für Erfahrungen	1,91 (0,49)	2,19 (0,59)	2,43 (0,57)
Verträglichkeit	2,54 (0,40)	2,55 (0,49)	2,76 (0,57)
Gewissenhaftigkeit	2,55 (0,33)	2,56 (0,44)	2,81 (0,52)

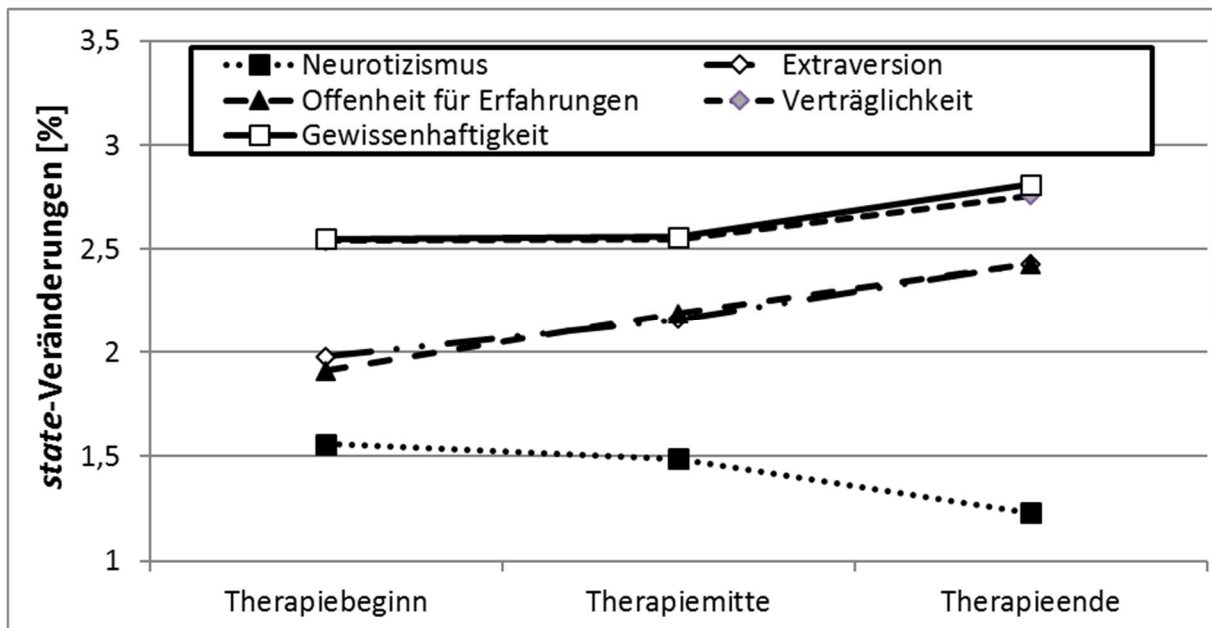


Abbildung 2: state-Veränderungen im Therapieverlauf

Auch hierzu wird zunächst eine zweifache Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet, um die Effekte der Faktoren „Messzeitpunkt“ und „Persönlichkeitsbereich“ zu bestimmen. Sowohl der Haupteffekt des Messzeitpunktes $F(1,97), p=.00$ und der Haupteffekt des Persönlichkeitsbereiches $F(1,93), p=.00$ als auch der Interaktionseffekt $F(3,61), p=.00$ sind signifikant.

Der Mauchly-Test auf Sphärität ist für die Faktoren und den Interaktionseffekt signifikant, so dass die Sphärität verletzt ist. Es könnte aber auch sein, dass der Test aufgrund der kleinen Stichprobengröße ($n=42$) signifikant geworden ist. Bei der Interpretation der Ergebnisse werden aufgrund dessen im Folgenden die Ergebnisse der Greenhouse-Geisser-Korrektur berichtet. Diese korrigiert die Freiheitsgrade und versucht so die verringerte Teststärke der Varianzanalyse auszugleichen.

In dieser zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung ist zunächst der Interaktionseffekt aus Zeit * Domänen interessant, um herauszufinden, ob es einen Effekt über die Zeit in den verschiedenen Persönlichkeitsdomänen gibt. Auch nach der Greenhouse-Geisser-Korrektur ist die Varianzanalyse signifikant ($p < .000$). Ebenso der als konservativer geltende Hotelling-Spur Test ist signifikant ($p < .000$).

Aus diesem Grund werden im Weiteren für jede Persönlichkeitsdomäne einfache Varianzanalysen mit Messwiederholung gerechnet, um den zunächst berechneten *overall*-Effekt genauer zu differenzieren. Auch hier wurde, soweit erforderlich, die Greenhouse-Geisser Korrektur angewandt.

Tabelle 14. Einfaktorielle Varianzanalysen für die einzelnen Domänen im Therapieverlauf auf state-Ebene.

	Signifikanz	Bonferroni korrigiert ($p < .01$)	Effektstärke (Eta ²)
Neurotizismus	0,001	x	0,199
Extraversion	0,000	x	0,421
Offenheit für Erfahrungen	0,000	x	0,498
Verträglichkeit	0,001	x	0,184
Gewissenhaftigkeit	0,000	x	0,258

Es ergeben sich für die einzelnen Faktoren folgende Ergebnisse: Neurotizismus $F(1,54), p=.00$, Extraversion $F(1,76), p=.00$, Offenheit für Erfahrungen $F(1,65), p=.00$, Verträglichkeit $F(1,94), p=.00$ und Gewissenhaftigkeit $F(1,91), p=.00$.

Um eine Erhöhung des alpha-Fehlers durch mehrfaches Testen in derselben Stichprobe zu vermeiden, werden diese Ergebnisse nach Bonferroni alpha-adjustiert. Bei fünf Messungen und einem angenommenen Signifikanzniveau von 0,05 ergibt sich ein korrigiertes Signifikanzniveau von 0,01. Bei Annahme dieses Signifikanzniveaus sind weiterhin die Ergebnisse für alle Domänen signifikant (s. Tabelle 14).

Wie in Tabelle 14 ersichtlich wird, ist die Effektstärke Extraversion und Offenheit für Erfahrungen deutlich höher als für die anderen Variablen. Während diese beiden Domänen jeweils 42,1% bzw. 49,8% zur proportionalen Fehlerreduktion bei der Vorhersage der abhängigen Variable beitragen können, reduziert sich dies bei Neurotizismus auf 19,9%, Verträglichkeit 18,4% und Gewissenhaftigkeit 25,8%.

3.3 Einfluss des Schweregrads der Alkoholabhängigkeit auf den eingeschätzten Therapieerfolg

Fragestellung: Macht es für den eingeschätzten Therapieerfolg einen Unterschied wie schwer die Alkoholismuserkrankung ist (verschiedene Maße für Schweregrad)? Welches Schweregradmaß ist dafür am Besten geeignet?

Es wurden folgende Variablen als Schweregradmaße ausgewählt und erhoben:

- Anzahl suchtspezifischer Diagnosen
- Anzahl suchtspezifischer somatischer Folgeerkrankungen
- Anzahl alkoholkranker Familienmitglieder
- Anzahl vorheriger Entgiftungen (meist kurzer Krankenhausaufenthalt)
- Anzahl vorheriger Entwöhnungen (mehrere Wochen Therapie, Rehamaßnahme)
- Höhe des Konsums, gemessen zur Vergleichbarkeit in Reinalkohol

Diese Schweregradmaße gehen als unabhängige Variable in eine Regressionsanalyse ein, mit dem Ziel herauszufinden, wie groß der Einfluss dieser Maße auf den eingeschätzten Therapieerfolg (abhängige Variable) ist.

Der eingeschätzte Therapieerfolg weist eine gute Interrater-Reliabilität auf (alpha .71.) und statistisch lässt sich aus den Beurteilungen auch nur ein sinnvoller Faktor bestimmen, so dass der Therapieerfolg valide erfasst worden ist (s. auch 2.1).

Die verschiedenen Schweregradmaße können gemeinsam 0,04% ($R^2 = 0,04$) der Varianz des eingeschätzten Therapieerfolgs aufklären.

Tabelle 15: Einfluss der UV auf die AV.

<i>Modell</i>	<i>Quadratsumme</i>	<i>df</i>	<i>Mittel der Quadrate</i>	<i>F</i>	<i>Signifikanz</i>
<i>Regression</i>	1504,14	6	250,69	1,59	0,15
<i>Nicht standardisierte Residuen</i>	36421,70	231	157,67		
<i>Gesamt</i>	37925,85	237			

Wie aus Tabelle 15 ersichtlich, haben die Schweregradmaße insgesamt keinen signifikanten Einfluss auf den eingeschätzten Therapieerfolg ($p = 0,151$).

Auch die einzelnen Schweregradmaße können keine signifikante Varianz von der abhängigen Variable, eingeschätzter Therapieerfolg, aufklären (s. Tabelle 16).

Tabelle 16: Einfluss der einzelnen UV auf den eingeschätzten Therapieerfolg.

	<i>Regressionskoeffizient B</i>	<i>Standardfehler</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>Signifikanz</i>
<i>Anzahl suchtspezifischer Diagnosen</i>	-3,56	1,48	-0,16	-2,40	0,04
<i>Anzahl suchtspezifischer somatischer Folgeerkrankungen</i>	-0,14	1,04	-0,01	-0,14	0,82
<i>Anzahl alkoholkranker Familienmitglieder</i>	-0,40	0,67	-0,40	-0,60	0,55
<i>Anzahl vorheriger Entgiftungen</i>	-0,65	0,80	-0,70	-0,81	0,42
<i>Anzahl vorheriger Entwöhnungen</i>	0,46	1,26	0,03	0,37	0,72
<i>Höhe des Konsums in Reinalkohol</i>	-2,29	1,70	-0,09	-1,35	0,18

Insgesamt hat die Schwere der Alkoholismuserkrankung, egal welches Maß dafür herangezogen wird, keinen Einfluss auf den eingeschätzten Therapieerfolg der Patienten.

Würde man an dieser Stelle ein exploratives Vorgehen wählen und eine schrittweise Regression berechnen, würde sich die Anzahl suchtspezifischer Diagnosen ($p = 0.04$) als schwacher Prädiktor zeigen.

4. Diskussion

4.1. Die Persönlichkeit von alkoholabhängigen Menschen

4.1.1. Ausprägung fünf Faktoren der Persönlichkeit bei alkoholabhängigen Menschen

Hypothese: Aufgrund der Literatur ist anzunehmen, dass alkoholabhängige Männer hohe Werte auf den Faktoren Neurotizismus und Extraversion und niedrige Werte bei Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit erreichen. Insbesondere die Facetten Impulsivität, *sensation seeking* (hohe Werte bei Erlebnishunger), Aggressivität (niedrige Werte bei Entgegenkommen und hohe Werte bei Reizbarkeit) und

Alkoholabhängige Männer erreichen **hohe Werte auf dem Faktor Neurotizismus**. Insbesondere in den Facetten Ängstlichkeit, Depression und Verletzlichkeit zeigen sich hoch ausgeprägte Werte. Dieses Ergebnis war aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse (z.B. die Meta-Analysen von Kotov et al., 2010 und Malouff et al., 2007) zu erwarten. Schaut man sich die Definition von Neurotizismus an, so beschreibt dieser Faktor die emotionale Robustheit bzw. Empfindsamkeit eines Menschen. Neurotische Menschen nehmen bestimmte Gefühlszustände stärker wahr und sind dadurch leichter aus dem Gleichgewicht zu bringen (Ostendorf & Angleitner, 2004). Alkohol kann hier als dysfunktionale Regulationsstrategie fungieren (vgl. Tragesser et al. 2007), um die aufkommenden unangenehmen Gefühle zu bewältigen.

In der Literatur wird der Alkoholkonsum häufig als *coping*-Strategie beschrieben, um negative Gefühle auszuhalten (z.B. Cooper, 1994) Hieraus lassen sich wichtige Implikationen für die Therapie von alkoholabhängigen Menschen ableiten. Hohe Werte auf dem Faktor Neurotizismus können so einen Therapieansatz nahelegen, der vor allem auf dem Erlernen von Emotionswahrnehmung und -regulation fokussiert und dem Patienten hilft, alternative emotiv regulative Strategien zu entwickeln, um so den Einsatz von Alkohol weniger wahrscheinlich werden zu lassen. Einen weiteren Beleg für diese Annahme zeigt sich in der Längsschnittstudie von Hampson et al. (2006). In ihr wird eine geringe emotionale Stabilität als ein Prädiktor für höheren Alkoholkonsum im Erwachsenenalter beschrieben.

Einschränkend sollte darauf hingewiesen, dass allerdings **bei vielen psychischen Störungen** Patienten erhöhte Werte auf dem Faktor Neurotizismus zeigen (z.B. Kessler et al., 1997). Auf Facettenebene zeigt sich, dass vor allem Ängstlichkeit und Depression hoch ausgeprägt sind, was zugleich psychische Krankheitsbilder sind, die oft komorbid mit Alkoholismus auftreten (z.B. Kotov et al. 2010). Diese Konfundierung erschwert eine wissenschaftlich präzise Erfassung und eindeutige Zuordnung von bestimmten Persönlichkeitseigenschaften und bestimmten psychischen Erkrankungsbildern. Für die therapeutischen Interventionen ist dies weniger relevant, da eine Verbesserung von funktionalen emotiven Strategien in beiden Fällen indiziert wäre und es therapeutisch wenig relevant erscheint, wo dies kausal begründet liegt.

Entgegen der Erwartungen lassen sich in der vorliegenden Stichprobe **keine erhöhten Werte auf der Facette Impulsivität** zeigen. TeWildt et al. (2012) konnten in Ihrer Studie höhere Impulsivitätswerte bei Alkoholabhängigen nachweisen und Hair & Hampson (2006) schlussfolgern sogar, dass Impulsivität der Alkoholerkrankung kausal zugrunde liegen könnte. Darüber hinaus wird Impulsivität in zahlreichen Studien (z.B. Cloninger et al., 1988, Caspi et al., 1997) als Risikofaktor für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit angegeben. Eine mögliche Erklärung für das vorliegende Ergebnis könnte sein, dass die Patienten prämorbid erhöhte Impulsivitätswerte aufwiesen, durch den Alkoholkonsum die Impulsivität aber erst dysfunktional reguliert haben und dadurch dieser Effekt nicht sichtbar werden kann.

Für die Psychotherapie von Alkoholerkrankungen wäre dies insofern von wichtiger Bedeutung, da zu erwarten wäre, dass die erhöhte Impulsivität während einer längeren Abstinenzphase wieder auftreten könnte und damit zu einem erhöhten Rückfallrisiko würde. Hier wäre es wichtig, diesem rechtzeitig therapeutisch entgegen zu wirken. Insofern ist es auch für zukünftige Forschungsfragen spannend herauszufinden, inwieweit **Impulsivität als Risikofaktor, aufrechterhaltende Bedingung und / oder Rückfallrisiko** wirksam ist und dies entsprechend therapeutisch nutzen zu können.

Die Werte auf dem Faktor **Extraversion** sind **durchschnittlich** ausgeprägt. Aufgrund der Literatur war eine leicht erhöhte Ausprägung auf diesem Faktor zu erwarten (z.B. Flory et al. 2002). Allerdings ist die Literatur weniger eindeutig als beispielsweise für den Faktor Neurotizismus.

Eindeutiger sind die Belege in der Literatur für das *sensation seeking* (im Fünf Faktoren Modell als Erlebnishunger erfasst). Diese Eigenschaft scheint bei alkoholabhängigen Menschen erhöht zu sein (Wiesbeck, 2000; Hopwood et al., 2007). Dies lässt sich auch in der vorliegenden Studie bestätigen. **Auf dem Faktor Extraversion ist einzig die Facette Erlebnishunger deutlich stärker ausgeprägt.** Sicherlich ist es wichtig Studien genau zu betrachten und im Blick zu haben, dass erhöhte Werte auf dem Faktor Extraversion nicht einzig durch die Facette *sensation seeking* verursacht werden und dadurch einen vermeintlichen Effekt auf dem Faktor vortäuschen. In verschiedenen Studien (z.B. Grekin et al., 2006) wird das hohe Bedürfnis nach *sensation seeking* als Prädiktor für den Alkoholkonsum beschrieben. Als therapeutische Implikation lässt sich ableiten, dass für einen Patienten mit einem erhöhten *sensation seeking*-Wert relevant wäre, wie er in seinem Leben seinen Erlebnishunger stillen kann, ohne Alkohol zu konsumieren. und so so mögliche Rückfallrisiken zu minimieren.

Über den Faktor **Offenheit für Erfahrungen** im Zusammenhang mit Alkoholerkrankungen wird in der Literatur wenig berichtet. Häufig liefert dieser wenig Erkenntnisgewinn und bleibt unberücksichtigt, da es keinen signifikanten Zusammenhang zum Alkoholkonsum gibt. Konform dazu sind die Werte auf diesem Faktor auch in der vorliegenden Studie **durchschnittlich ausgeprägt** und liefern wenig Erkenntnisgewinn.

Für den Faktor Verträglichkeit wurden in der vorliegenden Studie eher geringe Werte erwartet, auch wenn in anderen Studien die Datenlage nicht ganz eindeutig ist. Es gibt allerdings Meta-Analysen von Malouff et al. (2007) und Ruiz et al. (2008), die geringe Verträglichkeitswerte bei Alkoholikern finden. In dieser Studie hingegen sind die Werte für **Verträglichkeit durchschnittlich** und können die zuvor genannten Befunde nicht bestätigen. Lediglich die Facette Vertrauen ist in dieser Studie gering ausgeprägt. Für die Therapie von alkoholabhängigen Patienten ist dies insofern interessant, als dass es im Rahmen von Alkoholismus-Therapien besonders um den Aufbau einer therapeutischen Beziehung gehen sollte.

Weiterhin erreichen die Patienten auf dem Faktor **Gewissenhaftigkeit eine geringe Ausprägung.** Dies ist der Faktor für den es die **meiste empirische Evidenz** gibt. Die Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit decken sich mit den Befunden aus der Literatur (z.B. die Meta-Analysen von Malouff et al., 2007; Ruiz et al., 2008 und Kotov et al., 2010). In der Literatur wird über einen

korrelativen Zusammenhang von geringer Gewissenhaftigkeit und gesundheitsschädlichem Verhalten berichtet (Bogg & Roberts, 2004). Dies bedeutet für die Therapie von Alkoholabhängigen, den Blick nicht ausschließlich auf den Missbrauch von Alkohol zu legen. Stattdessen sollte generell ein gesundheitsbewusstes Verhalten und eine eigene Verantwortlichkeit für das eigene gesundheitliche Wohlbefinden mit den Patienten entwickelt werden.

Insgesamt lässt sich in dieser Studie eine hohe Ausprägung auf dem Faktor Neurotizismus und eine geringe Ausprägung auf dem Faktor Gewissenhaftigkeit belegen. Diese Erkenntnis geht konform mit den meisten anderen empirischen Studien. Die Faktoren Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Extraversion sind in dieser Studie durchschnittlich ausgeprägt. Im Vergleich mit einer aktuellen Längsschnittstudie von Turiano et al. (2012) gehen die Ergebnisse für die Faktoren Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit mit den Ergebnissen der Längsschnittstudie konform, während in der Studie von Turiano et al (2012) die Faktoren Extraversion und Offenheit für Erfahrungen hoch und Verträglichkeit niedrig ausgeprägt ist.

Die Betrachtung von Persönlichkeitseigenschaften von Alkoholabhängigen ist für die Forschung aufschlussreich, um mehr über die Struktur von bestimmten Patientengruppen zu erfahren. Auch für den therapeutischen Alltag lassen sich Implikationen ableiten, die es ermöglichen differentieller und individueller auf den einzelnen Patienten und dessen Persönlichkeitseigenschaften einzugehen. Insbesondere ein hoch ausgeprägter Neurotizismus und eine gering ausgeprägte Gewissenhaftigkeit scheinen inzwischen gut erforschte Persönlichkeitskonstrukte bei alkoholabhängigen Patienten zu sein. Für die weiteren Faktoren gibt es erste Tendenzen, es bedarf allerdings weiterer Forschung, um dieses genauer klären zu können.

Eine Kategorisierung bzw. **Bildung von Persönlichkeitstypen** ist eine Forschungsaufgabe, der in den letzten Jahrzehnten mit intensiven Bemühungen nachgegangen worden ist (s. 1.1.2). Insgesamt hat sich bisher keine spezifische Persönlichkeitsstruktur von Alkoholabhängigen herauskristallisieren lassen. Auch die in den letzten Jahren verbesserten methodischen Ansätze haben in dieser Hinsicht keinen entscheidenden Erkenntnisgewinn gebracht. Es zeigt sich, dass es sinnvoller zu sein scheint den Blick eher individuell und auf bestimmte

Persönlichkeitseigenschaften zu fokussieren und diese dann entsprechend in der Therapie gezielter zu bearbeiten anstatt an einer Kategorisierung zu arbeiten. Die Forschung hat sich in den letzten Jahren auch mehr und mehr in diese Richtung entwickelt. Für zukünftige Forschungsbemühungen wäre es sicherlich empfehlenswert mehr auf die Verknüpfung von persönlichkeitspsychologischen Fragestellungen und Therapieforschung zu achten. Gerade bei einem chronischen Erkrankungsbild wie der Alkoholabhängigkeit erscheint es sinnvoll, Aspekte, die einen ein Leben lang beschäftigen werden, möglichst gut in Einklang miteinander zu bringen und weitestgehend für den individuellen Fall zu verstehen, um ein möglichst gesundes Weiterleben zu ermöglichen. **Da sowohl die eigene Persönlichkeit als auch eine Alkoholabhängigkeit Begleiter für den weiteren Lebensweg sein werden, macht eine gemeinsame Betrachtung Sinn.** Auch und gerade die Erforschung der Interaktionen und Wechselwirkungen der beiden Konstrukte im Längsschnitt könnte eine zentrale Forschungsaufgabe der nächsten Jahre werden.

4.1.2. Spezifität des Persönlichkeitsprofils von Alkoholabhängigen im Vergleich zu Menschen aus der Normalbevölkerung

Hypothese: Die Gruppe der Alkoholiker lässt sich anhand des Persönlichkeitsprofils von den Menschen aus der Allgemeinbevölkerung trennen.

Im Rahmen dieser Fragestellung werden die Profile der alkoholabhängigen Männer mit Profilen von Männern aus der Allgemeinbevölkerung verglichen. Im Unterschied zur vorangegangenen Fragestellung werden alle Variablen in einem Modell betrachtet und es gehen zudem soziodemographische Daten, was den Unterschied erklärt, weshalb hier beispielsweise Offenheit bedeutsam ist, Verträglichkeit aber keinen signifikanten Einfluss hat.

Sowohl die Persönlichkeitsfaktoren Neurotizismus, Extraversion und Offenheit für Erfahrungen tragen signifikant zur Trennung zwischen der Allgemeinbevölkerung und der Gruppe der alkoholabhängigen Männer bei. Im Hinblick auf die Hypothese kann also festgehalten werden, dass es durchaus so zu sein scheint, dass sich die klinische Gruppe durch bestimmte Ausprägungen in Persönlichkeitseigenschaften zu denen aus der Allgemeinbevölkerung abgrenzen lässt, auch wenn diese Differenzierung nicht so deutlich möglich ist, wie dieses erwartbar gewesen wäre. Samuel & Widiger (2008) beschreiben, dass Menschen mit psychischen Störungen extremere Ausprägungen in ihren Persönlichkeitsprofilen haben und so eine

Abgrenzung zur Allgemeinbevölkerung zumeist gut möglich ist, wenn auch die Überlappungen zwischen den verschiedenen psychischen Störungen wiederum weitaus höher ist (Widiger, 2011). Becker & Quinten (2003, 2005) berichten von einer relativen Spezifität der Persönlichkeitstypologie von Alkoholabhängigen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Insgesamt scheint es durchaus so zu sein, dass es spezifische Persönlichkeitsfaktoren gibt, dennoch sind die Wechselbeziehungen und die interindividuellen Unterschiede innerhalb der Gruppe der Alkoholabhängigen so groß, dass keine eindeutige Klassifizierung möglich zu sein scheint.

Im Vergleich zu den Ergebnissen aus dem vorherigen Abschnitt verdeutlicht sich die Bedeutung des Faktors Neurotizismus, der bei Alkoholabhängigen deutlich extremer ausgeprägt zu sein scheint und auch den größten Einfluss zur Trennung der Gruppen beitragen kann. Überraschend ist hingegen, dass obwohl die Persönlichkeitseigenschaften Extraversion und Offenheit für Erfahrungen auf der deskriptiven Ebene durchschnittlich ausgeprägt sind, dies im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einen signifikanten Unterschied zu machen scheint. Weitere Forschung auf diesem Gebiet erscheint also auch aus therapeutischen Gesichtspunkten interessant: Persönlichkeitsaspekte, die bei der Auswertung durchschnittlich erscheinen, zunächst irrelevant für die Therapieplanung wären, es aber einen großen Unterschied macht, wenn sich dieser durchschnittliche Wert signifikant von der Allgemeinbevölkerung unterscheidet und von daher eine geringere Ausprägung, im Sinne eines gesundheitsfördernden Verhaltens, durchaus angebracht zu sein scheint.

4.1.3. Komorbidität von Alkoholismus und Persönlichkeitsstörung

Hypothese: Es lassen sich Hinweise finden, dass Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die Borderline- und antisoziale Persönlichkeitsstörung, in der Gruppe der alkoholabhängigen Männer gehäuft komorbid auftreten.

Die aufgestellte Hypothese lässt sich insgesamt bestätigen. Die Auswertung des SKID-II-Fragebogens hat ergeben, dass sich Hinweise auf das Vorliegen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen als auch der antisozialen Persönlichkeitsstörung finden lassen. Auch der Vergleich mit den klinisch gestellten Diagnosen in der Klinik zeigt, dass insbesondere die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung gehäuft vorkommt. Überraschend sind hingegen die Ergebnisse, die Hinweise auf eine zwanghafte und paranoide Persönlichkeitsstörung geben.

Hier lässt sich im Rahmen dieser Studie nicht weiter aufklären, ob diese Störungsbilder tatsächlich vorliegen oder vor allem ein Hinweis auf das generelle Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung sind. In der klinischen Praxis erzielen Patienten häufig auf verschiedenen Persönlichkeitsstörungen hohe Werte, im Rahmen des Interviews lässt sich dies jedoch zumeist auf eine Persönlichkeitsstörung reduzieren. In weiteren Studien erscheint es von daher sinnvoll dies zukünftig besser zu berücksichtigen.

Überraschend ist die **geringe Häufigkeit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung**. Insgesamt haben lediglich 7,1% der Patienten in der Klinik die Diagnose erhalten. Auch im SKID-II-Fragebogen zeigt sich eine Überschreitung des *Cut-Offs* sehr selektiv bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung und (fast) bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung. Aus klinischer Erfahrung ist bei dem Vorliegen von einer Persönlichkeitsstörung häufig eine Überschreitung des *Cut Offs* bei mehreren Störungsbildern zu beobachten, was sich dann im weiteren Interview auf zumeist eine Persönlichkeitsstörung zurückführen lässt. Auch dies ist in der vorliegenden Studie nicht zu beobachten, was auf eine insgesamt geringe Anzahl von komorbiden Persönlichkeitsstörungen schließen lässt. Dies ist auch vor dem Hintergrund überraschend, dass die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in einer Stichprobe von Erwachsenen bereits bei 10% liegt (Fliedner, 2001) und in klinischen Stichproben von psychiatrischen Patienten bereits bei 40% (Loranger et al., 1994) angesiedelt ist.

Dies ist im Vergleich mit anderen Studien durchaus verwunderlich. Es werden Komorbiditäten zwischen Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen in Höhe von ca. 40% berichtet (z.B. Agrawal et al., 2013; Becker & Quinten, 2005; Sher & Trull, 2002). Auch bei der spezifischen Betrachtung der einzelnen Persönlichkeitsstörungen können z.B. Rounsaville et al (1998) immer noch eine Komorbiditätsrate von 27% zu der antisozialen und von 18% zu der Borderline-Persönlichkeitsstörung finden. In der vorliegenden Stichprobe ist die Komorbiditätsrate deutlich geringer. Es muss allerdings einschränkend darauf hingewiesen werden, dass zwar sowohl die klinisch gestellten Diagnosen als auch der SKID-II Fragebogen berücksichtigt wurden, jedoch das SKID-II-Interview nicht durchgeführt wurde. Da der SKID-II Fragebogen aber eher als zu sensitiv gilt und insbesondere deswegen einer Überprüfung mittels Interviews bedarf, ist die Diagnosewahrscheinlichkeit einer Persönlichkeitsstörung bei Durchführung des Interviews eher (noch) geringer.

Übereinstimmend mit der Literatur kann berichtet werden, dass auch in der vorliegenden Studie sowohl die Borderline- als auch die antisoziale Persönlichkeitsstörung bei alkoholabhängigen Patienten von besonderer Bedeutung zu sein scheinen. Befunde wie z.B. die aus der Meta-Analyse von Ruiz et al. (2008) gehen von einer gewissen Distanzlosigkeit – auf Persönlichkeitsebene manifestiert durch geringe Gewissenhaftigkeit und geringe Verträglichkeit – aus, die beiden Störungsbildern zugrunde liegt. Ein Ansatzpunkt für weitere klinische Forschung und Praxis könnte sein, ob ein individueller Therapieansatz bei dem Vorliegen beider Störungsbilder an eben dieser Distanzlosigkeit ansetzt, um entsprechende psychische Fähigkeiten zu entwickeln, die dann wiederum in vielerlei Hinsicht gesundheitsförderlich für den Patienten sein könnten und damit eine möglichst lange Aufrechterhaltung von Therapieerfolg begünstigen können.

4.2. Therapieverlauf: Wie verändert sich das Persönlichkeitsprofil von alkoholabhängigen Männern im Rahmen einer stationären Rehabilitation?

4.2.1. Trait-Ebene: Veränderung des Persönlichkeitsprofils im Therapieverlauf

Hypothese: Das Persönlichkeitsprofil von alkoholabhängigen Patienten unterliegt im Rahmen einer stationären Entwöhnungstherapie positiven Veränderungsprozessen. Zu erwarten ist eine Abnahme von Neurotizismus und eine Zunahme von (Extraversion), Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit.

Die aufgestellte Hypothese lässt sich teilweise bestätigen. Im Therapieverlauf der alkoholabhängigen Patienten ist es, wie erwartet, zu einer Abnahme von Neurotizismus und einer Zunahme von Extraversion gekommen. Entgegen der aufgestellten Hypothese lässt sich allerdings keine Zunahme von Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit nachweisen.

Im Rahmen des Therapieverlaufs von alkoholabhängigen Patienten lassen sich Veränderungen auf *trait*-Ebene nachweisen. Da *traits* als stabil und veränderungsresistent gelten (zB McCrae & Costa, 1999), ist es überraschend, dass sich dieser Veränderungen in den *traits* bereits in einem Behandlungszeitraum von durchschnittlich 12 Wochen zeigen lässt. *Trait change* im Rahmen von

stationärer (Psycho-)therapie ist noch nicht an einer Gruppe von Alkoholikern untersucht worden, so dass es derzeit keine Vergleichsstudien gibt und diese Ergebnisse eine Bestätigung in weiteren Studien bedürfen. Interessant wäre es eine größere Zeitspanne zu erforschen, um zu sehen wie stabil die beginnenden Veränderungen auf *trait*-Ebene sind. Mehrere Studien (zB Bleidorn, 2009; Lüdke et al, 2009) haben sich mit der Veränderung der *traits* über größere Zeitspannen hinweg beschäftigt und gezeigt, dass Veränderungen in den *traits* nicht ungewöhnlich sind, auch wenn sich *traits* insgesamt als relativ stabil erweisen. *Trait change* bei psychischen Störungen ist insbesondere in Bezug auf die depressive Episode untersucht worden. Entgegen der Ergebnisse der vorliegenden Studie konnten Clark et al. (2003) bei der Behandlung einer depressiven Episode keine Veränderungen auf *trait*-Ebene feststellen. Anzumerken ist darüber hinaus, dass die meisten Studien zu *trait change* Korrelationen berichtet haben und keine Aussage über Kausalzusammenhänge machen können. Costa et al. (2005) konnten zeigen, dass *trait*-Veränderungen bei dem Vorliegen einer depressiven Episode auftreten können. Allerdings handelte es sich um negative und nicht infolge von Psychotherapie eingetretene Veränderungen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass es ein lohnenswerter (therapeutischer) Ansatz zu sein scheint, sich mehr mit der Persönlichkeit von Alkoholabhängigen zu beschäftigen, um dies indikativ in der Psychotherapie zu nutzen. Gerade in der im Vergleich relativ langen stationären Behandlungsdauer von Alkoholkranken scheint sich im Rahmen der Therapie auch auf der Persönlichkeitsebene viel zu bewegen und verändern. Dies könnte sicherlich systematischer genutzt werden, um dem Patienten eine individuellere Therapie und damit ggf. einen größeren Therapieerfolg zu ermöglichen. Da gerade Alkoholismus auch unter den Patienten stark mit der eigenen Persönlichkeit verknüpft ist, könnte es sicherlich darüber hinaus für die Patienten motivationsfördernd sein, dass die Therapie auch auf der Ebene der eigenen Persönlichkeit erfolgreich wirkt.

4.2.2 State-Ebene: Veränderung des Persönlichkeitsprofils im Therapieverlauf

Hypothese: Da Veränderungen in den *traits* über *states* durch ein Habituierten von bestimmten Verhaltensweisen vermittelt werden, zeigen sich Veränderungen im Persönlichkeitsprofil auf *state*-Ebene früher und ausgeprägter als auf *trait*-Ebene.

Im Vergleich zu den Ergebnissen auf *trait*-Ebene lässt sich festhalten, dass es einen größeren Effekt auf *state*-Ebene zu geben scheint. Dies bestätigt die Hypothese, dass die Veränderungen auf *state*-Ebene sich früher zeigen als auf *trait*-Ebene. Auf *state*-Ebene lassen sich im Therapieverlauf Veränderungen auf allen Faktoren des Fünf-Faktoren Modells nachweisen. Diese Veränderungen zeigen sich auf *trait*-Ebene auch bereits auf dem Faktor Neurotizismus und Extraversion. Es scheint also eine beginnende Veränderung zu geben, die aber noch nicht so habitualisiert ist, als dass sie sich auch auf *trait*-Ebene in demselben Ausmaß zeigt. Dennoch bedarf dies weiterer Forschung und gibt nur erste Hinweise. Gleichzeitig zeigt sich bei Offenheit für Erfahrungen beispielsweise eine deutliche Änderung in den *states*, die sich in den *traits* nicht niederschlägt. Hier bedarf es weiterer Untersuchungen und Längsschnittstudien, um die genauen Zusammenhänge und Wirkmechanismen besser verstehen zu können.

4.3. Einfluss des Schweregrads der Alkoholabhängigkeit auf den eingeschätzten Therapieerfolg

Fragestellung: Macht es für den eingeschätzten Therapieerfolg einen Unterschied wie schwer die Alkoholismuserkrankung ist (verschiedene Maße für Schweregrad)? Welches Schweregradmaß ist dafür am Besten geeignet?

Da es meines Wissens nach bisher keine systematischen Studien zu dem Einfluss des Schweregrads auf den Therapieerfolg gibt, erfordert dieses Einzelergebnis in jedem Fall weiterer fundierter Forschung, um valide Aussagen tätigen zu können.

Sollte sich in weiterführenden Studien zeigen, dass das Schweregradmaß der Erkrankung keinen Einfluss auf den Therapieerfolg hat, so müsste dies zumindest in der klinischen Praxis zu einer Diskussion darüberführen, inwieweit eine so vielfältige Erhebung dieses Maß für die weitere Psychotherapie erforderlich ist. Intuitive Annahmen von Therapeuten in klinischer Praxis

beruhen häufig darauf, dass der Schweregrad der Alkoholismuserkrankung einen Einfluss auf das Therapieergebnis hat. Auch der sozialrechtliche Zugang zu einer ambulanten Psychotherapie ist mit einer gering ausgeprägten Alkoholabhängigkeit deutlich vereinfacht bzw. überhaupt erst möglich. Die Ergebnisse würden, mit aller gebotenen Vorsicht, bedeuten, dass für die erfolgreiche Therapie der Erkrankung, die Ausprägung der Krankheit nicht entscheidend ist. Patienten mit einer schweren Alkoholabhängigkeit, kann genauso erfolgreich sein wie Patienten mit einer geringeren Schwere der Krankheit. Dennoch bedarf es auch hier weiterer Forschung und insbesondere auch klarer definierte Kriterien für Schweregrad und Therapieerfolg, die von Studie zu Studie sehr stark variieren.

5. Schlussfolgerungen

Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit lässt sich belegen, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale in der Gruppe der Alkoholabhängigen in einer gewissen Art und Weise ausgeprägt sind und sich von denen in der Allgemeinbevölkerung unterscheiden. Dieses bietet Ansatzpunkte für weitere (praktische) Forschung, um langfristig Therapiekonzepte entwickeln zu können, die auch die bestimmten Persönlichkeitsausprägungen bei Alkoholabhängigen berücksichtigen, und beispielsweise darauf ausgerichtet sind Gewissenhaftigkeit im Laufe des Therapieprozesses zu stärken.

Im zweiten Teil der Arbeit zeigt sich, dass diese Persönlichkeitseigenschaften im Rahmen einer stationären Therapie von durchschnittlich 16 Wochen veränderbar sind. Auf *state*-Ebene zeigen sich diese Veränderungen ausgeprägter, aber auch auf der Ebene der *traits* sind Veränderungen im Therapieverlauf nachweisbar. Dies bestärkt die These, dass Therapie auch als Prozess der Nachreifung, im Sinne einer Veränderung in Richtung einer gesunden Persönlichkeitsstruktur, zu verstehen ist. Für Kliniker, die Persönlichkeit – gerade von Alkoholikern – lange als statisch angesehen haben und die Psychotherapie einer Alkoholabhängigkeit oft als mühsam und kleinschrittig beschrieben wird, sollten diese Ergebnisse motivierend wirken.

Im dritten Teil der Arbeit zeigt sich, dass der **Schweregrad der Alkoholabhängigkeit** keinen Einfluss auf den Therapieerfolg hat. Für die klinische Praxis bedeutet dies, dass es für den therapeutischen Prozess keinen Unterschied zu machen scheint, wie schwer jemand erkrankt ist und alle Patienten mit Alkoholabhängigkeit die gleichen Zugangsrechte zu therapeutischen Angeboten haben müssten.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die neueren Entwicklungen im Bereich der Persönlichkeitsforschung – nämlich dass Persönlichkeit in einem gewissen Rahmen veränderbar scheint – einen lohnenswerten Blick auf die Gruppe der Alkoholabhängigen werfen zu lassen scheint. Im Rahmen dieses neuen Forschungsansatzes und weiterer Forschungsbemühungen zu *trait change*-Prozessen im Rahmen des Therapieverlaufs lassen sich möglicherweise detailliertere und spezifischere Therapieverfahren ableiten, die die Psychotherapie bei Alkoholerkrankungen

effektiver werden lassen könnten. Weiterhin lohnt es sich zu hinterfragen, ob es Sinn macht, Alkoholabhängige erst ab einem gewissen Schweregrad in bestimmten Einrichtungen oder mit bestimmten Therapieformen zu behandeln. Diesen intuitiven, klinischen Annahmen fehlt die empirische Evidenz. Sie werden daher auch bei anderen psychischen Störungen nicht angewandt. Ein Patient mit einer Panikstörung wird unabhängig von seinem Schweregrad behandelt und es wird nicht vorausgesetzt, dass zu Beginn der Behandlung das Hauptsymptom – die Panikattacken – bereits nicht mehr oder nur noch selten vorhanden ist. Gerade bei einem so tradierten Krankheitsbild wie der Alkoholabhängigkeit scheint es sich zu lohnen, den Blick breiter werden zu lassen.

6. Literaturverzeichnis

- Agrawal, A., Narayanan, G. & Oltmanns, T. F. (2013). Personality Pathology and Alcohol Dependence at Midlife in a Community Sample. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 4 (1), 55-6
- Aharan, C.H. (2006). The interdependence of personal and cultural variables in alcoholism. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Vol 67(1-B), pp. 528.
- Allik, J. (2005). Personality dimensions across cultures. *Journal of Personality Disorders*, 19, 212–232.
- Allemand, M., Gomez, V. & Jackson, J. J. (2010). Personality trait development in midlife: exploring the impact of psychological turning points. *European Journal of Ageing*, 7, 147-155.
- Allsopp, J. F. (1986). Personality as a determinant of beer and cider consumption among young men. *Personality and Individual Differences*, 7, 341–347.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, edn 4. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 1994.
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5 Development. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>, online am 13.08.2013.
- Angleitner, A. (1997) Testrezension zu Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 18, 4-10 (Replik darauf im selben Heft, Seiten 10-15).

- Antons, K. & Hampel, R. (1977). Empirische Taxometrie: Ein Weg zur differentiellen Therapieindikation. In: Antons, K. & Schulz, W., Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholkonsum und süchtigen Alkoholismus. Band 2. Göttingen: Hogrefe, S. 87-114.
- Asendorpf, J.B. (1992). Beyond stability: Predicting inter-individual differences in intra-individual change. *European Journal of Personality*, 6, 103–117.
- Asendorpf, J. B., & Van Aken, Marcel A. G. (2003). Personality-relationship transaction in adolescence: Core versus surface personality characteristics. *Journal of Personality*, 71(4), 629–666.
- Asendorpf, J. & Wallbott, H.G. (1979). Maße der Beobachterübereinstimmung: Ein systematischer Vergleich. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 10, 243-252.
- Ball, S.A., Tennen, H., Poling, J.C., Kranzler, H.R. & Rounsaville, B. J. (1997). Personality, temperament and character dimensions and the DSM-IV personality disorders in substance abusers. *Journal of abnormal psychology*, 106, 545-553.
- Ball SA (1998) Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. *Addict Behav* 23:883–891.
- Ball, S. A. (2005). Personality traits, problems, and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*, 39, 84–102.
- Barnes, G. E. (1979). The alcoholic personality. A reanalysis of the literature. *Journal of studies on alcohol*, 40, 571-634.
- Barbor, T. F., Hofmann, M. DelBoca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer R. E., Dolinsky, Z.S. & Rounsaville, B. (1992). Types of alcoholics. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49, 599-608.

- Bates, M. E., & Labouvie, E. W. (1995). Personality environment constellations and alcohol use: A process oriented study of intra-individual change during adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors, 9*, 23–25.
- Becker, P. (2004). Zur Replizierbarkeit und Interkorrelationsstruktur der Faktoren im revidierten NEO-Persönlichkeitsinventar (NEO-PI-R) und Trierer Integrierten Persönlichkeitsinventar (TIPI). *Diagnostica, 50*, 39-48.
- Becker, P. & Quinten, C. (2003). Persönlichkeitstypen und Persönlichkeitsstörungen bei stationär behandelten Alkoholabhängigen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32*(2), 104-116.
- Becker, P. & Quinten, C. (2005). Replikation und Spezifität von vier Persönlichkeitstypen bei Alkoholabhängigen. *Sucht, 51*(3), 151-160.
- Begleiter, H. & Kissin, B. (1995) *The Genetics of Alcoholism*. New York: Oxford University Press.
- Berglund, M., Thelander, E. & Jonsson, E. (2003). *Treating alcohol and drug abuse. An evidence based review*. Weinheim: Wiley, VCH.
- Bischof, G., John, U. & Rumpf, H.J. (2003). Geschlechtsspezifische Aspekte der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. *Sucht aktuell, 1*, 24-30.
- Bleidorn W, Kandler C, Riemann R, Angleitner A, Spinath FM (2009) Patterns and sources of adult personality development: growth curve analyses of the NEO-PI-R Scales in a longitudinal twin study. *J Pers Soc Psychol 97*:142–155.
- Bleidorn, W. & Peters, A. L. (2011). A Multilevel Multitrait-Multimethod Analysis of Self- and Peer-Reported Daily Affective Experiences. *European Journal of Personality, 25*, 398-408.
- Bleidorn, W. (2012). Hitting the road to adulthood: Short-term personality development during a major life transition. *Personality and Social Psychology Bulletin, 38*(12), 1594–1608.

- Bogg, T., & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130, 887–919.
- Bouchard, T. J., Jr. & Loehlin, J. C. (2001). Genes, evolution, and personality. *Behavior Genetics*, 31, 243–273.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (2008). The Big Five as states: How Useful is the Five Factor Model to describe intraindividual variations over time? *Journal of Research in Personality*, 32, 202–221.
- Böning, J., Wiesbeck, G.A. & Weijers, H.G. (2002). Medikamentengestützte Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit – Allgemeine Methodenkritik und Stellenwert von Typologien. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 25, 43-48.
- Bottlender, M., Preuss, U.W. & Soyka, M. (2006). Association of Personality disorders with Type A and B alcoholics. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 55-61.
- Brooner, R. K., Herbst, J. H., Schmidt, C. W., Bigelow, G. E., & Costa, P. T., Jr. (1993). Antisocial personality disorder among drug abusers: Relations to other personality diagnoses and the five-factor model of personality. *Journal of Nervous and Mental Disease*,
- Browman, G.P. (2012). Special Series on Comparative Effectiveness research: Challenges to real – world-solutions to Quality improvement in Personalized Medicine. *Journal of Clinical Oncology*, 30(34), 4188-4191.
- Brown, T.A. (2007). Temporal course and structural relationship among dimensions of temperament and DSMIV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of abnormal Psychology*, 116, 313-328.
- Bühringer, G. (2006). Allocating treatment options to patient profiles:clinical art or science? *Addiction*, 101, 646–652.
- Caspi, A., Begg, D., Dickson, N., Harrington, A. L., Langley, J., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1997). Personality differences predict health-risk behaviors in young adulthood: Evidence from a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1052–1063.

- Cattell, R. B. (1966). Patterns of change: Measurement in relation to state dimension, trait change, lability, and process concepts. In R. B. Cattell (Ed.), *Handbook of multivariate experimental psychology* (pp. 355–402). Chicago: Rand McNally.
- Costa, P. T., Bagby, R. M., Herbst, J. H., & McCrae, R. R. (2005). Personality self-reports are reliable and valid during acute depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, 89, 45–55.
- Cox, W. M. & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 168-180.
- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103–116.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1999). Temperament: A new paradigm for trait psychology. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 399–423). New York, NY: Guilford Press.
- Clark, L.A., Vittengl, J., Kraft, D. & Jarrett, R.B. (2003). Separate personality traits from states to predict depression. *Journal of Personality Disorders*, 17 (2), 152-172.
- Clark, L. A., & Watson, D. (2008). Temperament: An organizing paradigm for trait psychology. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed., pp. 265–286). New York, NY: Guilford Press.
- Cloninger, C.R., Bohman, M. & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-868.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12, 494–505.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., von Knorring, A. L. & Bohman, M. (1989) Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 45, 33-39.
- Conley, J. J. (1981). An MMPI typology of male alcoholics: Admission, discharge and outcome comparisons. *Journal of Personality Assessment*, 45, 33-39.

- Conley, J.J. & Prioleau, M. A. (1983). Personality typology of men and women alcoholics in relation to etiology and prognosis. *Journal of studies on Alcohol*, 40, 89-116.
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6, 117–128.
- Cooper, M. L., Agocha, V. B., & Sheldon, M. S. (2000). A motivational perspective on risky behaviors: The role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality*, 68, 1058–1088.
- Costa, P. T., Jr., Herbst, J. H., McCrae, R. R., & Siegler, I. C. (2000). Personality at midlife: Stability, intrinsic maturation, and response to life events. *Assessment*, 7, 365–378.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *Sucht*, 47, Sonderheft 2.
- Digman, J. M. (1997). Higher-order factors of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1246–1256.
- Dom, G., deWilde, B., Hulstijn, W. VanBrink, W. & Sabbe, B. (2006). Behavioural aspects of impulsivity of alcoholics without a cluster-B personality disorder. *Alcohol and Alcoholism*, 41 (4), 412-420.
- Donnellan MB, Lucas RE (2008) Age differences in the Big Five across the life span: evidence from two national samples. *Psychol Aging* 23:558–566
- Driessen, M., Veltrup, C., Wetterling, T., John, U., & Dilling, H. (1998). Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 77–86.
- Echeburua, E., DeMedina, R.B., Aizpiri, J. (2007). Comorbidity of Alcohol dependence and personality disorders: a comparative study. *Alcohol and Alcoholism*, 42(6), 618-622.
- Ekman, P., Friesen, P. V. & Ellsworth, P. (1972). Emotion in the human face: guidelines for research and an integration of findings. Pergamon general psychology series: Vol. 11. New York: Pergamon Press.

- Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. New York, NY: Methuen.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. London, England: Hodder & Stoughton.
- Feuerlein, W., Küfner, H. & Ringer, C. (1999). MALT – Münchner Alkoholismus Test. Göttingen: Hogrefe.
- Finn, C., Mitte, K., & Neyer, F. J. (2014). Recent decreases in specific interpretation biases predict decreases in neuroticism: Evidence from a longitudinal study with young adult couples. *Journal of Personality*,
- Fleeson, W. (2001). Toward a structure- and process-integrated view of personality: Traits as density distributions of states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(6), 1011–1027.
- Fleeson, W. (2012). Perspectives on the person: Rapid growth and opportunities for integration. In Deaux, K., & Snyder, M. (Ed.), *The Oxford handbook of personality and social psychology* (pp. 33–63). Oxford University Press.
- Fleeson, W. & Jayawickreme, E. (2015). Whole trait theory. *Journal of Research in Personality*, 56, 82-92.
- Flora, R. L. (2007). Behavioural undercontrol and alcohol consumption. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 68(1-B), pp. 620.
- Flory, K., Lynam, D., Milich, R., Leukefeld, C., & Clayton, R. (2002). The relations among personality, symptoms of alcohol and marijuana abuse, and symptoms of comorbid psychopathology: Results from a community sample. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10, 425–434.
- Fraley, C. & Roberts, B.W. (2005). Patterns of continuity: A dynamic model for conceptualizing the stability of individual differences in psychological constructs across the life course. *Psychological Review*, 112, 60-74.
- Friedman, H. S., Tucker, J. S., Tomlinson-Keasey, C., Martin, L. R., Wingard, D. L., & Criqui, M. H. (1995). Psychosocial and behavior predictors of longevity: The aging and death of the “Termites”. *American Psychologist*, 50, 69–78.

- Funke, J., Klein, M. & Scheller, R. (1981). Zur Klassifikation von Alkoholikern durch Persönlichkeitsmerkmale. *Psychologische Beiträge*, 23, 146-158.
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., Stock, M. L., Houlihan, A. E., & Dykstra, J. L. (2006). Temperament, self-regulation, and the prototype willingness model of adolescent health risk behavior. In D. T. Ridder & J. B. de Wit (Eds.), *Selfregulation in health behavior* (pp. 97–118). Chichester, UK: Wiley.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1216–1229.
- Goldstein, S. G. & Linden, J. D. (1969). Multivariate Classification of alcoholics by means of the MMPI. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 661-669.
- Glock, H. A. (1992). Zur Psychodynamik und Wertstruktur der Alkoholiker. Eine klinisch empirische (Pilot-)Studie zum Alkoholismusphänomen, dargestellt am Beispiel zweier Alkoholismustheorien unter Anwendung eines zwei dimensionalens Ansatzes. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Graham, J.R. & Strenger, V.E. (1988) MMPI Characteristics of Alcoholics: A Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 197-205.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 61, 361–368.
- Grekin, E. R., Sher, K. J., & Wood, P. K. (2006). Personality and substance dependence symptoms: Modeling substance-specific traits. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 415–424.
- Gunderson, J., Stout, J., McGlashan, T., Shea, M., Morey, L., Grilo, C. ... Skodol, A. (2011). Ten year course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827-837.
- Hair, P., & Hampson, S. E. (2006). The role of impulsivity in predicting maladaptive behaviour among female students. *Personality and Individual Differences*, 40, 943-952.

- Hampson, S. E., Goldberg, L. R., Vogt, T. M., & Dubanoski, J. P. (2006). Forty years on: Teachers' assessments of childrens' personality traits predict self-reported health behaviors and outcomes at midlife. *Health Psychology, 25*, 57–64.
- Hampson, S. E., Andrews, J. A., & Barckley, M. (2007). Predictors of development of elementary-school children's intentions to smoke cigarettes: Prototypes, subjective norms, and hostility. *Nicotine and Tobacco Control, 9*, 751–760.
- Hampson, S.E. & Friedman, H.S. (2008). Personality and health: A life span perspective. In O. P. John, R. Robins, & L. Pervin (Eds.). *The Handbook of Personality* (3rd ed.): New York: Guilford Press.
- Hampson, S. E., & Goldberg, L. R. (2006). A first large cohort study of personality trait stability over the 40 years between elementary school and midlife. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*, 763–779.
- Hampson, S. E., Tideseley, E., Andrews, J. A., Luyckx, K., & Mroczek, D. K. (2010). The relation of change in hostility and sociability during childhood to substances use in mid adolescence. *Journal of Research in Personality, 44*, 103–114.
- Hank, P. & Schwenkmezger, P. (2003) Testbesprechung: Das Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 (MMPI-2) in der deutschen Überarbeitung von Rolf R. Engel (2000). *Report Psychologie, 28*, 294-303 (Stellungnahme des Herausgebers der deutschen Ausgabe dazu im selben Heft, 304-306).
- Hasin, D., Fenton, M. C., Skodol, A., Krueger, R., Keyes, K., Geier, T., Grant, B. (2011). Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Archives of General Psychiatry, 68*, 1158–1167.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1943) *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, V. (1992). Risk and protective factors for alcohol and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*, 64 – 105.

- Helson, R., & Moane, G. (1987). Personality change in women from college to midlife. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 176–186.
- Helson, R., Kwan, V. S. Y., John, O. P., & Jones, C. (2002). The growing evidence for personality change in adulthood: Findings from research with personality inventories. *Journal of Research in Personality*, 36, 287–306.
- Helson R, Soto CJ (2005) Up and down in middle age: monotonic and nonmonotonic changes in roles, status, and personality. *J Pers Soc Psychol* 89:194–204
- Hong, R. Y., & Paunonen, S. V. (2009). Personality traits and health-risk behaviors in University students. *European Journal of Personality*, 23, 675–696.
- Hopwood, C. J., Morey, L. C., Skodol, A. E., Stout, R. L., Yen, S. L., Ansell, E. B., Grilo, C. M. & McGlisan, T.H. (2007). Five factor model personality traits associated with alcohol-related diagnosis in a clinical sample. *Journal of studies on Alcohol and Drugs*, 68 (3), 455-460.
- Ibanez, M. I., Moya, J., Villa, H., Mezquita, L., Ruiperez, M. A., & Ortet, G. (2010). Basic personality dimensions and alcohol consumption in young adults. *Personality and Individual Differences*, 48, 171–176.
- Ilies, R., Dimotakis, N., & Watson, D. (2010). Mood, blood, pressure, and heart rate at work: An experience-sampling study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, 120–130. DOI: 10.1037/a0018350
- Jackson JJ, Bogg T, Walton KE, Wood D, Harms PD, Lodi-Smith J, Edmonds GW, Roberts BW (2009) Not all conscientiousness scales change alike: a multimethod, multisample study of age differences in the facets of conscientiousness. *J Pers Soc Psychol* 96:446–459
- Jackson, K. M., & Sher, K. J. (2003). Alcohol use disorders and psychological distress: A prospective state–trait analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 599–613.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance. A statistical Approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.

- Jellinek, E. M. (1960) Alcoholism, a genus and some of its species. *The Canadian Medical Association Journal*, 83, 1341-1345.
- Judge, T. A., Higgins, C. A., Thoresen, C. J., & Barrick, M. R. (1999). The big five personality traits, general mental ability, and career success across the life span. *Personnel Psychology*, 52, 621-652.
- Kandler, C. (2013) *Persönlichkeitsentwicklung zwischen Anlage und Umwelt*. Berlin: epubli GmbH.
- Kandler, C., Zimmermann, J., & McAdams, D. P. (2014). Core and surface characteristics for the description and theory of personality differences and development. *European Journal of Personality*, 28(3), 231–243.
- Kaplan, S., Bradley, J. C., Luchman, J. N., & Haynes, D. (2009). On the role of positive and negative affectivity in job performance: A meta-analytic investigation. *Journal of Applied Psychology*, 94, 162–176.
- Kashdan, T. B., Vetter, C. J., & Collins, R. L. (2005). Substance use in young adults: Associations with personality and gender. *Addictive Behaviors*, 30, 259–269.
- Keller, M. (1972). The oddities of alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 33, 1147-1148.
- Kendler KS, Prescott CA, Myers J, Neale MC. 2003. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch. Gen. Psychiatry* 60:929–37
- Kendler, K. S., Kuhn, J., & Prescott, C. A. (2004). The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 631–636.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313–321.

- Kienast, T., Roediger, E., Kensch, M., Foerster, J., Daig, I. & Heinz, A. (2009) Evidenzbasierte Psychotherapie. Sucht und Persönlichkeitsstörung als Komorbidität. *Der Nervenarzt*, 9, 1050-1059.
- Kjaerheim, K., Mykletum, R., & Halvorsen, T. (1996). Selection into the restaurant business based on personality characteristics and the risk of heavy drinking. *Personality and Individual Differences*, 21, 625–629.
- Klages, U. (1984). Eine Clusteranalyse von Alkoholismuspatienten auf der Basis von Persönlichkeitsvariablen, sozialer Unsicherheit und Kontrollorientierung. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 32, 260-270.
- Klages, U. (1986). Untersuchung zur empirischen Klassifikation von abstinenten Alkoholikern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 15, 148-157.
- Klein, M. (1992) Klassifikation von Alkoholikern durch Persönlichkeits- und Suchtmerkmale. Bonn: H.N. Druck & Verlag.
- Klucken, M. (2013) Personalisierungsansatz in der Medizin: Nützlich auch für die Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4-11.
- Knight, R. P. (1937) The psychodynamics of chronic alcoholism. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 86, 538-548.
- Knight, R. P. (1938) The psychoanalytic treatment in a sanatorium of chronic addiction to alcohol. *Journal of the American Medical Association*, 111, 1443-1448.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. & Watson, D. (2010). Linking „Big“ Personality Traits to Anxiety, Depressive, and Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 136 (5), 768-821.
- Krampe, H, Wagner T, Stawicki S, et al. Personality disorder and chronicity of addiction as independent outcome predictors in alcoholism treatment. *Psychiatr Serv* 2006; 57:708–712.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000, *Sucht*, 47, 3-86.

- Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E., Silva, P. A., & McGee, R. (1996). Personality traits are differentially linked to mental disorders: A multitrait-multidiagnosis study of an adolescent birth cohort. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 299–312.
- Krueger, R. F., Hicks, B. M., Patrick, C. J., Carlson, S. R., Iacono, W. G., & McGue, M. (2002). Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: Modeling the externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology, 111*, 411–424.
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D., & Kramer, M. D. (2007). Linking antisocial behavior, substance abuse, and personality: An integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 645–666.
- Küfner, H. & Bühlinger, G. (1996). Alkoholismus. In K. Hahlweg und A. Ehlers (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: D/II/2 Psychische Störungen und ihre Behandlung* (S. 437–512). Göttingen: Hogrefe.
- Kushner, M. G., Mackenzie, T. B., Fiszdon, J., Valentiner, D. P., Foa, E., Anderson, N., & Wangensteen, D. (1996). The effects of alcohol consumption on laboratory-induced panic and state anxiety. *Archives of General Psychiatry, 53*, 264–270.
- Lachman ME (2001) *Handbook of midlife development*. Wiley, New York
- Larkins, J. M., & Sher, K. J. (2006). Family history of alcoholism and the stability of personality in young adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*, 471–477.
- Lesch, O. M., Kefer, J., Lentner, S., Mader, R., Marx, B., Musalek, M., Nimmerrichter, A., Preinsberger, H., Puchinger, H., Rustembegovic, A., Walter, H. & Zach, E. (1990). Diagnosis of chronic alcoholism – classificatory problems. *Psychopathology, 23*, 88-96.
- Linehan MM, Schmidt H 3rd, Dimeff LA et al (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict 8:279–292*
- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK et al (2002) Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend 67:13–26*

- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM et al (2006) Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 63:757–766
- Littlefield, A. K., Sher, K. J., & Wood, P. K. (2009). Is “maturing out” of problematic alcohol involvement related to personality change? *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 360–374.
- Littlefield, A. K., Sher, K. J., & Wood, P. K. (2010). Do changes in drinking motives mediate the relation between personality change and “maturing out” of problem drinking? *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 93–105.
- Liu, I-C., Blacker, D.L., Xu, R., Tsuang, M.T. & Lyons, M. (2004). Genetic and environmental contributions to age of onset of alcohol dependence symptoms in male twins. *Addiction*, 99, 1403–1409.
- Loranger, A.W. et al. (1994). The International Personality Disorder Examination. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215–224.
- Löckenhoff CE, Terracciano A, Patriciu NS, Eaton WW, Costa PT Jr (2009) Self-reported extremely adverse life events and longitudinal changes in Five-Factor Model personality traits in an urban sample. *J Trauma Stress* 22:53–59
- Lüdtke O, Trautwein U, Husemann N (2009) Goal and personality trait development in a transitional period: assessing change and stability in personality development. *Pers Soc Psychol Bull* 35:428–441
- Lüdtke, O., Roberts, B. W., Trautwein, U., & Nagy, G. (2011). A random walk down university avenue: life paths, life events, and personality trait change at the transition to university life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 620–637.
- Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. 2005. The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: a meta-analysis. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 27:101–14
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E.B., Rooke, S. E. & Schutte, N. S. (2007). Alcohol Involvement and the Five-factor model of Personality: A Meta Analysis. *Journal of Drug Education*, 37(3), 277-

294.

- Mandrekar, S. J. & Sargent, D. (2011). All-Comers versus Enrichment Design Strategy in Phase II Trials. *Journal of Thoracic Oncology*, 6(4), 658-660.
- Mann, K. F. (2000). Die „Suchtpersönlichkeit“ ist reine Fiktion. *Psychologie heute*, 27(2), 60-67.
- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 139– 157.
- Martin, E. D. & Sher, K. J. (1994) Family history of alcoholism, alcohol use disorders and a five-factor model of personality. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 81-90.
- Martin, L. R. F. (2000). Comparing personality scales across time: An illustrative study of validity and consistency in life span archival data. *Journal of Personality*, 68, 85-110.
- Martsh, C. T., & Miller, W. R. (1997). Extraversion predicts heavy drinking in college students. *Personality and Individual Differences*, 23, 153–155.
- McAdams, D. P. (1996). Personality, modernity, and the storied self: A contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry*, 7(4), 295–321.
- McAdams, D. P., & Pals, J. L. (2006). A new Big Five: Fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*, 61(3), 204–217.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81–90.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509-516.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1999). A five-factor theory of personality. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality*
- McCrae, R. R. (2006). Psychopathology from the perspective of the five-factor model. In S. Strack (Ed.), *Differentiating normal and abnormal personality* (2nd ed., pp. 51–64), New York: Springer.

- McCrae, R.R. & Costa, P.T. (2008). The five-factor theory of personality. In John, O.P., Robins, R. W., & Pervin, L.A. (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (3rd. ed.). New York: Guilford.
- McCrae, R.R. & Costa, P.T., Jr., Lima, M.P., Simoes, A. et al. (1999). Age differences in personality across the adult life span: Parallels in five cultures. *Developmental Psychology*, *35*, 466–477.
- McCrae, R.R., Costa, P.T., Jr., Ostendorf, F., Angleitner, A. et al. (2000). Nature over nurture: Temperament, personality, and life-span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*, 173–186.
- McGue, M., Iacono, W. G., & Slutske, W. (1999). Personality and substance use disorders: II. Alcoholism versus drug use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 393–404.
- Miller, W.R. & Wilbourne, P.L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders. *Addiction*, *97*, 265–277.
- Millon, T., & Davis, R. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: Guilford.
- Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F. et al. (2009). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2006 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, *1*, 5–16.
- Morey, L. C. & Blashfield, R. K. (1981). Empirical classification of alcoholism. A review. *Journal of studies on Alcohol*, *42*, 925-937.
- Morgenstern, J., Langenbucher, J., Labouvie, E., & Miller, K. J. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: Prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*, 74–84.
- Mulder, R. T. (2002) Alcoholism and personality. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *36*, 44-51.
- Mroczek, D. K., & Spiro, A. III, (2007). Personality change influences mortality in older men. *Psychological Science*, *18*, 371–376.

- Nerviano, V. J. & Gross, H. W. (1983). Personality types of alcoholics on objective inventories. A review. *Journal of studies on alcohol*, 44, 837-851.
- Ostendorf, F. (1990). *Sprache und Persönlichkeitsstruktur: Zur Validität des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit. Sprache und Persönlichkeitsstruktur [Language and structure of personality: The validity of the Five Factor Model of personality]*. Regensburg: S. Roderer
- Ostendorf, F. & Angleitner, A. (2004). NEO-PI-R - NEO Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae - Revidierte Fassung. Göttingen: Hogrefe.
- Patton, D., Barnes, G. E., & Murray, R. P. (1997). A personality typology of smokers. *Addictive Behaviors*, 22, 269–273.
- Peters, A. (2015). Goals to change oneself: a state and trait perspective on self-regulated personality development in adulthood. Dissertation, Universität Bielefeld.
- Prescott, C. & Kendler, K. (1999) Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins. *American Journal of Psychiatry*, 156, 34–40.
- Project Match Research Group (1997a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7–29.
- Project Match Research Group (1997b). Project Match secondary a priori hypotheses. *Addiction*, 92, 1671–1698.
- Quirk, S.W. & McCormick, R.A. (1998). Personality subtypes, coping styles, symptom correlates and substances of choice among a cohort of substance abusers. *Assessment*, 5, 157-169.
- Quirk, S. W., Christiansen, N. D., Wagner, S. H., & McNulty, J. L. (2003). On the usefulness of measures of normal personality for clinical assessment: Evidence of the incremental validity of the Revised NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 15, 311– 325.
- Raikkonen, K., & Keltikangas-Jarvinen, L. (1991). Hostility and its association with behaviorally induced and somatic coronary risk indicators in Finnish adolescents and young adults. *Social Science & Medicine*, 33, 1171–1178.

- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511–2518.
- Rist, F. & Watzl, H. (1989) Clusteranalysen von Persönlichkeitsmerkmalen – ein Weg zu differentiellen Therapiezuweisung bei Alkoholkranken. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 166-172.
- Rist, F. (2002). Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger: Der Beitrag kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren. *Sucht*, 48, 171–181.
- Roberts, B. W., Caspi, A., & Moffitt, T. (2001). The kids are alright: Growth and stability in personality development from adolescence to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 670 – 683.
- Roberts, B.W. & Jackson, J.J. (2008). Sociogenomic personality psychology. *Journal of personality*, 76, 1523-1544.
- Roberts, B. W., Walton, K., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132, 1–25.
- Roberts, B.W., Wood., D. & Caspi, A. (2008). The development of personality traits in adulthood. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Parvin (Eds.). *Handbook of Personality: Theory and Research* (3rd ed., pp. 375-398). New York: Guilford.
- Robins, R. W., Fraley, R. C., Roberts, B. W., & Trzesniewski, K. (2001). A longitudinal study of personality change in young adulthood. *Journal of Personality*, 69, 617–640
- Rottman, B. M., Ahn, W. K., Sanislow, C. A. & Kim, N. S. (2009). Can clinicians recognize DSM-IV personality dis- orders from five-factor model descriptions of patient cases? *American Journal of Psychiatry*, 166, 427–433.

- Ruiz, M. A., Pincus, A. L., & Schinka, J. A. (2008). Externalizing pathology and the Five-Factor Model: A meta-analysis of personality traits associated with antisocial personality disorder, substance use disorder, and their co-occurrence. *Journal of Personality Disorders, 22*, 365–388.
- Russell, J. A., & Carroll, J. M. (1999). On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin, 125*, 3–30.
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and *DSM-IV-TR* personality disorders: A facet-level analysis. *Clinical Psychology Review, 28*, 1326–1342.
- Scheller, R., Funke, J., Funke, W. & Klein, m. (1989) Clusteranalysen von Persönlichkeitsmerkmalen und ihre Bedeutung für differentielle Therapiemaßnahmen, Kommentar. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 18(4)*, 365-368.
- Schmitt, M. J., & Steyer, R. (1993). A latent state–trait model (not only) for social desirability. *Personality and Individual Differences, 14*, 519–529.
- Schroeder, M. L., Wormworth, J. A. & Livesley, W. J. (1992). Dimensions of personality disorder and their relationships to the big five dimensions of personality. *Psychological Assessment, 4*, 47–53.
- Schuckit, M.A., Tipp, J. E., Smith, T. L., Shapiro, E., Hesselbrock, V. M., Buchholz, K. K., Reich, T. & Nürnberger, J. I. (1995). An Evaluation of Type A and B alcoholics. *Addiction, 90*, 1189-1203.
- Schuckit, M. A. (1998). Biological, psychological, and environmental predictors of alcoholism risk: A longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol, 59*, 485–494.
- Sher, K. J., Trull, T. J., Bartholow, B. D., & Vieth, A. (1999). Personality and alcoholism: Issues, methods, and etiological processes. In E. Leonard & H. Blane (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism*. (pp. 54–105). New York: Guilford Press.
- Sher, K. J., & Trull, T. J. (2002). Substance use disorder and personality disorder. *Current Psychiatry Reports, 4(1)*, 25–29.

- Shrout, P.E. & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlation. *Uses in assessing rater reliability. Psychological Bulletin, 86*, 420-428.
- Simons, J. S., Gaher, R. M., Correia, C. J., Hansen, C. L., & Christopher, M. S. (2005). An affective-motivational model of marijuana and alcohol problems among college students. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*, 326–334.
- Singer, E., Blane, H.T., Kasschau R. (1964). Alcoholism and sozial isolation. *Journal of abnormal and social psychology, 69* (6), 681-685.
- Sonntag, D. & Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg. *Sucht, 46*(2), 92–176.
- Specht, J., Bleidorn, W., Denissen, J. J. A., Hennecke, M., Hutteman, R., Kandler, C. (2014). What drives adult personality development? A comparison of theoretical perspectives and empirical evidence. *European Journal of Personality, 28*(3), 216–230.
- Stewart, S. H., & Devine, H. (2000). Relations between personality and drinking motives in young adults. *Personality and Individual Differences, 29*, 495–511.
- Stewart, S. H., Loughlin, H. L., & Rhyno, E. (2001). Internal drinking motives mediate personality domain–drinking relations in young adults. *Personality and Individual Differences, 30*, 271–286.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., & Gallagher, P. E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 156*, 733–738.
- Small, B. J., Hertzog, C., Hultsch, D. F., & Dixon, R. A. (2003). Stability and change in adult personality over 6 years: Findings from the Victoria Longitudinal Study. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58*, 166–176.
- Smith, M.L, Glass, G.V. & Miller, T. L. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.

- Specht, J., Egloff, B., & Schmukle, S. C. (2013). Examining mechanisms of personality maturation: The impact of life satisfaction on the development of the Big Five personality traits. *Social Psychological and Personality Science*, 4, 181–189.
- Srivastava, S., John, O. P., Gosling, S. D., & Potter, J. (2003). Development of personality in early and middle adulthood: Set like plaster or persistent change? *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1041–1053.
- Terracciano, A., & Costa, P. T. (2004). Smoking and the five-factor model of personality. *Addiction*, 99, 472–481.
- Terracciano A, Costa PT Jr, McCrae RR (2006) Personality plasticity after age 30. *Personal Soc Psychol Bull* 32:999–1009
- Terracciano, A., Löckenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvenu, J., & Costa, P. T. (2008). Five-factor model personality profiles of drug users. *BMC Psychiatry*, 8, 1–10.
- teWildt, B.T., Siebrasse, P., Putzig, I., Dillo, W., Wiese, B., Szykik, G. R., Ohlmeier, M. D. & Wedegaertner, F. (2012). Co-Morbid Psychopathology of Patients with Pathological Internet Use and Alcoholism – A Comparative Study. *Journal of Addiction Research and Therapy*, S6:002
- Theakston, J. A., Stewart, S. H., Dawson, M. Y., Knowlton-Loewen, S. A. B., & Lehman, D. R. (2004). Big-Five personality domains predict drinking motives. *Personality and Individual Differences*, 37, 971–984.
- Tjon Pian Gi, S., Egger, J., Kaarsemaker, M. & Kreutzkamp, R. (2010). Does symptom reduction after cognitive behavioural therapy of anxiety disordered patients predict personality change? *Personality mental health*, 4, 237-245.
- Tragesser, S.L., Sher, J.K., Trull, T. J. & Park. A. (2007). Personality disorder symptoms, drinking motives, and alcohol use and consequences: cross sectional and prospective mediation. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 15 (3), 282-292.

- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review, 20*, 235–253.
- Trull, T. J., Waudby, C. J., & Sher, K. J. (2004). Alcohol, tobacco, and drug use disorders and personality disorder symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 12*, 65–75.
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, P. K. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: Gender, prevalence, and comorbidity with substance use disorders. *Journal of Personality Disorders, 24*, 412–426.
- Turiano, N. A., Pitzer, L., Armour, C., Karlamangla, A., Ryff, C. D., & Mroczek, D. K. (2012). Personality trait level and change as predictors of health outcomes: Findings from a national study of americans (MIDUS). *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences, 67*, 4–12.
- Turiano, N.A., Whiteman, S. D., Hampson, S. E., Roberts, B. W. & Mroczek, R. (2012). Personality and substance use in midlife: Conscientiousness as a moderator and the effects of trait change. *Journal of Research in Personality, 46*, 295-305.
- VanZile-Tamsen, C., Testa, M., Harlow, L. L., & Livingston, J. A. (2006). A measurement model of women's behavioral risk taking. *Health Psychology, 25*, 249-254.
- Verheul, R., Hartgers, C., Van Den Brink, W., & Koeter, M. W. J. (1998). The effect of sampling, diagnostic criteria and assessment procedures on the observed prevalence of DSM-III-R personality disorders among treated alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol, 59*, 227–236.
- Vollrath, M., & Torgersen, S. (2002). Who takes health risks? A probe into eight personality types. *Personality and Individual Differences, 32*, 1185–1197.
- Watson, D. (2000). *Mood and temperament. Emotions and social behaviour: Vol. 1.* New York: The Guilford Press.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin, 98*, 219–235.
- Watson, D. & Clark, L. A. (1997). Measurement and Mismeasurement of mood: Recurrent and emergent issues. *Journal of Personality Assessment, 68*(2), 267-296.

- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070.
- Watson, D., & Humrichouse, J. (2006). Personality development in emerging adulthood: Integrating evidence from self-ratings and spouse ratings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 959–974.
- Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J., & Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 820–838.
- Wiesbeck, G.A. (1997) Alkoholismus als psychische Störung Gibt es eine Suchtpersönlichkeit? Bayer-ZNS-Symposium, 12, pp.15-31.
- Wiesbeck, G. A. (2000). Untersuchungen zum „sensation seeking“ als Vergleichs-, Prädiktions- und Typisierungsmerkmal bei primärer Alkoholabhängigkeit. Habilitationsschrift. Würzburg.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1992). Personality and psychopathology: An application of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60, 363–393.
- Widiger, T.A., Trull, T. J., Clarkin, J.F., Sanderson, C. & Costa, P. T. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the five factor model of personality. In P.T. Costa & T. A. Widinger (Eds.), *Personality disorders and the five factor model of personality* (2nd ed., pp.89-99). Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T.A. (2011). Personality and Psychopathology. *World Psychiatry*, 10, 103-106.
- Wilhelm, P., & Perrez, M. (2008) Ambulantes Assessment in der Klinischen Psychologie und Psychiatrie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(3), 169-179.
- Willis SL, Martin M (2005) *Middle adulthood: a lifespan perspective*. Sage, Thousand Oaks
- Wilson, A. (1977). Towards a three-process learning theory of alcoholism. *British Journal of Addiction*, 72, 99-108.

- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreabilität*. Göttingen: Hogrefe.
- Witt, C., Treszl, A., Wegscheider, K. (2011). Comparative Effectiveness Research: Externer Validität auf der Spur. *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (46), 2468-2474.
- Wood, D., & Wortman, J. (2012). Trait means and desirabilities as artifactual and real sources of differential stability of personality traits. *Journal of Personality*, 80(3), 665–701.
- Zinbarg, R.E., Uliaszek, A.A. & Adler, J.M. (2008). The Role of Personality in Psychotherapie of Anxiety and Depression. *Journal of Personality*, 76 (6), 1649-1688.
- Zucker, R. A., Fitzgerald, H. E., & Moses, H. D. (1995). Emer- gence of alcohol problems and the several alcoholisms: A de- velopmental perspective on etiologic theory and life course trajectory. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 2. Risk, Disorder, and Adaptation* (pp. 677–711). New York: Wiley.

7. Anhang

Anhang A: Information für die Studienteilnehmer/innen und Einverständniserklärung

Anhang B: Prüfung des Forschungsvorhabens durch die DRV Bund

Patienteninformation zum Forschungsvorhaben „Sucht und Persönlichkeit“ in der Hellweg Klinik Oerlinghausen durch Dipl. Psych. Meike Rolfsmeyer

Sehr geehrter Rehabilitand,

diese Patienteninformation informiert Sie über das Forschungsvorhaben mit dem Titel:

„Sucht und Persönlichkeit“

Wir möchten Sie um die Beteiligung an diesem Projekt bitten. Zuvor erläutern wir Ihnen die Ziele des Projekts, benennen Verantwortliche, Ansprechpartner und beteiligte Stellen. Wir beschreiben den Ablauf des Projektes und Ihren Anteil daran. Als Schwerpunkte schildern wir, woher und wie die Forschungsdaten erhoben werden und wie wir mit den Daten umgehen.

Auf Grundlage dieser Information können Sie in aller Ruhe Ihre Entscheidung treffen, ob Sie teilnehmen möchten oder nicht. Diese Information können Sie in jedem Fall behalten. Falls Ihnen etwas unklar ist, können Sie sich an Frau Dipl. Psych. Rolfsmeyer wenden (Raum C13, Tel. 133).

1. Verantwortliche Stelle / Personen für das Forschungsvorhaben

Hauptverantwortung: Prof. Dr. Rainer Riemann
Universität Bielefeld
Fakultät für Psychologie
Arbeitseinheit für Differentielle Psychologie,
Persönlichkeitspsychologie und Psychologische Diagnostik

Ihr Ansprechpartner: Dipl. Psych. Meike Rolfsmeyer
Hellweg Klinik Oerlinghausen
Raum C13 (Flur der Gruppe 21)
Tel.: 133

2. Worum geht es bei diesem Forschungsvorhaben? Warum findet es während der Rehabilitation statt?

Sie erhalten hier alle notwendigen und geeigneten Behandlungen, die zur wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung Ihrer Gesundheit und Leistungsfähigkeit beitragen. Wir sind ständig bemüht, unser Behandlungsangebot den neuesten Erkenntnissen anzupassen und auch einen eigenen Beitrag hierzu zu leisten. Deshalb unterstützen wir das Forschungsvorhaben „Sucht und Persönlichkeit“. Frau Dipl. Psych. Meike Rolfsmeyer ist Mitarbeiterin unserer Rehabilitationseinrichtung und ist aktiv an der Sammlung der Daten beteiligt. Sie bildet die Verbindungsstelle zu dem Forschungsinstitut.

Ziel dieses Projektes ist es herauszufinden, ob man suchtkranke Menschen spezifischen Persönlichkeitstypen zuordnen kann und wenn ja, wie dies für die Therapieplanung und den Therapieprozess genutzt werden kann, so dass Sie als Patient eine möglichst optimale Therapie in unserem Haus erhalten.

Für die Datenauswertung werden statistische Programme verwendet. Je mehr Personen teilnehmen, umso aussagekräftiger werden die Ergebnisse. Es war deshalb nahe liegend, die Daten in einer Rehabilitationseinrichtung zu erheben, in der regelmäßig viele Patienten mit demselben Krankheitsbild behandelt werden.

3. Wie läuft das Projekt ab? Was sollen Sie tun?

Durch unsere Rehabilitationseinrichtung wurde vorab geprüft, ob Sie für die Teilnahme überhaupt in Frage kommen. Das ist der Fall. Daraufhin wurden Sie von Frau Dipl. Psych. Rolfsmeyer angesprochen. Sollten Sie sich für die Teilnahme entscheiden, werden Daten folgendermaßen erhoben:

- Sie erhalten von Frau Dipl. Psych. Rolfsmeyer Fragebögen, die Sie zu Beginn Ihres Aufenthaltes ausfüllen sollen. Das Ausfüllen dauert durchschnittlich ein bis zwei Stunden. Sie brauchen die Fragebögen nicht am Stück ausfüllen. Die Fragebögen erhalten Sie bereits vor Ihrer Einwilligung zur Einsicht.
- Die ausgefüllten Fragebögen bringen Sie zu einem Einzeltermin mit Frau Dipl. Psych. Rolfsmeyer wieder mit. An diesem Termin wird Frau Rolfsmeyer Ihnen noch ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrer Suchterkrankung stellen. Diese Angaben werden im Rahmen des Forschungsvorhabens benötigt.
- Bei Interesse wertet Frau Dipl. Psych. Rolfsmeyer die von Ihnen ausgefüllten Fragebögen noch in der Klinik aus und Sie erhalten in einem weiteren persönlichen Gespräch eine Rückmeldung.
- Den Fragebogen, den Sie zu Beginn ihrer Rehabilitationsmaßnahme eine Woche lang täglich ausfüllen, erhalten Sie nach ca. einem Monat erneut für eine Woche. Das tägliche Ausfüllen nimmt ca. 5 Minuten Zeit in Anspruch. Auch hier haben Sie die Möglichkeit in einem persönlichen Gespräch mit Frau Dipl. Psych. Rolfsmeyer eine Rückmeldung über Veränderungen zwischen den beiden Fragebögen zu erhalten.
- Darüber hinaus ist es notwendig, dass Frau Dipl. Psych. Rolfsmeyer mit Ihrer Einwilligung Daten aus Ihrer Krankenakte entnimmt. Es werden Daten zu Ihrer Diagnose und zum Therapieerfolg benötigt. Ohne diese Daten ist das gesamte Forschungsvorhaben nicht sinnvoll durchzuführen. Wir bitten Sie daher, in die Nutzung dieser Daten einzuwilligen (siehe Einwilligung).

4. Wie wird mit den Forschungsdaten umgegangen? Wer erfährt die Namen der Teilnehmer?

Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind immer dann zu berücksichtigen, wenn Daten einer Person zugeordnet werden können. Für die wissenschaftliche Auswertung spielt ihr Name jedoch keine Rolle. Wie es die Datenschutzgesetze fordern, werden die für die Auswertung vorgesehenen Daten ohne Personenbezug streng getrennt von den Namen aufbewahrt (§ 40 Bundesdatenschutzgesetz). Ihren Namen benötigen wir nur, um die o. g. Daten aus der Krankenakte entnehmen zu können und damit Sie eine individuelle Auswertung durch Frau Dipl. Psych. Rolfsmeyer erhalten können.

Für die spätere Auswertung spielt Ihr Name keine Rolle. Deshalb verwenden wir in den Fragebögen und den Forschungsdaten nicht Ihren Namen. Der Name wird durch eine Forschungsnummer ersetzt. Frau Dipl. Psych. Rolfsmeyer führt eine Zuordnungsliste (Aufbau: Name, Forschungsnummer). Die Liste ist nur ihr bekannt, sie wird niemandem sonst bekannt gegeben, auch nicht dem wissenschaftlichen Forschungsinstitut. Nach Abschluss der Datenerhebung ist die Zuordnungsliste nicht mehr erforderlich und wird gemeinsam mit Ihrer Einwilligung vernichtet.

Die Auswertung der Daten erfolgt nur mit der Forschungsnummer. Es kann kein Personenbezug hergestellt werden. Alle Auswertungen werden anonym, also ohne Ihren Namen, durchgeführt. Weder aus den Forschungsdaten noch aus den Ergebnissen kann auf Sie oder andere Teilnehmer zurück geschlossen werden.

Die Zuordnung zu Namen ist also nur in der Hellweg Klinik Oerlinghausen möglich und hier nur Frau Dipl. Psych. Rolfsmeyer. Auch ihr ist diese Zuordnung nur in dem Zeitraum der Datenerhebung zu dem o. g. Zweck möglich. Die erhobenen Daten werden nicht in der Klinik

aufbewahrt, sondern sofort dem Forschungsinstitut zugeleitet. Durch diese strenge Trennung erreichen wir, dass niemand unnötig Forschungsdaten mit Ihren Namen verbinden kann. Dennoch gelten die Forschungsdaten in diesem Zeitraum als „personenbezogene Daten“ im Sinne der Datenschutzgesetze. Wir dürfen die Daten deshalb nur mit Ihrer ausdrücklichen, freiwilligen und schriftlichen Einwilligung erheben und auswerten (§ 4b Bundesdatenschutzgesetz). Zudem sind alle Forscher zum vertraulichen Umgang mit Ihren Daten verpflichtet worden.

Die Forschungsdaten werden gespeichert und mit Statistikprogrammen ausgewertet. Alle Ergebnisse sind nie auf Einzelpersonen bezogen. Aus den Ergebnissen kann auch nicht auf Ihren Namen geschlossen werden. Um zu verhindern, dass die gespeicherten Forschungsdaten später mit anderen Daten vermischt und darüber ggf. wieder einer Person zugeordnet werden können, werden alle Daten nach der Auswertung gelöscht.

5. Freiwilligkeit

Ihre Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig. **Ihre Daten werden nur verwendet werden, wenn Sie die Einwilligung unterschrieben haben.** Sofern Sie eine Teilnahme nicht wünschen, brauchen Sie die Einwilligung nicht abzugeben. Sie müssen Ihre Entscheidung nicht begründen oder rechtfertigen.

Weder aus der Teilnahme noch aus der Nichtteilnahme erwachsen Ihnen Nachteile. Wie auch Ihre Entscheidung ausfallen mag, sie hat auf die Durchführung Ihrer Rehabilitationsmaßnahme keinen Einfluss.

Sie können jederzeit, also auch bei bereits erteilter Einwilligung und ohne Angabe von Gründen, ausscheiden. Teilen Sie Ihren Wunsch dann bitte Frau Dipl. Psych. Rolfsmeyer mit. Wir werden Ihren Namen dann in der Zuordnungsliste löschen und, wenn Sie es ausdrücklich wünschen, werden wir auch ihre für die Forschung gesammelten Daten löschen.

6. Bitte um Teilnahme

Wenn Sie das Vorangegangene gelesen haben, Ihnen der Inhalt klar ist und Sie an der Studie teilnehmen möchten, bitten wir Sie, die Einwilligungserklärung zu unterschreiben und bei Frau Dipl. Psych. Rolfsmeyer abzugeben. Sie erhalten eine Durchschrift. Bewahren Sie auch dieses Informationsschreiben auf, damit Sie jederzeit nachlesen können, in was Sie eingewilligt haben.

Sollten Sie nicht teilnehmen wollen, müssen Sie nichts unternehmen. Ihre Daten werden nur verwendet, wenn Sie eingewilligt haben.

7. Was erfährt meine Krankenkasse oder mein Rentenversicherungsträger?

Dieses Forschungsvorhaben erfolgt im eigenen Interesse der Universität Bielefeld und wird von der Hellweg Klinik Oerlinghausen unterstützt. Ihre Krankenkasse und Ihr Rentenversicherungsträger sind über die Durchführung des Projekts informiert. Es wird niemandem mitgeteilt, welche Patienten im Einzelnen teilgenommen haben oder nicht.

(Dr. med. Dipl. Psych. Thomas Redecker)

(Dipl. Psych. Meike Rolfsmeyer)

**Einwilligung in das Forschungsvorhaben „Sucht und Persönlichkeit“ in der
Hellweg Klinik Oerlinghausen durch Dipl. Psych. Meike Rolfsmeyer**

Name:

Vorname:

Geb.datum:

Ich bin über Inhalt und Zweck des Forschungsvorhabens „Sucht und Persönlichkeit“, das in Verantwortung von Prof. Dr. Rainer Riemann von der Universität Bielefeld durchgeführt wird und zur Erlangung des Doktorgrades von Dipl. Psych. Meike Rolfsmeyer dient, informiert worden. Zu diesem Zweck wurde mir ein Informationsschreiben ausgehändigt.

Mir wurde versichert, dass keine personenbezogenen Angaben (Name, Geburtsdatum, Adresse) oder sonstige Angaben, welche Rückschlüsse auf meine Person zulassen, an Dritte weitergegeben werden.

Ich möchte das Forschungsvorhaben durch meine Beteiligung unterstützen und willige ein, Fragebögen auszufüllen, die mir ausgehändigt werden.

Insbesondere bin ich damit einverstanden, dass Frau Dipl. Psych. Rolfsmeyer Diagnosen und das Therapieergebnis aus der Krankenakte entnimmt und in anonymer Form unter einer Forschungsnummer an das wissenschaftliche Forschungsinstitut übermittelt. Ich entbinde Frau Dipl. Psych. Rolfsmeyer und gegebenenfalls weitere Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Mir wurde versichert, dass mein Name auf der Zuordnungsliste nach Weitergabe der Forschungsdaten an das Forschungsinstitut gelöscht und dieses Dokument vernichtet wird, damit kein Rückschluss auf meine Person möglich ist.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann.

Unter diesen Voraussetzungen erkläre ich meine Einwilligung für die Teilnahme an dem Forschungsvorhaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Aktenzeichen
8022-3-H-Oerlinghausen, Hellweg-Klinik/08



**Deutsche
Rentenversicherung**
Bund

Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin

Hellweg-Klinik
Herrn Dr. Redecker
Robert-Kronfeld-Str. 12
33813 Oerlinghausen

Abteilung Rehabilitation

Hohenzollerndamm 46/47
10713 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin
Telefon 030 865-1
Telefax 030 865-27240
Servicetelefon 0800 100048070
www.deutsche-rentenversicherung-
bund.de
drv@drv-bund.de

EINGEGANGEN
21. Okt. 2008

Ansprechpartner:

Herr Fuhrmann
Telefon 030 865-82768
Telefax 030 865-82954
drv@drv-bund.de

Sprechzeiten:

Mo. - Do. 8 - 17 Uhr, Fr. 8 - 15 Uhr

Kopie: F.v. Loh
F. Redecker

Datum: 17. Oktober 2008

Forschungsprojekt "Sucht und Persönlichkeit"

Sehr geehrter Herr Dr. Redecker,

unter Bezugnahme auf Ihren Antrag zum oben genannten Forschungsprojekt teilen wir Ihnen mit, dass nach Abschluss der fachlichen, datenschutzrechtlichen und verwaltungsseitigen Prüfung einer Teilnahme von Patienten der Deutschen Rentenversicherung Bund an dem Forschungsprojekt zugestimmt werden kann.

Wir bitten Sie, uns zu gegebener Zeit über vorliegende Ergebnisse der Studie einen Abschlussbericht zu übersenden.

Mit freundlichen Grüßen

Frank Fuhrmann

Seite 1 von 1

Bankverbindungen:

Bundesbank	BLZ 100 000 00
SEB	BLZ 100 101 11
Dresdner Bank Filiale Berlin I	BLZ 100 800 00
Commerzbank AG	BLZ 100 400 00
Postbank	BLZ 100 100 10
Deutsche Bank Filiale Berlin	BLZ 100 700 00
Berliner Volksbank	BLZ 100 900 00
Landesbank Berlin - Berliner Sparkasse	BLZ 100 500 00

Konto	10001601
Konto	1000310300
Konto	433044400
Konto	200100600
Konto	0077000106
Konto	017845900
Konto	8843004017
Konto	0990007014

IBAN	DE97 1000 0000 0010 0016 01
IBAN	DE45 1001 0111 1000 3103 00
IBAN	DE79 1008 0000 0433 0444 00
IBAN	DE61 1004 0000 0200 1006 00
IBAN	DE44 1001 0010 0077 0001 06
IBAN	DE06 1007 0000 0017 8459 00
IBAN	DE62 1009 0000 8843 0040 17
IBAN	DE36 1005 0000 0990 0070 14

Institutionskennzeichen (IK): 111170019

BIC	MARKDEF1100
BIC	ESSEDEF5100
BIC	DRESDEFXXX
BIC	COBADEFFXXX
BIC	PNBKDEFF
BIC	DEUTDEB3XXX
BIC	BEVODEBB
BIC	BELADEBEXXX