

Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaften

**Selbstwirksamkeitserwartung, Rückfallzuschreibung und
Rückfallrisiko in einer klinischen Stichprobe
alkoholabhängiger Probanden**

**INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der
Philosophischen Fakultät
der
Westfälischen Wilhelms-Universität
zu
Münster (Westf.)**

vorgelegt von
Dagmar Maria Jenko
aus Paderborn

2007

Tag der mündlichen Prüfung: 29. Januar 2008

Dekan: Prof. Dr. Dr. h.c. Wichard Woyke

Referent: PD Dr. Ralf Demmel

Korreferent: Prof. Dr. Renate de Jong-Meyer

*Pour ce qui est de l'avenir,
il ne s'agit pas de le prévoir,
mais de le rendre possible.*

*Was die Zukunft betrifft,
so ist deine Aufgabe nicht,
sie vorauszusehen,
sondern sie zu ermöglichen.*

(Antoine de Saint-Exupéry. Die Stadt in der Wüste / La citadelle, 1948)

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung.....	1
2. Sozial-kognitive Theorie des Rückfalls.....	4
3. Selbstwirksamkeitserwartung.....	10
3.1 Theoretische Einbettung der Selbstwirksamkeitserwartung	10
3.2 Quellen für die Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung	13
3.3 Wirkmechanismen von Selbstwirksamkeitserwartungen	15
3.4 Selbstwirksamkeitserwartung im Rückfallprozess	17
3.4.1 Selbstwirksamkeitserwartung als Prädiktor im Rückfallprozess.....	18
3.4.2 Operationalisierung von abhängigkeitsbezogener Selbstwirksamkeit.....	20
3.4.3 Inflationäre Selbstwirksamkeitserwartung alkoholabhängiger Patienten...22	
3.4.4 Selbstwirksamkeitserwartung im Zusammenspiel mit anderen Faktoren im Rückfallprozess	25
4. Rückfallzuschreibung.....	26
4.1 Theoretische Einbettung von Kontrollüberzeugungen und Attributionsmustern	26
4.2 Quellen von Zuschreibungstendenzen	29
4.3 Wirkmechanismen von Zuschreibungen.....	30
4.4 Ursachenzuschreibungen im Rückfallprozess.....	33
4.5 Ursachenzuschreibung und Selbstwirksamkeitserwartung im Rückfallprozess..	38
5. Ziele und Hypothesen der Untersuchung.....	41
6. Methode Teil 1-3.....	43
6.1 Probanden.....	43
6.2 Instruktion und Ablauf	47
6.3 Messinstrumente & -verfahren.....	49
6.3.1 Das standardisierte Telefoninterview	52
6.4 Methode Teil 1 - Skalenentwicklung des RZI	53
6.4.1 Itemgenerierung	53
6.4.2 Antwortformat.....	54
6.4.3 Instruktion	54
7. Ergebnisse.....	55
7.1 Ergebnisse Teil 1 - Itemanalyse, Faktorenanalyse und Gütekriterien des RZI....	55

7.1.1 Fehlende Werte	56
7.1.2 Itemanalyse	56
7.1.3 Faktorenstruktur	58
7.1.4 Itemkennwerte und interne Konsistenz.....	65
7.1.5 Stabilität der Faktorenstruktur	68
7.1.6 Validierung des Rückfall-Zuschreibungs-Inventars (RZI)	72
7.2 Ergebnisse Teil 2 - Selbstwirksamkeitserwartung und Rückfallzuschreibung (im Zusammenhang mit konsumbezogenen Variablen)	75
7.3. Ergebnisse Teil 3 - Determinanten des Behandlungserfolgs (Follow-up-Erhebung).....	78
7.3.1 Rückfall und soziodemografische sowie Konsumvariablen	78
7.3.2 Rückfall und Fragebogenergebnisse	82
7.3.3 Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung zur Follow-up-Erhebung	82
7.3.4 Analyse verschiedener Determinanten im Rückfallprozess.....	94
8. Diskussion.....	98
8.1 Diskussion Teil 1 - Entwicklung des Rückfall-Zuschreibungs-Inventars.....	98
8.1.1 Bereichsspezifische versus globale Erfassung von Zuschreibungsmustern	102
8.1.2 Retrospektive versus prospektive Erfassung von Zuschreibungsmustern	103
8.2 Diskussion Teil 2 – Selbstwirksamkeitserwartung und Rückfallzuschreibung.	104
8.2.1 Selbstwirksamkeitserwartung, Rückfallzuschreibung und konsumbezogene Daten	107
8.3 Diskussion Teil 3 - Determinanten des Behandlungserfolgs	108
8.3.1 Selbstwirksamkeit und Veränderungsbereitschaft.....	108
8.3.2 Optimisten und Pessimisten.....	111
8.3.3 Prädiktion des Behandlungserfolgs.....	114
9. Zusammenfassung.....	117
Literaturverzeichnis.....	120
Anhang	
Danksagung	
Erklärung	
Curriculum vitae / Lebenslauf	

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Das Modell des Rückfallprozesses nach Marlatt (1985b)	S. 5
Abbildung 2	Darstellung der Stichproben	S. 44
Abbildung 3	Eigenwertdiagramm (Scree-Plot) des RZI	S. 58
Abbildung 4	Verteilungen der Summenwerte der RZI-Skalen	S. 67
Abbildung 5	Eigenwertdiagramm (Scree-Plot) des RZI, Teilstichprobe 1 ($n_1 = 209$)	S. 69
Abbildung 6	Eigenwertdiagramm (Scree-Plot) des RZI, Teilstichprobe 2 ($n_2 = 210$)	S. 69
Abbildung 7	Balkendiagramm der abstinence self-efficacy und Veränderungsbereitschaft zu T_0 und T_1 für die erreichte Follow-up-Stichprobe nach der Gruppierung Optimisten (O; $44 < n < 48$) / Pessimisten (P; $54 < n < 57$) und Abstinente (A; $52 < n < 55$) / Rückfällige (R; $47 < n < 51$)	S. 85
Abbildung 8	Ausprägung der abstinence self-efficacy in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt und Abstinenzstatus für die Optimisten und die Pessimisten	S. 87
Abbildung 9	Ausprägung der Veränderungsbereitschaft in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt und Abstinenzstatus für die Optimisten und die Pessimisten	S. 90

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Stichprobenmerkmale bezüglich soziodemografischer und Konsumvariablen	S. 46
Tabelle 2	Antwortverteilung auf die RZI-Items und Schwierigkeitsindizes (p_i)	S. 57
Tabelle 3	Faktorladungen und Itemkennwerte der 28 Items (Hauptkomponentenanalyse und orthogonale Varimax-Rotation mit forcierter Drei-Faktoren-Lösung)	S. 61
Tabelle 4	Faktorladungen und Itemkennwerte der verbleibenden Items der RZI-Skalen bei der drei-faktoriellen Lösung	S. 62
Tabelle 5	Faktorladungen und Itemkennwerte der 28 Items (Hauptkomponentenanalyse und orthogonale Varimax-Rotation mit forcierter Vier-Faktoren-Lösung)	S. 63
Tabelle 6	Faktorladungen und Itemkennwerte der verbleibenden Items der Skalen bei der vier-faktoriellen Lösung	S. 64
Tabelle 7	Korrigierte Trennschärfekoeffizienten und Fremdtrennschärfen	S. 66
Tabelle 8	Drei-faktorielle Lösung für die Gesamtstichprobe und die beiden Teilstichproben	S. 71
Tabelle 9	Korrelation der RZI und der IPC-Skalen und Interkorrelationen der IPC-Skalen ($N=417$)	S. 73
Tabelle 10	Korrelation der RZI-Skalen, Selbstwirksamkeitserwartung und konsumbezogenen Daten zu T_0	S. 77
Tabelle 11	Soziodemografische und Konsumvariablen der abstinenten und rückfälligen Probanden	S. 80
Tabelle 12	Interkorrelation der abstinence self-efficacy und Veränderungsbereitschaft zu T_0 und T_1	S. 83

Tabelle 13	Ergebnisse der 2 x 2 x 2 (Abstinenzstatus x Optimismus x Messzeitpunkte) Varianzanalyse mit Messwiederholung hinsichtlich der abstinence self-efficacy bei der erreichten Follow-up-Stichprobe ($n = 90$)	S. 86
Tabelle 14	Abstinenz-Selbstwirksamkeitserwartungen und Veränderungsbereitschaft der abstinenten und rückfälligen Optimisten und Pessimisten	S. 88
Tabelle 15	Ergebnisse der 2 x 2 x 2 (Abstinenzstatus x Optimismus x Messzeitpunkte) Varianzanalyse mit Messwiederholung hinsichtlich der Veränderungsbereitschaft bei der erreichten Follow-up-Stichprobe ($n = 90$)	S. 89
Tabelle 16	Deskriptive Statistik soziodemografischer sowie der Konsumvariablen und von Fragebogendaten für die Optimisten und Pessimisten	S. 92
Tabelle 17	Korrelationstabelle der Variablen Alter, Zuschreibungsmuster, Selbstwirksamkeit und der konsumbezogenen Maße	S. 94
Tabelle 18	(Inter-)Korrelationstabelle der konsumbezogenen Maße	S. 95
Tabelle 19	Zusammenfassung der Logistischen Regressionsanalysen, Methode: Einschluss (AV: Rückfall vs. Abstinenz).	S. 97

1. EINLEITUNG

Alkoholabhängigkeit ist eine häufige und schwerwiegende psychische Störung, die meist mit gravierenden medizinischen, beruflichen und sozialen Problemen einhergeht (Überblick in Bühringer et al., 2002). Nach dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2000, einer Repräsentativerhebung zum Konsum psychotroper Substanzen (Kraus & Augustin, 2001), sind etwa 3% der deutschen Bevölkerung über 18 Jahre alkoholabhängig (gemäß der Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen [DSM-IV-TR], American Psychiatric Association [APA], 2000) und bei weiteren 3% liegt Alkoholmissbrauch vor. Zudem rechnet man, orientiert an den Richtlinien der British Medical Association (1995), bei 10,4 Millionen Personen mit riskantem Konsum (durchschnittlich mehr als 30 g Reinalkohol pro Tag bei Männern und mehr als 20 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen). Der Erhebung von Kraus und Augustin zufolge sind weniger als 5% der Personen mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit oder Alkoholmissbrauch in störungsspezifischer Behandlung.

Die wirtschaftliche Belastung für das deutsche Gesundheitssystem durch Alkoholabhängigkeit und –missbrauch wird auf 20,6 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt (Bundesministerium für Gesundheit, 2000). Umso dramatischer erscheint die unzureichende und ineffektive Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch die Betroffenen (Wienberg, 1992). In verschiedenen Studien werden mittel- und langfristige Rückfallraten von über 50% nach erfolgreich abgeschlossener stationärer Entwöhnungsbehandlung berichtet (Küfner, Feuerlein & Huber, 1988; Missel et al., 1997). Der Druck auf Seiten der Kostenträger und Behandler zur Identifizierung kostengünstiger und effektiver Behandlungsformen ist somit enorm. Gerade aus diesem Grund wurde in den letzten Jahren vermehrt Forschungsfragen zur Identifikation von Einflussfaktoren auf den Behandlungserfolg nachgegangen.

Eine differenzierte und die Forschung vorantreibende Betrachtung von rückfallsteuernden Faktoren wurde durch die sozial-kognitiven Modelle angeregt. Die wohl einflussreichsten Theorien innerhalb dieser Rückfallmodelle gehen auf Marlatt (1985a, 1985b) und Annis (1986) zurück. Bei der Erklärung der Rückfallgenese greifen diese Modelle auf kognitive Merkmale, Verhaltensdefizite und soziale bzw. situative

Einflussfaktoren zurück (Überblick in Leonard & Blane, 1999). Trotz der Popularität dieser Rückfalltheorien steht die empirische Absicherung des prädiktiven Beitrags der einzelnen Komponenten noch aus. Vorliegende Untersuchungen liefern teilweise widersprüchliche Ergebnisse (für einen Überblick siehe Körkel & Lauer, 1995). Das in dem Modell von Marlatt angenommene Ineinandergreifen einzelner Komponenten wurde zudem bis heute nicht hinreichend belegt.

Unumstritten bleibt jedoch, dass kognitive Faktoren, d.h. intrapersonelle Merkmale, die prinzipiell einer Analyse und Modifikation zugänglich sind, einen wesentlichen Einfluss auf die Abstinenz besitzen (z. B. Beck, Wright, Newman & Liese, 1997). In den sozial-kognitiven Rückfallmodellen nimmt die Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten eine zentrale Rolle ein und stellt eine dominante Größe zur Vorhersage des Behandlungserfolgs dar (z. B. Demmel, 2002b). Zukünftige Abstinenz hängt demnach im Wesentlichen davon ab, welche Zuversicht der Abhängige in seine Fähigkeit hat, dem Verlangen widerstehen zu können. Allerdings konnten Studien wiederholt belegen, dass alkoholabhängige Probanden dazu tendieren, überzuversichtlich zu sein (z. B. Burling et al., 1989). Weitgehend unerforscht ist bislang, welche Ursachen die inflationäre Selbstwirksamkeitserwartung hat und wie Selbstwirksamkeitserwartung in das Zusammenspiel mit anderen den Rückfallprozess steuernden Faktoren eingebettet ist (z. B. DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995; Demmel, Nicolai & Jenko, 2006).

Eine Erklärung für den Überoptimismus könnte in der selbstwertdienlichen Zuschreibung eigener Misserfolge auf externale Faktoren liegen (siehe Polivy & Herman, 2002). Gemäß der Theorie von Marlatt (1985a, 1985b) lässt sich eine Beziehung zwischen auf die Zukunft gerichteten Selbstwirksamkeitserwartungen und der vom Abhängigen vorgenommenen Ursachenzuschreibung zurückliegender Rückfälle annehmen. Von Interesse ist darüber hinaus, inwieweit Zuschreibungsmuster für *prospektiven* (Miss-) Erfolg mit Selbstwirksamkeitserwartungen in Zusammenhang stehen, da bei aktuell vorherrschenden Annahmen und Erwartungen eine höhere Handlungswirksamkeit und damit Relevanz im Rückfallprozess vermutet werden kann (z. B. Gwaltney, Shiffman, Balabanis & Paty, 2005).

Ausgehend von den oben angeführten Darstellungen hat die vorliegende Arbeit das Ziel, das Phänomen inflationärer Selbstwirksamkeitserwartung durch die Analyse des

Zusammenhangs von Selbstwirksamkeitserwartung und Rückfallzuschreibung weiter zu beleuchten und einen weiteren Beitrag zur Identifikation rückfallkritischer Faktoren und interagierender kognitiver Variablen zu liefern. Daher wird der Fokus auf die Rolle von Selbstwirksamkeitserwartungen und Rückfallzuschreibungen im Behandlungsverlauf sowie auf das Gefüge dieser beiden Variablen gelegt.

Im folgenden Kapitel werden ausgehend vom Rückfallmodell von Marlatt (1985a, 1985b) zentrale psychologische Einflussfaktoren, die das Rückfallgeschehen bedingen, begleiten oder aus ihm folgen, abgeleitet und dargestellt. Bedeutsame empirische Studien und theoretische Hintergründe, die den Einfluss von Rückfallzuschreibungen und Selbstwirksamkeitserwartungen auf die erfolgreiche Aufrechterhaltung der Abstinenz näher beleuchten, werden dabei dargestellt.

2. SOZIAL-KOGNITIVE THEORIE DES RÜCKFALLS

Die sozial-kognitive Theorie des Rückfalls nach Marlatt und Gordon (1985) gehört sicherlich zu den am meisten verbreiteten Theorien zur Erklärung des Rückfallgeschehens und hat durch Modifikationen und Differenzierungen, die ausgehend von Forschungsbefunden und theoretischen Überlegungen vorgenommen wurden, nicht an Bedeutsamkeit verloren (Witkiewitz & Marlatt, 2004). Sie hat jedoch nicht allein Einfluss auf die empirische Forschung, sondern findet auch im klinischen Behandlungsalltag Verwendung, sei es in Manualen für Behandler (z. B. Körkel & Schindler, 2003) oder in der Selbsthilfeliteratur für Betroffene (z. B. Lindenmeyer, 2005).

In dem ursprünglichen Modell von Marlatt (1985b) sowie auch in dem von Witkiewitz & Marlatt (2004) modifizierten *Dynamic Model of Relapse* hängt es von den kognitiven und behavioralen Bewältigungsstrategien des freiwillig abstinenten Abhängigen ab, ob er hochrisikoreiche Situationen (high risk situations) meistert oder rückfällig wird. Risikosituationen werden von Marlatt definiert als "any situation that poses a risk or threat to the individual's perception of control" (1985a, S.132). Dies können für den einen belastende emotionale Zustände, für den anderen sozialer Druck und Geselligkeit sein. Kommt es in der Risikosituation zu einem *Lapse*,¹ so entscheiden die anschließenden kognitiven und emotionalen Prozesse über den weiteren Verlauf und das Abgleiten in frühere Konsumgewohnheiten (Relapse).

Wie aber kommt es zu einem Lapse bzw. Relapse? Welche kognitiven und emotionalen Faktoren determinieren das Rückfallgeschehen?

"Three interlocking cognitive mediators play significant roles in the relapse process" (Marlatt, 1985a, S.128). Selbstwirksamkeitserwartungen, positive Alkoholwirkungserwartungen und Kausalattributionen sind die drei entscheidenden Einflussgrößen im Rückfallprozess (siehe Abbildung 1). Diese drei Komponenten sollen im Folgenden näher beleuchtet werden, wobei die Betrachtung der Komponenten Selbstwirksamkeitserwartung und Kausalattribution/Kontrollüberzeugung im Vordergrund steht. Die Darstellung erfolgt an dieser Stelle unter Bezugnahme auf die sozial-kognitive

¹ *Lapse* - von Marlatt eingeführter Begriff, der das erstmalige Brechen der Abstinenz bezeichnet und eine Abgrenzung vom *Relapse* (Rückfall) darstellen soll

Theorie von Marlatt und Gordon (1985) und wird in den spezifischen Abschnitten zu Selbstwirksamkeitserwartung (Kapitel 3) und Rückfallzuschreibung (Kapitel 4) um weitere empirische Befunde und theoretische Überlegungen ergänzt.

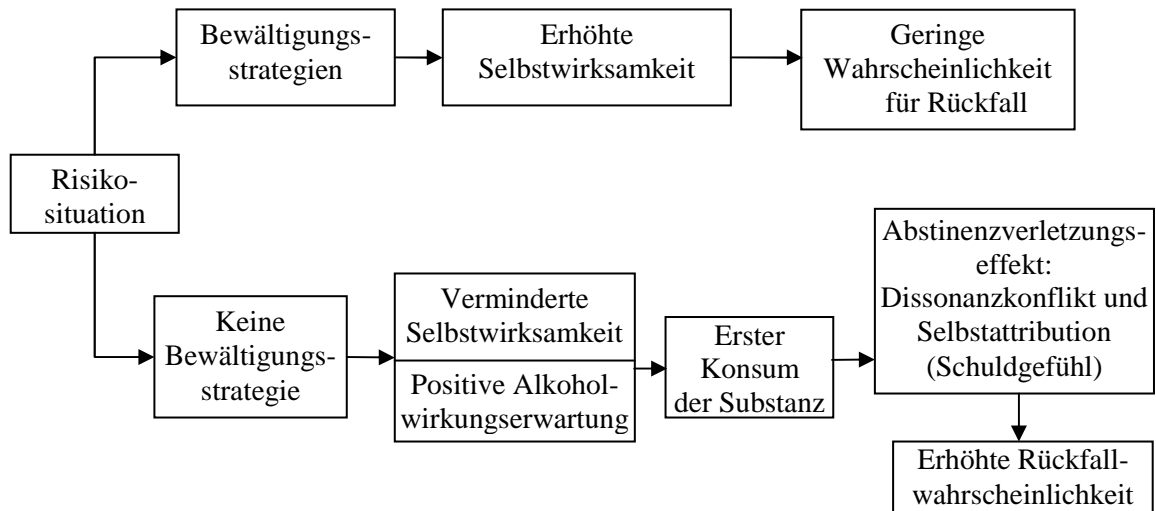


Abbildung 1. Das Modell des Rückfallprozesses nach Marlatt (1985b)

Selbstwirksamkeitserwartung gilt als das zentrale Konstrukt in der Sozialen Lerntheorie von Bandura. Dort definiert er, "self-efficacy is concerned with judgements about how well one can organize and execute courses of action required to deal with prospective situations that contain many ambiguous, unpredictable, and often stressful, elements" (Bandura, 1981, S. 200-201). Im Rahmen des Rückfallprozesses entsteht ein individueller Abgleich erlebter Hochrisikosituationen auf der einen Seite und der selbsteingeschätzten Bewältigungskompetenz auf der anderen Seite. Ist im Sinne der Theorie die Selbstwirksamkeitserwartung hoch, so sinkt die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls. Ist die Selbstwirksamkeitserwartung dagegen niedrig, so steigt die Gefahr rückfällig zu werden. Körkel (2001) formuliert hierzu, dass zum System dysfunktionaler kognitiver Muster einerseits eine zu geringe, andererseits aber auch eine überoptimistische Zuversicht, kritische Situationen ohne Alkoholkonsum bewältigen zu können, gehören. Für weitere Studien zur empirischen Untermauerung dieser These sei auf Kapitel 3.4 verwiesen.

Marlatt (1985a) geht, in Anlehnung an die Arbeit von Bandura (1986), davon aus, dass Bewältigungserfahrungen das Selbstwirksamkeitserleben und damit die erfolgreiche Aufrechterhaltung der Abstinenz fördern. Dies hebt die Bedeutsamkeit von Trainings zur

Erweiterung von Coping-Fertigkeiten in therapeutischen Settings hervor (z. B. Ito, Donovan & Hall, 1988). Verfügt der Abhängige nicht über ausreichende Strategien zur Bewältigung und besitzt er wenig Selbstwirksamkeitserwartung, so ist diese "Wahrnehmung ... häufig gekoppelt an ein gesteigertes Gefühl der Hilflosigkeit und Resignation" (Hessmann & de Jong-Meyer, 1993, S. 7). Diese dysfunktionalen kognitiven und emotionalen Zustände führen in der Folge zu negativen Situations-Handlungs-Erwartungen und somit herabgesetzter Handlungsbereitschaft, was letztlich die Aufnahme gewohnter Automatismen und kompensatorischer, emotionsregulierender Aktionen, hier Alkoholkonsum, begünstigt (z. B. Beck, Wright, Newman & Liese, 1997).

Alkoholwirkungserwartungen sind ein weiterer wichtiger Prädiktor für Verhaltensveränderungen im Rahmen der Sozialen Lerntheorie (z. B. Demmel, Beck & Lammers, 2003). "Outcome expectancies are based on the anticipated effects of engaging in a particular behaviour" (Marlatt, 1985a, S. 136). Spezifischer ausgedrückt, sind sie die von einer Person antizipierten *kurzfristigen* Effekte des Alkoholkonsums. Die erwarteten Folgen betreffen dabei physische, affektive, verhaltensbezogene und auch soziale Aspekte. Die Betonung liegt hierbei auf *antizipierte* Effekte, denn tatsächliche und erwartete Folgen einer konsumierten Substanz können durchaus unterschiedlich sein (z. B. Kirsch, 1999). Marlatt und Rohsenow (1981) geben einen Überblick über Untersuchungen nach dem Balanced Placebo Design, die belegen, dass Placeboeffekte einen höheren Einfluss haben als tatsächliche pharmakologische Wirkungen.

Dabei beeinflussen die erwarteten Folgen den Entscheidungs- und Handlungsprozess einer Person. In verschiedenen Studien konnte nachgewiesen werden, dass Rückfälle durch positive Alkoholwirkungserwartungen forciert werden (z. B. Demmel, Beck & Lammers, 2003; de Jong-Meyer, Brodd, Schiereck, Schimm und Skaletz, 1993; zusammenfassend Jones, Corbin & Fromme, 2001) und durch negative Wirkungserwartungen verringert werden können (z. B. Jones & McMahon, 1994). Ist nun die Zuversicht eines Abhängigen, eine Situation abstinent zu überstehen, gering, die Erwartungen, durch Alkohol die Situation meistern zu können, hingegen hoch, so steigt die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls. Die jeweiligen Erwartungen werden dabei situationsspezifisch aktiviert, sei es, dass ein Abhängiger erwartet, durch den Konsum selbstsicherer in sozialen Interaktionen aufzutreten oder dass die Hoffnung entsteht, durch Alkohol negative emotionale Zustände wie Minderwertigkeitserleben zu kompensieren (siehe Körkel & Schindler, 2003).

Selbstwirksamkeitserwartungen und Alkoholwirkungserwartungen sind somit in dem Modell Antezedenzen des Lapse. Kognitive und emotionale Prozesse, die ausgelöst durch den Konsum auftreten, bestimmen den weiteren Rückfallprozess und entscheiden darüber, ob es zu einem vollständigen Rückfall kommt oder bei einem einmaligen Lapse bleibt. Die Prozesse, die den Übergang vom Lapse zum Rückfall begünstigen, werden von Marlatt (1985b) unter dem Abstinence-Violation-Effect (deutsch: Abstinenz-Verletzungs-Effekt [AVE]) zusammengefasst.

Typischerweise kommt es nach dem Lapse zu einem Rückfallschock. Der Betroffene erlebt die Unvereinbarkeit seines ursprünglichen Abstinenzziels mit dem aufgetretenen Lapse als kognitive Dissonanz (Festinger, Irle & Möntmann 1978), und selbstwerttangierende Affekte wie Schuld- und Schamgefühle treten auf (Hessmann & de Jong-Meyer, 1993). Der Rückfällige versucht in der Folge, den Widerspruch zwischen dem erlebten Handeln und dem selbstgewählten Abstinenzziel aufzulösen und Ursachen sowie Verantwortlichkeiten (Kausalattributionen) zu klären. Durch eine Definition des eigenen Selbst als *abhängig* oder *krank*, im Sinne von *unfähig, die Kontrolle über das süchtige Verhalten aufrecht zu erhalten*, kann die erlebte Dissonanz reguliert und eine Erklärung geschaffen werden, die aber durch ihre Stigmatisierung die Aufgabe des Abstinenzziels begünstigt (Beck et al., 1997).

Kausalattributionen, die nach dem ersten erneuten Konsum von dem Abhängigen vorgenommen werden, tragen somit entscheidend zum weiteren Verlauf des Rückfallprozesses bei. Besonders ungünstig ist nach Marlatt (1985a) die Attribution des Rückfalls auf internale, globale und stabile Faktoren, was gleichzusetzen ist mit einem erlebten Mangel an Willensstärke und nicht-vorhandener Selbstkontrolle. Wird folglich durch den Lapse die Auffassung angestoßen, dass ein Überschreiten der selbstgesetzten Abstinenzregel das vollständige Scheitern und die Aufgabe der Abstinenz bedeutet - in der Terminologie der kognitiven Therapie (Ellis, 1977; Beck et al., 1997) das Alles-oder-Nichts-Denkmuster angestoßen - so steigt die Wahrscheinlichkeit eines vollständigen Rückfalls (Beck et al., 1997). Zunehmend wird in kognitiv gelagerten Suchttherapien diesen Denk- und Attributionsmustern Rechnung getragen und eine kognitive Umstrukturierung forciert (zusammenfassend siehe Beck et al., 1997). Empirische Untersuchungen zum AVE liefern widersprüchliche Ergebnisse. In einer Untersuchung von Walton, Castro und Barrington (1994) konnte das Konstrukt des AVE bestätigt

werden. Rückfällige tendierten im Unterschied zu Probanden, die nach einem Lapse wieder abstinent wurden, dazu, mehr internale, globale und stabile Attributionen vorzunehmen. Auch die Abstinenter attribuieren internal, allerdings ihre Erfolge. Nach Abramson, Alloy und Metalsky (1995) unterscheiden sich depressive und nicht-depressive Probanden gerade hinsichtlich der Valenz der Ereignisse (hier: Erfolge vs. Misserfolge), die internal attribuiert werden, voneinander. Im Sinne des Abstinence-Violation-Effects begünstigen negative emotionale Affekte einen internalen Attributionsstil von Misserfolgen (Marlatt, 1985a). Allerdings kann über die Richtung des Zusammenhangs bis dato keine empirisch abgesicherte Aussage getroffen werden, denn auch die umgekehrte Reihenfolge, ein durch ungünstige Attribution ausgelöster negativer affektiver Zustand, ist theoretisch plausibel. Bis heute steht aufgrund widersprüchlicher und oft nur einzelne Determinanten berücksichtigender Studien eine empirische Absicherung des AVE aus. Einerseits mangelt es an prospektiven Studien, andererseits wird der Spezifizierung bezüglich der Art und des Ausmaßes vom Zusammenwirken der einzelnen Komponenten in der wissenschaftlichen Forschung kaum Rechnung getragen (zusammenfassend siehe Körkel und Lauer, 1995).

Marlatts Theorie zog zahlreiche theoretische Überlegungen und empirische Untersuchungen nach sich, welche unter anderem in eine Modifikation des ursprünglichen Modells, das Dynamic Model of Relapse (Witkiewitz & Marlatt, 2004) integriert wurden. Auch diese neueren Erklärungsmodelle nutzen dabei Konstrukte, die bereits im Modell von Marlatt zentral sind und weisen daher Ähnlichkeiten auf. Doch so komplex und vielfältig die Suchtgenese unterschiedlicher Betroffener sein kann, so uneindeutig sind auch die Antezedenzen eines Rückfalls, und bis heute sind weder Behandler noch Forscher in der Lage, das Auftreten eines solchen auch nur annähernd präzise vorherzusagen. "No single model adequately accounts of 'relapse' events" (Miller, 1996, S. 16).

In der modernen Suchtbehandlung ist man zudem dazu übergegangen, die Motivation der Klienten nicht mehr als notwendige Ausgangsvariable zur Initiierung einer Behandlung zu sehen. Vielmehr sind die Stärkung der Motivation und die Reflexion der eigenen Zielsetzungen zentrale Bestandteile der Therapie. Geprägt wurde dieser Zugang vor allem von Miller und Rollnick (1999) durch ihren Behandlungsansatz *Motivational Interviewing*. Im Zuge dieses neuen Verständnisses von Motivation als sich verändernde und zu

unterstützende Kerngröße im Aufbau von Abstinenzfähigkeit wurde vermehrt versucht, die intrapsychischen Faktoren, welche die Richtung und Stärke der Motivation determinieren, zu verstehen und zu beeinflussen. Auch vor diesem Hintergrund besitzen die beschriebenen Modelle und Variablen in der heutigen Forschung besondere Relevanz.

In der vorliegenden Arbeit werden daher zwei, in der Forschung zur Rückfallgenese im Fokus stehende, intrapsychische Faktoren, Selbstwirksamkeitserwartung und Kausalattribution/Kontrollüberzeugung, näher beleuchtet. Neben der theoretischen Einbettung wird in den folgenden Kapiteln ein Einblick in die aktuelle Forschungslage zu den Konstrukten und deren Bedeutung im Rückfallgeschehen gegeben.

3. SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG

In diesem Kapitel soll zunächst eine theoretische und methodologische Einbettung des Konstrukts Selbstwirksamkeitserwartungen erfolgen. Ferner werden Erkenntnisse über die Entstehung und Ausprägung von Selbstwirksamkeitserwartungen sowie den Einfluss, den Selbstwirksamkeitserwartungen auf Verhalten, Emotionen und Kognitionen haben, dargestellt. Ausgehend von der allgemeinen Einführung soll der Bogen zur Bedeutung des Konstrukts für den Rückfallprozess geschlagen werden. Dabei wird die aktuelle Forschungslage dargestellt und im Besonderen das Phänomen des Deckeneffekts, die überoptimistische Selbstwirksamkeitserwartung abstinenter wie rückfälliger Patienten, betrachtet (z. B. Demmel & Beck, 2004). Mit der vorliegenden Arbeit soll unter anderem versucht werden dieses Phänomen weiter aufzuklären und die Beziehung von Selbstwirksamkeitserwartung zu anderen den Rückfall bedingenden Determinanten näher zu erforschen.

3.1 Theoretische Einbettung der Selbstwirksamkeitserwartung

"Perceived self-efficacy is defined as people's judgements of their capabilities to organize and execute courses of action required to attain designated types of performances" (Bandura, 1986, S. 391). Self-efficacy - übersetzt als Selbstwirksamkeitserwartung oder Zuversicht - gilt nach Auffassung zahlreicher Behandler als zentrale Kenngröße für eine erfolgreiche psychotherapeutische Intervention (z. B. Demmel, 2002b). Der Bedeutsamkeit von Kognitionen wird seit der kognitiven Wende in Therapie und Forschung Rechnung getragen. Zahlreiche Therapieansätze bemühen sich um die Identifikation und Modifikation dysfunktionaler, oft selbstwertschädigender Gedankenmuster, zu denen auch die unrealistische Einschätzung der eigenen Kompetenz zählt (vgl. Wilken, 1998). Durch die Soziale Lerntheorie Banduras (1977, 1982, 1986) gewann das Konstrukt Selbstwirksamkeitserwartung an Bedeutung und rückte innerhalb der letzten zweieinhalb Jahrzehnte in das Zentrum des Forschungsinteresses. Daher soll an dieser Stelle zunächst ein allgemeiner Überblick gegeben werden, nicht zuletzt, da

innerhalb der Forschung zum Konstrukt Selbstwirksamkeitserwartung terminologische und konzeptionelle Ungenauigkeiten existieren (siehe Forsyth & Carey, 1998).

Nach einer Durchsicht von 65 Studien, die Selbstwirksamkeit zum Forschungsgegenstand hatten, stellten Forsyth und Carey (1998) fest, dass in 45% der Studien die Art der Erhebungsmethode inadäquat ist und andere Konstrukte als Selbstwirksamkeit erfasst wurden. Die Autoren schließen daraus, "reliable and valid measurement of self-efficacy is challenging" (Forsyth & Carey, 1998, S. 559).

Forsyth und Carey betrachten drei Merkmale zur Erfassung von Selbstwirksamkeit als zentral. "Measures that are consistent with SET [self-efficacy theory] should share three features: beliefs, behaviors, and circumstances" (Forsyth & Carey, 1998, S.561). Items sollten nach Ansicht der Autoren die Überzeugung des Probanden, die Fähigkeit ein spezifisches Verhalten in einem bestimmten Verhaltensbereich unter definierten externen Umständen zu besitzen, abbilden.

Ausgehend von diesem Postulat fanden Forsyth und Carey (1998) bei ihrer Durchsicht zahlreiche Konfundierungen und Erhebungsfehler. So beschreiben die Autoren, dass in Untersuchungen im Kontext von HIV-Risikoreduktion statt der *Zuversicht*, ein bestimmtes präventives Verhalten auszuüben, das *Wissen* über diese Präventionsmaßnahmen erfasst wurde. Auch die bloße Erfassung von *Meinungen* über bestimmte Verhaltensweisen genügt der Definition von Selbstwirksamkeit nicht, denn Werthaltungen stehen nach Auffassung von Forsyth und Carey zwar in Zusammenhang mit Emotionen, nicht jedoch mit der Ausübung von Verhaltensweisen. So ist denkbar, dass eine Person es als peinlich oder aversiv erachtet, sich in einer bestimmten Art zu verhalten, sich aber dennoch in der Lage sieht, dieses Verhalten zu zeigen. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass auch die wahrgenommene Schwierigkeit bezogen auf die Ausführung einer Verhaltensweise nicht mit der Zuversicht, die Fähigkeit zur Ausführung eben diesen Verhaltens zu besitzen, verwechselt werden darf.

Zur Erhöhung der diskriminanten Validität ist ebenso eine klare Abgrenzung von anderen ähnlichen Konstrukten wie Selbstkonzept und Selbstwert notwendig. Bandura (1986) definiert Selbstkonzept als ein übergreifendes Verständnis der eigenen Person, das durch direkte Erfahrung und Urteile wichtiger Bezugspersonen ausgebildet wird. Die Abgrenzung zur Selbstwirksamkeit liegt in der Komplexität letzterer, die über

verschiedene Schwierigkeitsgrade, Aktivitäten und externe Bedingungen variiert. Der Selbstwert ergibt sich demgegenüber aus der Bewertung der dem eigenen Selbst zugeschriebenen Merkmale (Maddux, 1995). Dementsprechend kann sich eine Person als mit einer Reihe von Fertigkeiten ausgestattet fühlen und dennoch ein geringes Selbstwertgefühl erleben, sofern sie eben diesen Eigenschaften keinen Wert beimisst.

Maddux (1995) verweist darauf, dass Selbstwirksamkeit nicht gleichzusetzen sei mit Ergebniserwartung. Beide determinieren auf unterschiedliche Art und in Abhängigkeit von Kontrollüberzeugungen das gezeigte Verhalten. Ist eine Person davon überzeugt, dass externe Umstände einen größeren Einfluss auf das intendierte Ergebnis nehmen als das eigene Verhalten, so kann sie trotz hoher Überzeugung von der eigenen Leistungsfähigkeit passiv bleiben. Ergebniserwartungen, welche unter anderem durch Kontrollüberzeugungen moderiert werden, nehmen somit zusätzlich zur Selbstwirksamkeitserwartung Einfluss auf Reaktionsweisen des Individuums. "Self-efficacy (is not) ...an expectancy for goal attainment (but) ... a belief that one is capable of performing behaviors that might lead to goal attainment" (Maddux, 1995, S.16).

Forsyth und Carey (1998) fordern, dass die Erhebung von Selbstwirksamkeit unter klar beschriebenen Umständen und in eng definierten Verhaltensbereichen erfolgen soll. In der Forschung wird die Frage nach der Überlegenheit generalisierter vs. aufgabenspezifischer Selbstwirksamkeit hingegen kontrovers diskutiert. Nach Bandura variiert Selbstwirksamkeit hinsichtlich des Grades der Generalisierbarkeit. So kann wahrgenommene Selbstwirksamkeit in einem Bereich einen überstrahlenden Effekt und Einfluss auf die selbsteingeschätzte Wirksamkeit in anderen Bereichen haben, in denen ähnliche Fertigkeiten und Rahmenbedingungen ausschlaggebend sind (z. B. Bandura, 1990). Dennoch ist auch nach Auffassung von Bandura (1986) und Maddux (1995) der Erklärungswert bereichsspezifisch erfasster Selbstwirksamkeit für Verhalten und andere psychologische Variablen deutlich höher. Diese These ist konform zu den Ergebnissen zahlreicher Studien, die den Zusammenhang von Einstellung und Verhalten näher untersuchen. Danach sind zur Prädiktion von Verhalten spezifische Einstellungsmessungen besser geeignet als globale Einstellungsmessungen (zusammenfassend siehe Ajzen & Fishbein, 1980). Einige neuere Forschungsansätze betrachten Selbstwirksamkeitserwartungen auch als ein additives Konstrukt, dass sich aus einer relativ

stabilen (*baseline*) Selbstwirksamkeitserwartung und einer situationsabhängigen variablen Selbstwirksamkeitserwartung zusammensetzt (z. B. Gwaltney, Shiffman & Sayette, 2005, Witkiewitz & Marlatt, 2004).

Einige Forscher versuchten empirisch zu untermauern, dass erlebter Erfolg und Misserfolg zum allgemeinen Selbstwirksamkeitserleben beitragen und dieses über Situationen hinweg generalisiert (z. B. Chen, Gully, Whiteman & Kilcullen, 2000; Scholz, Dona, Sud & Schwarzer, 2002). Judge, Erez, Bono und Thoreson (2002) konnten jedoch nachweisen, dass bei der Erfassung der globalen Selbstwirksamkeit gehäuft eine konzeptionelle Unschärfe besteht und, wie oben bereits skizziert, eine statistisch signifikante Korrelation mit dem Konstrukt Selbstwert vorliegt. Smith, Kass, Rotunda & Schneider (2006) geben einen Überblick bezüglich der prädiktiven Güte aufgabenspezifisch versus global erfasster Selbstwirksamkeit. Aufgabenspezifische Selbstwirksamkeit soll demnach aufgabenbezogene Leistung und globale Selbstwirksamkeitserwartung entsprechend Verhalten über Dimensionen vorhersagen. Ein direkter Vergleich spezifischer und globaler Selbstwirksamkeit ist jedoch bis dato nur bedingt möglich, da nur wenige Studien vorliegen, die beide Konstrukte erfassen (Smith et al., 2006).

3.2 Quellen für die Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung

Wie lässt sich Selbstwirksamkeitserwartung beeinflussen bzw. welche Quellen bestimmen die Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung einer Person? Eine im therapeutischen Kontext relevante Frage, insofern davon ausgegangen werden kann, dass das Selbstwirksamkeitserleben im Zusammenhang mit der gezeigten Verhaltensänderung steht (Demmel, 2002b).

Bandura (1986) geht von vier, Maddux (1995) von sechs determinierenden Quellen zur Ausbildung des Selbstwirksamkeitserlebens aus. Bei genauer Betrachtung kommen beide Autoren im Wesentlichen zu denselben Einflussvariablen. Als zentrale Quelle sehen sie das *Erleben eigener Leistung* an. Erfolg steigert, Misserfolg schwächt das Gefühl eigener Selbstwirksamkeit. Smith et al. (2006) konnten in einem Experiment nachweisen, dass die aufgabenspezifische Selbstwirksamkeit der Probanden in Abhängigkeit von der

rückgemeldeten Leistung manipuliert werden konnte. Einschränkend wirkt auf einen derartigen Rückschluss, wenn erlebte Misserfolge eher auf Umstände bzw. mangelnde Anstrengung attribuiert, also entsprechende Kausalattributionen wirksam werden (Maisto, et al., 1999). Bei bereits ausgeprägter hoher aufgabenspezifischer Selbstwirksamkeitserwartung neigen Personen dazu, Misserfolge eher selbstwertdienlich durch externale Ursachen oder durch temporäre Faktoren zu erklären, was auch durch die Theorie der kognitiven Dissonanz erklärt werden kann (Festinger et al., 1978).

Auch das *Erleben erfolgreicher anderer, ähnlicher Personen* im eigenen Umfeld kann im Sinne stellvertretenden Modelllernens die Ausbildung der eigenen Selbstwirksamkeitserwartung positiv beeinflussen. Gerade wenn noch keine eigenen Erfahrungen gemacht werden konnten, werden zur Einschätzung der eigenen Bewältigungskompetenzen zunächst externe Hinweisquellen genutzt (z. B. Fliegel, Groeger, Künzel, Schulte & Sorgatz, 1998). In therapeutischen Settings wird aus diesem Grund auf imaginative Vorstellungen und verdecktes Modelllernen zurückgegriffen; Methoden, bei denen durch das Verinnerlichen, in diesem Fall in der Fantasie, erfolgreicher Aufgabenbewältigung die Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten gesteigert werden soll (z. B. Williams, 1995).

Verbale Bekräftigung durch andere ist eine potenzielle, jedoch nicht so einflussreiche Quelle für die Ausbildung von Selbstwirksamkeit. Nach Bandura (1986) entwickeln eher die negativen Aussagen anderer ihre entmutigende Wirkung. Die so unterschätzte eigene Bewältigungsfähigkeit findet dann gemäß einer selbsterfüllenden Prophezeiung durch reduzierte Anstrengungsbereitschaft und entsprechende Erwartungen und Wahrnehmungsfokussierung ihre Bestätigung.

Physiologische Zustände können als interne Rückmeldung zur Einschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit ebenso herangezogen werden. So werden internale Prozesse des autonomen Nervensystem, die mit einem erhöhten Arousal verbunden sind, meist als Indikatoren für eine Bedrohung erlebt und entsprechend mit einer Einschränkung der erlebten Selbstwirksamkeit gekoppelt (Maddux, 1995). Bei Abhängigen kann Craving, welches meistens als aversiv und bedrohlich eingeschätzt wird, zu einer Reduktion in der Wahrnehmung der eigenen Selbstkontrolle und Selbststeuerungsfertigkeiten führen (z. B. Tretter & Müller, 2001).

Maddux (1995) sieht in *emotionalen Zuständen* einen weiteren Wirkfaktor für die Ausprägung von Selbstwirksamkeit. So stehen depressive Zustände und geringe

Erwartungen hinsichtlich der eigenen Fertigkeiten in engem, empirisch abgesichertem Zusammenhang (z. B. Gwaltney, Shiffman & Sayette, 2005; Williams, 1995).

3.3 Wirkmechanismen von Selbstwirksamkeitserwartungen

Nach Bandura (1986) ist kompetentes Handeln von zwei Faktoren abhängig: Fähigkeiten und der Überzeugung diese effektiv einsetzen zu können. In unterschiedlichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass wahrgenommene Selbstwirksamkeit in verschiedenen Settings einen von der tatsächlichen Fähigkeit unabhängigen Einfluss auf die Leistung nimmt (z. B. Gore, 2006; Wood & Locke, 1987). So konnte in einer Untersuchung mit Schülern belegt werden, dass die selbsteingeschätzte mathematische Kompetenz einen signifikanten Einfluss auf die Aufgabenbearbeitung hatte (Collins, 1982). In einer Meta-Analyse konnte der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Arbeitsleistung nachgewiesen werden (Stajkovic & Luthans, 1998).

Worin liegen nun die Ursachen für den Einfluss von Selbstwirksamkeitserwartungen auf die tatsächliche Leistung? Nach Maddux (1995) gibt es drei Haupteinflussrichtungen von Selbstwirksamkeit, die in ähnlicher Form auch schon von Bandura (1986) benannt wurden. So beeinflusst die Zuversicht in die eigene Kompetenz sowohl die *Wahl der eigenen Ziele* als auch das *Durchhaltevermögen* während der Verfolgung dieser Ziele (z. B. Killpack, 2006; Locke, Frederick, Lee & Bobko, 1984). Hier hat hohe Selbstwirksamkeitserwartung einen doppelten Effekt. Einerseits wählt der Zuversichtliche herausforderndere Ziele, erreicht diese aber auch eher, da er basierend auf seiner Selbstwirksamkeitserwartung bei Widerständen nicht so schnell aufgibt (z. B. Maddux & Lewis, 1985). Mau (2003) konnte in einer Studie zeigen, dass neben der Studienleistung die fachspezifische Selbstwirksamkeitserwartung einen signifikanten Effekt auf das Durchhaltevermögen von Studierenden hatte.

Selbstwirksamkeit steht zudem in Zusammenhang mit *spezifischen Gedanken* und *Emotionen* und nimmt darüber Einfluss auf die Aufgabenbewältigung (z. B. Bandura,

1986). Personen, die sich selbst für unfähig halten, erleben einerseits mehr emotionalen Stress und fokussieren mehr auf sich selbst und das eigene Ungeschick, was den Verlust kognitiver Ressourcen zur Folge hat. Höhere Selbstwirksamkeitserwartung geht jedoch gerade deswegen mit einer effizienteren Aufgabenbewältigung einher, da bei hoher Selbstwirksamkeitserwartung die Aufmerksamkeit auf die Bewältigung der Aufgabe gerichtet wird; Personen agieren "task diagnostic" statt "self diagnostic" (Maddux & Lewis, 1995, S. 44). Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung tendieren nach Bandura (1989) eher dazu, sich die eigene erfolgreiche Aufgabenbewältigung geistig vorzustellen und diese mentalen Bilder als positiven Ansporn in der Zielverfolgung zu nutzen. Personen mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung erwarten hingegen eher persönliche Misserfolge und nehmen eine Bestätigung ihres negativen Selbstkonzepts schneller wahr. In der Folge geben sie schneller auf und zeigen weniger Durchhaltevermögen (Maddux & Lewis, 1995).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Selbstwirksamkeitserwartungen durch viele unterschiedliche internale Verarbeitungsprozesse Einfluss auf das tatsächliche Leistungsniveau nehmen. Kognitive Entscheidungs- und Verarbeitungsprozesse sind ebenso betroffen wie emotionale Prozesse. Hinzu kommen Faktoren der Informationsverarbeitung, Aufmerksamkeitslenkung und Gedächtnisprozesse. Für weitere Erläuterungen sei an dieser Stelle auf die Theorien zur selektiven Wahrnehmung und Informationsverarbeitung (Festinger et al., 1978) verwiesen. Für das klinische Behandlungssetting gilt somit, "die Erwartungen des Patienten - »Ich werde es (nicht) schaffen« ... (als auch die) des Therapeuten - »Dieser Patient wird es (nicht) schaffen!« - können eine »self-fulfilling prophecy« sein" (Demmel, 2002b, S. 454). Abschließend soll trotz der unangezweifelten und vielfach empirisch untermauerten Bedeutsamkeit der Selbstwirksamkeitserwartung davor gewarnt werden, unreflektierte Selbstüberschätzung mit adäquater und zielführender Zuversicht zu verwechseln (Demmel, 2002b; Polivy & Herman 2002).

3.4 Selbstwirksamkeitserwartung im Rückfallprozess

Nach dieser allgemeinen theoretischen Abhandlung des Konstrukts Selbstwirksamkeitserwartung wird im folgenden Abschnitt der Fokus auf die Bedeutung von Selbstwirksamkeitserwartung im Rückfallprozess gelegt.

Nachdem jahrelang rückfällig gewordene alkoholabhängige Patienten als nicht motiviert oder nicht willensstark klassifiziert wurden, konnten durch kritische Betrachtung solcher unzureichenden Erklärungsmuster weitere Einflussfaktoren auf die Abstinenz des Betroffenen identifiziert werden, unter anderem die Selbstwirksamkeitserwartung (z. B. Miller & Rollnick, 1991). Willensstärke, verstanden als motivationale Stärke, kann über die Verbundenheit zum Abstinenzziel eine Voraussetzung zur Zielerreichung, nicht jedoch der alleinige Weg zum Ziel sein (z. B. Marlatt, 1985b). Bewältigungsstrategien und die Zuversicht diese erfolgreich einsetzen zu können, sind nach Ansicht von Marlatt zentrale Determinanten für eine erfolgreiche Zielverfolgung. *Wollen* und *Können* sowie die *Überzeugung vom eigenen Können* sind demnach gleich bedeutsam und nur im Zusammenschluss zielführend. Ohne den Aufbau alternativer Verhaltensstrategien und die Zuversicht, diese in risikoreichen Situationen einsetzen zu können, ist der Rückgriff auf automatisierte, kurzfristig erfolgreiche Verhaltensweisen, in diesem Fall der Konsum von Alkohol, naheliegend (z. B. Shiffman & Wills, 1985).

In sozial-kognitiven Rückfallmodellen nimmt die Selbstwirksamkeitserwartung eine zentrale Rolle ein (z. B. Witkiewitz & Marlatt, 2004; Niaura, 2000; Annis & Davis, 1989; Marlatt, 1985b). Hiernach soll eine hohe Kompetenzerwartung den Abstinenzverlauf, auch nach einem Lapse, positiv beeinflussen. Gemäß der Theorie von Marlatt und Gordon (1985) sind Personen mit einer hohen Zuversicht, kritische, rückfallgefährliche Situationen abstinent bewältigen zu können, eher in der Lage, Bewältigungsstrategien effizient einsetzen zu können. Erfolgreiche Zielverfolgung soll ferner das Erleben von Kompetenz stärken und Rückfälle unwahrscheinlicher machen. Die Einflussnahme von abstinenzbezogener Selbstwirksamkeitserwartung auf Verhaltensweisen, Gedanken, Emotionen und Wahrnehmungsprozesse gleicht den allgemeinen Wirkmechanismen von Selbstwirksamkeitserwartungen, wie sie in Kapitel 3.3 dargestellt sind. Dass Alkoholabhängige eine hohe Zuversicht in die eigene Abstinenzfähigkeit entwickeln

können und dies sogar im Sinne der Theorien als positiver Prädiktor gesehen wird, widersprach lange Zeit dem Verständnis von Abhängigkeit, bei dem Kontrollverlust ein zentrales Diagnosekriterium darstellt (ICD-10, World Health Organization [WHO], 2001; DiClemente et al., 1995). "For those who see addictions as completely beyond the control of the individual, the notion that one can feel efficacious about modification, control, or abstinence of these behaviors may seem a contradiction" (DiClemente et al., 1995, S. 110).

3.4.1 Selbstwirksamkeitserwartung als Prädiktor im Rückfallprozess

Im Folgenden soll der Zusammenhang von Selbstwirksamkeitserwartung und Abstinenz durch die Darstellung zentraler empirischer Untersuchungen untermauert werden. Es konnte in einer Vielzahl von Studien nachgewiesen werden, dass die Selbstwirksamkeitserwartung während der Behandlung ansteigt und mit der Abstinenz nach der Therapie in positivem Zusammenhang steht (z. B. Burling, Reilly, Moltzen & Ziff, 1989; Solomon & Annis, 1990). Allerdings finden sich in den Studien Unterschiede hinsichtlich der erhobenen Rückfallvariablen und der prädiktiven Bedeutsamkeit von Selbstwirksamkeit in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt. Diese Unterschiede werden im Folgenden dargestellt.

In einer Studie von Solomon und Annis (1990) korrelierte die zu Behandlungsbeginn erfasste Selbstwirksamkeitserwartung bezogen auf die Kompetenz, dem Drang zu starkem Alkoholkonsum widerstehen zu können, mit der Konsummenge drei Monate nach Entlassung. Weder konnte eine Korrelation zwischen Alkoholwirkungserwartungen und Konsummustern direkt nach der Entlassung nachgewiesen werden, noch korrelierte die Selbstwirksamkeitserwartung mit dem Rückfallrisiko an sich oder der Häufigkeit eines Lapse. Burling et al. (1989) fanden einen statistisch bedeutsamen Zusammenhang zwischen dem Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartung während der Behandlung und dem Rückfallrisiko nach sechs Monaten. Die Selbstwirksamkeitserwartung bei Entlassung korrelierte hingegen nicht mit dem Rückfallrisiko. In einer anderen Untersuchung zeigte sich ein korrelativer Zusammenhang zwischen dem Rückfallrisiko nach sechs Monaten und nach einem Jahr zur bei Behandlungsbeginn, nicht jedoch zur bei Behandlungsende erfassten Selbstwirksamkeitserwartung (Rychtarik, Prue, Rapp & King, 1992). Andere Untersuchungen belegen den prädiktiven Wert von Selbstwirksamkeitserwartungen, gemessen bei Behandlungsende (z. B. Goldbeck, Myatt & Aitchison, 1997; Fäh, Sieber & Uchtenhagen, 1991; Sitharthan & Kavanagh, 1991).

Neben dem Erfassungszeitpunkt der selbsteingeschätzten Selbstwirksamkeitserwartung, gibt es auch zur Länge des Follow-up-Intervalls unterschiedliche Befunde und Überlegungen. Neuere Forschungsansätze fassen Selbstwirksamkeitserwartungen als dynamisches veränderliches Konstrukt auf und betonen die Notwendigkeit zeitnaher Erhebungen (z. B. Witkiewitz & Marlatt, 2004; Gwaltney, Shiffman & Sayette, 2005). Gwaltney, Shiffman, Balabanis & Paty (2005) konnten durch wiederholte tägliche Messung der Selbstwirksamkeitserwartung mittels PDAs den ersten Rückfall und durch Veränderungen in den täglich erhobenen Messwerten den weiteren Verlauf nach dem Rückfall bei Rauchern vorhersagen. Bereits Bandura (1986) vermerkte, dass zeitlich nähere Selbsteinschätzungen in engerer Verbindung zu Verhalten stehen als weiter zurückliegende. Dabei spielt seiner Meinung nach jedoch eher "the potency of intervening experiences, not the amount of time elapsed" (Bandura, 1986, S. 396) die entscheidende Rolle. Untersuchungen belegen, dass nicht allein die Erfahrungen und Erlebnisse, sondern die *Art der Verarbeitung* der Erfahrungen darüber entscheidet, ob Selbstwirksamkeitserwartungen angepasst werden. So konnte nachgewiesen werden, dass Abhängige trotz erlebter Rückfälle ihre Bewältigungseinschätzung nicht nach unten korrigierten (z. B. Demmel, 2002b).

Einige Untersuchungen konnten aufzeigen, dass der Zusammenhang von Selbstwirksamkeitserwartungen und Abstinenz durch andere Einflussfaktoren moderiert wird. Neben der selbsteingeschätzten Abstinenzfähigkeit scheint der an die stationäre Behandlung anschließende Nachsorgeprozess eine Moderatorfunktion einzunehmen, so dass diese Variable bei der Ermittlung prädiktiver Zusammenhänge kontrolliert werden sollte. McKay, Maisto und O'Farrell (1993) konnten einen Zusammenhang zwischen der erfassten Selbstwirksamkeitserwartung zu Behandlungsende und Konsumvariablen aufzeigen, welcher nur für die Gruppe der Patienten galt, die nicht an einem Nachsorgeprogramm teilnahmen.

In verschiedenen Studien wurde überprüft, inwieweit die erlebte Selbstwirksamkeit in Zusammenhang mit den von Prochaska, DiClemente und Norcross (1992) im transtheoretischen Modell beschriebenen fünf Phasen der Veränderungsbereitschaft stehen. Ausgangspunkt der Modellentwicklung war eine Weiterentwicklung eines dichotomen Verständnisses von Motivation als vorhanden oder nicht vorhanden zu einem Phasenmodell. Mit Durchlaufen der Phasen Precontemplation, Contemplation, Preparation,

Action und Maintenance steigt gemäß der Modellannahmen die Selbstwirksamkeitserwartung kontinuierlich an. Demmel, Beck, Richter und Reker (2004) konnten einen positiven Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit und der Veränderungsbereitschaft nachweisen. In einer Untersuchung von Sklar, Annis und Turner waren die Selbstwirksamkeitswerte auf dem *Drug Taking Confidence Questionnaire* (Annis & Martin, 1985), einem Verfahren zur Erhebung der Bewältigungszuversicht, für die Probanden, die sich in der Handlungs- und Aufrechterhaltungsphase befanden, am höchsten ausgeprägt. Einen interessanten Befund lieferten Strom und Barone (1993). In ihrer Studie unterschieden sich Langzeit-Abstinente nicht von den Nicht-Abstinenten hinsichtlich ihrer Abstinenz-Selbstwirksamkeitserwartung. In einer zweiten Studie der Autoren konnte durch die Erfassung der Selbsttäuschung mittels des *Balanced Inventory of Desirable Responding* (Paulhus, 1984) aufgeklärt werden, dass die hohen Selbstwirksamkeitswerte der Nicht-Abstinenten mit hohen Werten auf der Selbsttäuschungsskala assoziiert waren (Strom & Barone, 1993).

Aus diesen Befunden lässt sich ableiten, dass zur Interpretation von Selbstwirksamkeitswerten andere Personenmerkmale und psychologische Variablen mit erfasst werden sollten, da sonst vorhandene Zusammenhänge überdeckt werden. In der jüngeren Forschung wird diesem Anspruch Rechnung getragen. Unter anderem aufgrund des verstärkten Interesses, den immer wieder gefundenen Deckeneffekt - eine unrealistische überoptimistische Einschätzung der eigenen Bewältigungsfertigkeiten - erklären zu können (z. B. Demmel et al., 2006). Unangefochten bleibt jedoch nach Ansicht verschiedener Forscher die prädiktive Bedeutsamkeit von Selbstwirksamkeitserwartungen für das Rückfallrisiko (z. B. Demmel, 2002b; Maddux, 1995).

Wie aufgeführt, kann sowohl eine genauere Betrachtung der Operationalisierung und Erfassungsmethode des Konstrukts Selbstwirksamkeit als auch die Kenntnis der Stichprobenmerkmale und der Wahl der abhängigen Variable (Rückfallrisiko versus Konsummenge und -häufigkeit) zur Aufklärung einiger Widersprüche beitragen.

3.4.2 Operationalisierung von abhängigkeitsbezogener Selbstwirksamkeit

Wie bereits im Abschnitt 3.1 dargestellt, kommt der validen Erfassung von Selbstwirksamkeit eine besondere Bedeutung zu, die nur durch eine klare

Operationalisierung gewährleistet werden kann. Aus diesem Grund gehen viele Autoren dazu über, abhängigkeitspezifische Selbstwirksamkeit nach unterschiedlichen Aspekten zu differenzieren (z. B. DiClemente et al., 1995; Maisto et al., 1999). Mit Hilfe entsprechender Taxonomien kann somit eine größere konzeptionelle Klarheit erreicht werden. Annis und Graham (1988) entwickelten mit dem *Situational Confidence Questionnaire* ein Instrument zur Erfassung der Zuversicht, einen schweren Rückfall vermeiden zu können, während andere Instrumente wie der *Self-Efficacy Questionnaire* von Goldbeck et al. (1997) die Zuversicht erfassen, gar nicht rückfällig zu werden.

DiClemente et al. (1995) haben eine Differenzierung der Selbstwirksamkeit nach Bewältigungs-, Therapieverhalten-, Genesungs-, Kontroll- und Abstinenz-Selbstwirksamkeit vorgeschlagen. Studienergebnisse sind nach Ansicht dieser Forschungsgruppe in Bezug zu den jeweiligen Operationalisierungen zu sehen. Sutton (1989, zitiert nach Goldbeck et al., 1997) und auch Maisto et al. (1999) betonen, dass nur dann der Zusammenhang zwischen psychologischen Konstrukten und tatsächlichem Verhalten bestimmt werden kann, wenn diese adäquat aufeinander bezogen sind. Dabei vermerken DiClemente et al. die bestehende Schwierigkeit, existierende Studien entsprechend dieser Kategorisierung im Nachhinein zu differenzieren.

Andere Aspekte der Erfassungsmodalität adressieren die Komplexität der Skala, den Zeitpunkt der Erhebung und die Güte von Selbstbeurteilungsinstrumenten (Fiorentine & Hillhouse, 2003; siehe auch Abschnitt 3.4.1). Auf die Besonderheiten bereichsspezifischer versus globaler Messmethoden wurde bereits in Kapitel 3.1 eingegangen. Die meisten vorliegenden Skalen zur abhängigkeitspezifischen Selbstwirksamkeit bestehen aus mehreren Items (Annis & Graham, 1988; Sklar, Annis & Turner, 1997). Nach Demmel et al. (2006) verbessert dies zwar die Reliabilität, jedoch liegt nach Ansicht der Autoren der Vorteil von kurzen Skalen in der ökonomischen Anwendung für therapeutische Settings. Zudem kann durch die wiederholte Erhebung der Selbstwirksamkeitserwartung an derselben Stichprobe die Aussagegüte erhöht werden, was wiederum nur bei kurzen Skalen praktikabel ist (z. B. Gwaltney, Shiffman & Sayette, 2005; Gwaltney, Shiffman, Balabanis & Paty, 2006). DiClemente et al. (1995) verweisen auf die hohe Korrelation von Single-Item-Instrumenten mit längeren Skalen unter der Voraussetzung, dass die Ausdifferenzierung des Konstrukts hinreichende Ähnlichkeit aufweist.

Die Verlässlichkeit von Selbstbeurteilungen stellt Forscher vor ein weiteres Problem. Tendenzen, sozial erwünscht zu antworten oder sich selber positiv sehen zu wollen, sind

dabei auch mögliche Erklärungen für den beobachteten Deckeneffekt im Zusammenhang mit Selbstwirksamkeitserhebungen (z. B. Margolis, 1993). Während Miller und Rollnick (1991) die Ursache für Verzerrungen bei Selbstauskünften ursächlich im Interviewverhalten des Interviewers begründet sehen, vermerkt Bandura (1986) "faulty self-judgements can result from a variety of sources" (S.398).

3.4.3 Inflationäre Selbstwirksamkeitserwartung alkoholabhängiger Patienten

Abstinente wie rückfällige Abhängige zeichnen sich über die verschiedenen Messinstrumente der unterschiedlichen Studien hinweg durch eine auffällig hohe Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich ihres Abstinenzziels aus (z. B. Demmel et al., 2006; Goldbeck et al, 1997). "...the predictive power of self-efficacy is limited by a ceiling effect since alcoholism treatment clients tend to be overconfident" (Demmel & Beck, 2004, S. 78). In einer Untersuchung von Maisto, McKay und O'Farrell (1998) hatten rückfällige wie auch abstinente Alkoholabhängige einen Durchschnittswert von über 80%, wobei 100% dem verbalen Anker *sehr zuversichtlich* entsprach. Rückfällige gaben sogar nach der Abstinenzverletzung weiterhin hohe Selbstwirksamkeitserwartung an und korrigierten ihre Erwartungen nicht entsprechend der Erfahrung nach unten (Demmel, Rist & Olbrich, 2001). Dieser Befund ist zunächst kontraintuitiv, da persönliche Erfahrungen als Hauptquelle für die Ausbildung der Selbstwirksamkeitserwartung dienen und demnach Misserfolge zu einer Reduktion der eigenen Selbstwirksamkeitserwartung führen sollten (Bandura, 1986). Viele Untersuchungen versuchen daher Einflussfaktoren zur Erklärung dieses Phänomens und zur Verbesserung der Vorhersagegüte zu spezifizieren. Demmel und Rist (2005) klassifizierten Rückfällige in Optimisten und Pessimisten, in Abhängigkeit davon, ob die Probanden ihre Erwartungen nach einem Rückfall nach unten korrigierten. Die Autoren fanden heraus, dass die Optimisten einen repressiven Bewältigungsstil zeigen, d.h. sie verleugnen die Gefahr eher und wehren somit ihre Unsicherheit ab.

Andere Forscher fanden heraus, dass Abhängige in der Regel zuversichtlicher waren als ihre behandelnden Therapeuten und durch die Hinzunahme der Zuversichtlichkeit der Behandler die Vorhersagegüte signifikant erhöht werden konnte (z. B. Goldbeck et al., 1997; Herding, 1999). Goldbeck et al. führen diesen Effekt auf einen selbstwertdienlichen Mechanismus zurück, "a self-serving bias, a phenomenon well recognized by social psychologists and regarded as a mechanism to maintain or enhance self-esteem" (1997, S. 320). Dieses Phänomen konnte auch durch die Ergebnisse einer Studie von Demmel und

Beck (2004) untermauert werden. In ihrer Untersuchung schätzten die Probanden ihre Abstinenz-Selbstwirksamkeitserwartung im Vergleich zum allgemeinen Behandlungserfolg höher ein, woraus die Autoren schließen, dass das Minimieren der Chancen anderer im Vergleich zu sich selbst der Aufrechterhaltung eines positiven Selbstbildes dient. In einer Studie von Demmel et al. (2006) konnte durch die Zuversicht, dass andere Patienten nicht rückfällig werden, der Erfolg des Patienten selbst vorhergesagt werden.

Golbeck et al. (1997) leiten darüber hinaus vier weitere Erklärungsmöglichkeiten für den gefundenen Effekt ab. Patienten können sich ihrer Ansicht nach auch unter dem *Druck fühlen zuversichtlicher erscheinen zu müssen*, als sie es tatsächlich sind. Ein Phänomen, das auch DiClemente et al. (1995) beschreiben und welches die Verantwortung der Untersucher in der Gestaltung der Erhebungssituation hervorhebt. Weiterhin können *kognitive Funktionsbeeinträchtigungen* in Folge des Konsums die Ursache für un plausible Selbstwahrnehmungen sein (z. B. Rist, 2004). Auch *tatsächlich auftretende stressvolle Lebensereignisse* können für normale Umstände haltbare Selbsteinschätzungen Lüge strafen und die Person überfordern (z. B. Goldbeck et al., 1997). Letztlich kann der Deckeneffekt in einigen Studien auf die *Erhebungsmethode (-instrumente)* zurückgeführt werden. So sehen Forsyth und Carey (1998) in der fehlenden Sensitivität verwendeter Skalen die Ursache für verdeckte Unterschiede zwischen Probanden. Fehlende Varianz in den Schwierigkeitsstufen der dargestellten Situationen, für welche der Proband seine Selbstwirksamkeitserwartung einschätzen soll, oder generell fehlende Spezifizierung der situationalen Umstände verleiten die Befragten dazu, ihre Selbstwirksamkeitserwartung für *best case*-Szenarien darzustellen (Forsyth & Carey, 1998). Fiorentine und Hillhouse (2003) vermuten, dass hohe Bewältigungszuversicht auch die falsche Vermutung oder den Wunsch beinhaltet, kontrolliert trinken zu können, was in der Folge zu dem entsprechenden Versuch und in der Mehrzahl der Fälle zu einem Rückfall in alte Konsumgewohnheiten führt (z. B. Lindenmeyer, 2001). Optimistische Erwartungen an die eigene Abstinenzfähigkeit können nach Ansicht von Körkel (2001) auch mit unreflektierter Überschätzung eigener Fertigkeiten und Unterschätzung risikoreicher situationaler Faktoren in Zusammenhang stehen.

Einen neueren Zugang zur Erklärung des Deckeneffekts liefern Überlegungen aus der Gesundheitsforschung. Überoptimismus scheint ein Effekt zu sein, der übergewichtige

Personen trotz wiederholter missglückter Diäten immer wieder dazu ermutigt erneut eine Diät zu beginnen (Polivy & Herman, 2002). Polivy und Herman (2002) beschreiben diesen Kreislauf von Misserfolg und erneuter Anstrengung als *false hope syndrome*, welches dadurch charakterisiert ist, dass Personen meist durch einen anfänglichen Erfolg motiviert sind, unrealistische Erwartungen über die Leichtigkeit, Konsequenzen und Geschwindigkeit der Veränderungen besitzen und Niederlagen in selbstwertdienlicher Weise auf äußere Faktoren attribuieren. Gerade die fehlende Reflexion hinsichtlich der eigenen Verantwortlichkeit für Rückfälle und der Glaube an den schnellen und leichten Erfolg führen in der Folge immer wieder zu Misserfolgen und langfristig zur Demoralisierung. Durch das *false hope syndrome* lässt sich letztendlich auch die hohe Rate an mehrfach Rückfälligen unter den sich in Behandlung befindlichen Alkoholabhängigen erklären (zusammenfassend Polivy & Herman, 2002).

Während nun einige Autoren der Auffassung sind, dass überhöhte Selbstwirksamkeitserwartung dem Genesungsprozess abträglich ist (z. B. Vancouver, Thompson, Tischner & Putka, 2002), vertreten andere die Auffassung, dass selbst überhöhte Selbstwirksamkeitserwartung durch die damit verbundene Selbstermutigung zu höherem Durchhaltevermögen führt und letztlich im allgemeinen positiv wirkt (z. B. Bandura & Locke, 2003). Polivy und Herman (2002) kommen diesbezüglich zu dem Schluss, dass Selbstwirksamkeitserwartung hilfreich ist, wenn die Ziele realistisch gesteckt sind und die Selbstwirksamkeitserwartung einen unterstützenden Motivator darstellt. Selbstwirksamkeitserwartung ist nach ihrer Ansicht jedoch nicht omnipotent und „an unrealistic belief in one's ability to succeed is the essence of overconfidence“ (S. 685).

Demmel (2002b) zieht das Fazit, dass einerseits aufgrund positiver Studienergebnisse weiterhin die Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten zum Aufbau von Abstinenzvermögen unabkömmlich sei, andererseits sei "es wenig sinnvoll. Selbstüberschätzung und Zweckoptimismus zu fördern" (S. 455). Die Kunst und die Herausforderung an Forschung und Praxis werden daher zukünftig sein, herauszufinden, wie man das *optimale* von dem *übertriebenen* Ausmaß unterscheiden kann. So bleibt neben jeglicher Fragestellung, die sich mit der Einflussrichtung des Deckeneffekts auf den Abstinenzverlauf beschäftigt, schließlich zur weiteren Beschreibung des Prozesses die Untersuchung einflussnehmender Faktoren auf eine *überhöhte* und auch auf eine

angemessene Selbstwirksamkeitserwartung abzuwarten. Die vorliegende Studie liefert hierzu einen Beitrag.

3.4.4 Selbstwirksamkeitserwartung im Zusammenspiel mit anderen Faktoren im Rückfallprozess

Relativ unerforscht ist das Zusammenspiel von Selbstwirksamkeitserwartung mit anderen, den Rückfallprozess beeinflussenden Faktoren. Schindler und Körkel (1994) benennen drei Variablenkomplexe, über deren Beziehung zur Selbstwirksamkeitserwartung Aussagen getroffen werden können. Neben dem bisherigen *Konsum* und *komorbiden Störungen* wie Depression und sozialer Ängstlichkeit erachten die Autoren auch die *kognitiv-emotionale Verarbeitung des letzten Rückfalls* als zentrale Einflussgröße auf die Abstinenz-Selbstwirksamkeitserwartung. Höhere Intelligenzwerte gingen in ihrer Studie mit geringeren Selbstwirksamkeitserwartungen einher, woraus sie den Schluss zogen, dass intelligentere Probanden Kontrollillusionen eher als solche erkennen und Risikosituationen realistischer einschätzen (Schindler & Körkel, 1994).

In Einklang mit dem sozial-kognitiven Rückfallmodell von Marlatt (1985b), sollen zudem "die Attribuierung eines Rückfalls auf internal-stabile, globale Persönlichkeitskonstanten (z. B. Willensschwäche) sowie damit einhergehende negative Emotionen die Kompetenzerwartungen untergraben" (Körkel & Schindler, 1994, S.153). Im nächsten Abschnitt soll daher zunächst das Konstrukt der Kontrollüberzeugung und Kausalattribution näher beschrieben werden, um dann die Rolle dieses Konstrukts im Rückfallprozess näher zu beleuchten und Befunde zum Zusammenspiel von Rückfallzuschreibung und Selbstwirksamkeitserwartung darzustellen.

4. RÜCKFALLZUSCHREIBUNG

In diesem Kapitel erfolgt zunächst eine theoretische Einbettung zu den Konstrukten *Kontrollüberzeugung* und *Attributionsstil*, die in dieser Arbeit unter dem Begriff *Zuschreibungen* zusammengefasst werden. Im Weiteren werden Quellen und Wirkmechanismen von Zuschreibungstendenzen dargestellt. Ausgehend von der allgemeinen Darstellung wird im Anschluss die Bedeutung von Ursachenzuschreibungen im Rückfallprozess spezifiziert. Dabei wird die aktuelle Forschungslage dargestellt und im letzten Abschnitt dieses Kapitels im Besonderen das Zusammenwirken von Ursachenzuschreibungen und Selbstwirksamkeitserwartungen im Rückfallgeschehen beleuchtet. Die vorliegende Arbeit fokussiert auch im empirischen Teil unter anderem auf die Analyse des Zusammenwirkens der hier theoretisch betrachteten Variablen.

4.1 Theoretische Einbettung von Kontrollüberzeugungen und Attributionsmustern

In den fünfziger Jahren entwickelten sich unter Rotter (1954) und Heider (1958) zwei einflussreiche Theorie- und Forschungsdomänen, die sich mit den Erwartungen von Personen hinsichtlich der Kontrollierbarkeit von Ereignissen und der von ihnen getroffenen Ursachenzuschreibung beschäftigen.

Rotter (1954, 1966) prägte im Rahmen seiner Sozialen Lerntheorie das Konstrukt *Kontrollüberzeugung* (im angloamerikanischen Sprachraum *locus of control of reinforcement* bzw. abgekürzt *locus of control*), welches die generalisierte Einschätzung einer Person hinsichtlich der dominierenden Ursachen für eintretende Ereignisse und Verstärker darstellt.

When a reinforcement is perceived by the subject as following some action of his own but not being entirely contingent upon his action, then, in our culture, it is typically perceived as the result of luck, chance, fate, as under the control of powerful others, or as unpredictable because of

the great complexity of the forces surrounding him. When the event is interpreted in this way by an individual, we have labeled this a belief in *external control*. If the person perceives that the event is contingent upon his own behaviour or his own relatively permanent characteristics, we have termed this a belief in *internal control*. (Rotter, 1966, S.1)

Demnach hat eine Person eine *externale* Kontrollüberzeugung, wenn sie Verstärker oder Ereignisse als Folgen äußerer Einflüsse, wie Zufall, Glück oder als durch andere Menschen determiniert erlebt. Demgegenüber besitzt eine Person eine *internale* Kontrollüberzeugung, wenn sie Verstärkungen und Ereignisse als durch das eigene Verhalten oder eigene Persönlichkeitsmerkmale verursacht erlebt. Im Rahmen der Sozialen Lerntheorie entspricht die Kontrollüberzeugung Modellvorstellungen der Erwartungs-Wert-Theorien und hat hierbei den Status einer relativ situationsunabhängigen Erklärungs- und Prädiktorvariablen (Krampen, 1991). Besonders bei neuen und unbekanntem Situationen greift die Person gemäß der Theorie Rotters (1975) auf generalisierte Überzeugungen und Handlungsautomatismen zurück, während in gut strukturierten Situationen situationsspezifische Erwartungen eine stärkere Rolle spielen.

Kontrollüberzeugungen weisen eine Parallele zur Attributionsforschung auf. Auch hier werden Ursachenquellen durch die *Lokationsdimension* internale versus externale Attribuierung erfasst (z. B. Krampen, 1981). Die Attributionsforschung geht auf Heider (1958) zurück, er "prägte dabei den Begriff der Kausalattribution zur Bezeichnung subjektiver Ursachenzuschreibungen für aufgetretene Ereignisse" (Krampen, 1989a, S.8-9). Die Theorie basiert auf der Annahme, dass Menschen Überzeugungen darüber entwickeln, welche Ursachen ein bestimmtes Ereignis hat. Attributionen (synonym: Kausalattributionen, von lat. attribuere = zuschreiben) werden explizit oder auch implizit laufend durchgeführt, da sie helfen, die Welt zu verstehen, Ereignisse vorherzusehen und bei der Annahme eigener Kontrolle diese gegebenenfalls selber zu beeinflussen. Weiner (1986) hat in einer Fortführung der Attributionstheorie eine Taxonomie von drei Dimensionen zur Einordnung von Erfolg und Misserfolg beschrieben. Neben der Lokation klassifiziert er Attributionen nach ihrer zeitlichen Stabilität und Kontrollierbarkeit. Stabil vs. instabil adressiert hierbei, ob eine Ursache als lang andauernd wirksam, wie Intelligenz, oder kurzfristig einflussnehmend, wie Anstrengung, eingestuft wird. Kontrollierbarkeit

bezeichnet, ob eine Person Möglichkeiten besitzt, das Ereignis zu beeinflussen oder nicht. Weiner grenzt somit Lokation und Kontrollierbarkeit explizit voneinander ab, denn eine Ursache kann als in der Person liegend, aber trotzdem als von ihr nicht beeinflussbar erlebt werden (z. B. Heckhausen 1980; Stiensmeier-Pelster & Heckhausen, 2006). Kontrollierbarkeit ist nicht unabhängig von den anderen beiden Dimensionen. "Unstable causes need not be perceived as controllable (e.g., fatigue and mood), but the causes subject to volitional control are likely to be perceived as unstable. Furthermore, effort is the single internal cause that appears to be under volitional control" (Weiner, Russel & Lerman, 1978, zit. nach Marlatt, 1985a). Während einige Forschergruppen nun das Konstrukt der Kontrollüberzeugung und die Lokationsdimension der Attributionsforschung als äquivalent erachten (Marlatt, 1985b), betont Krampen in einer theoretischen Abhandlung von 1989, dass die

Heidersche Lokationsdimension ... keinesfalls mit der Unterscheidung internale vs. externale Kontrollüberzeugung konvergiert. Auf der Lokationsdimension wird unterschieden, ob eine Ursachenzuschreibung auf Faktoren rekurriert, die in der Person (intern) oder außerhalb von ihr (extern) liegen, womit noch keine Aussage über ihre Beeinflussbarkeit gemacht wird. Kontrollüberzeugungen betreffen dagegen subjektive Erwartungen über die Kontrollierbarkeit (internal) vs. Nichtkontrollierbarkeit (external) von Ereignissen in der Zukunft – gleichgültig, ob sie auf person-interne oder -externe Faktoren zurückgehen. (1989a, S. 10)

Allerdings findet diese theoretische Spezifizierung in der empirischen Forschung selten entsprechend Niederschlag. Selbst der *IPC*, ein Fragebogen zur Erfassung interner versus externer Kontrollüberzeugung, der von Krampen aus der englischsprachigen Version der *IPC-Scales* (Hanna Levenson, 1972, 1974) für den deutschsprachigen Raum adaptiert wurde, ordnet ein Item, welches die Zuschreibung der Karriere auf die eigenen Fähigkeiten erfasst, der (internen) Kontrollüberzeugung zu. Das, obwohl mit eigenen Fähigkeiten eher auf die Lokation referiert wird und Fähigkeit als eher stabil und nicht beeinflussbar aufgefasst wird (Weiner, 1986).

Ein weiterer Unterschied der beiden Forschungsrichtungen betrifft die zeitliche Generalität. Attributionen wurden im Rahmen von Informationsverarbeitungsprozessen als eher situationsspezifisch und zur Erklärung zurückliegender Ereignisse verstanden, während Kontrollüberzeugungen eher generalisierte Erwartungen zukünftiger Handlungsergebnis Kontingenzen darstellten. In der Weiterentwicklung wurden die Konzepte durch bereichsspezifische Kontrollüberzeugungen, persönliche Attributionsstile und –muster und die Annahme der handlungssteuernden Einflussnahme retrospektiver Ursachenzuschreibungen zunehmend ähnlicher (Krampen, 1989a, 1989b).

Im Folgenden sollen vor allem den Gemeinsamkeiten dieser beiden Forschungsdomänen Rechnung getragen und mit der Verwendung des Terms *Zuschreibungen* beide Terminologien und dahinter stehenden Theorien adressiert werden.

4.2 Quellen von Zuschreibungstendenzen

Die Entstehung bestimmter Zuschreibungsmuster wird zunächst als Erfahrung von Kontingenzen zwischen Verhalten sowie äußeren Umständen einerseits und Ergebnissen bzw. Verstärkern andererseits und deren Verallgemeinerung über ein mehr oder weniger breites Spektrum von Situationen bedingt (Marlatt, 1985a, Rotter, 1966). Davon ausgehend sind bestehende Erwartungsmuster hinsichtlich der Bedingtheit von eintretenden Ereignissen durch entsprechende Erfahrungen modifizierbar.

Darüber hinaus konnte in verschiedenen Studien aufgezeigt werden, dass es personenimmanente, situationsunabhängige Unterschiede im Attributionsstil gibt (z. B. Försterling & Binser, 2002). Dem entspricht die Weiterentwicklung der ursprünglichen Modelle, die situationsbezogene Zuschreibungen fokussieren, zu Modellen, die situative Generalität und Zuschreibungstendenzen als Persönlichkeitsvariablen verstehen (z. B. Krampen, 1989). Im Rahmen dieser Modelle wird auch dem Widerspruch Rechnung getragen, dass manche Menschen trotz korrigierender Erfahrungen an einer einmal gefestigten Auffassung über Handlungs-Ergebnis-Konvergenzen festhalten und neue Informationen nicht zur Modifikation ihrer Erklärungsmuster nutzen (siehe beispielsweise das Modell der gelernten Hilflosigkeit von Abramson, Seligman & Teasdale, 1978).

Bei der Ausbildung bestimmter Zuschreibungstendenzen stellen zudem wichtige Bezugspersonen, das soziale Umfeld, der sozioökonomische Hintergrund und letztendlich das eigene Selbstkonzept wichtige moderierende Einflussgrößen dar (für einen Überblick siehe Rotter, 1966). So konnte beispielsweise nachgewiesen werden, dass der Erklärungsstil der Eltern bezogen auf die Leistung der Kinder mit den Zuschreibungen der Kinder selber korrespondierte (O'Sullivan & Howe, 1966).

4.3 Wirkmechanismen von Zuschreibungen

Die Attributionsforschung sieht Menschen als Informationsverarbeiter und stellt die Bedeutung von Kognitionen, somit auch von Attributionsmustern, für die Steuerung und Auswahl von Verhaltensweisen und für emotionale Prozesse heraus (Weiner, 1986). In dieser Annahme vertritt Weiner die Ansicht kognitiver Verhaltenstherapeuten wie Beck und Ellis (s. Wilken, 1998), die auch der Auffassung sind, dass Gedankenmuster im Wesentlichen die nachfolgenden emotionalen Verarbeitungsmechanismen und Handlungsvariablen bestimmen.

Im Rahmen der Attributionsforschung fanden diese Annahmen in dem Modell der gelernten Hilflosigkeit, das von übergreifenden dysfunktionalen oder funktionalen Attributionsmustern ausgeht, ihren Niederschlag (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). Gemäß der Theorie führt die Erfahrung unkontrollierbarer Ereignisse zu einem *depressiven Attributionsstil*, der durch internale, stabile und globale Attribution negativer und eine Tendenz zur externalen, variablen und spezifischen Attribution positiver Ereignisse charakterisiert ist. Dieser Attributionsstil soll zur Folge haben, dass zukünftige Ereignisse weiterhin als nicht kontrollierbar bewertet werden und ein Gefühl von Hilflosigkeit entsteht (z. B. Kammer & Stiensmeier-Pelster, 1989). Zwar konnten kausale Zusammenhänge dieses Attributionsmusters und der Depressionsgenese nicht hinreichend nachgewiesen werden, der korrelative Zusammenhang wurde jedoch durch zahlreiche Studien empirisch abgesichert (z. B. Blöschl, 1998, Brewin, 1985).

Ursachenzuschreibungen ziehen emotionale Reaktionen nach sich. Die Attribution von Erfolg auf internale, stabile Faktoren löst Freude und Stolz, die internale Begründung von Misserfolgen hingegen löst Scham und Schuldgefühle aus. So konnte nachgewiesen werden, dass erfolgreiche Aufgabenbewältigung nur dann Freude und ein positives Selbstwertgefühl nach sich zog, wenn die Bewältigung auf die eigene Fähigkeit attribuiert wurde (z. B. McFarland & Ross, 1982). Forsyth und McMillan (1981) sowie McAuley, Russell und Gross (1983) fanden heraus, dass positive Emotionen vor allem aus einer Zuschreibung von Erfolgen auf kontrollierbare Faktoren resultierten. Betancourt und Blair (1992) betonen, dass Attributionen in entsprechenden situativen Kontexten auch andere affektive Zustände wie Wut und Mitgefühl hervorrufen können.

Forgas und Locke (2005) heben die umgekehrten Wirkungszusammenhänge von Ursachenzuschreibung und Emotion hervor und betonen, dass es die rationale Erklärungssuche, wie sie von Heider (1958) postuliert wurde, in dieser Form nicht gibt, da Erklärungsmuster durch motivationale und emotionale Prozesse überlagert werden. So konnten Forgas und Locke nachweisen, dass durch einen stimmungskongruenten Effekt Zuschreibungen auf Basis der vorhandenen Stimmungslage entsprechend beeinflusst werden. Dabei korrespondieren nach ihrer Ansicht unterschiedliche negative Emotionen mit spezifischen Zuschreibungstendenzen. In mehreren Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass negative Stimmungen im Allgemeinen selbstkritischere und weniger selbstwertdienliche Attributionen erzeugen (z. B. Forgas, Bower & Moylan, 1990).

Ungeachtet der Wirkungsrichtung scheinen bestimmte Zuschreibungsmuster mit hinsichtlich der Valenz äquivalenten Emotionen gekoppelt zu sein, und es ist anzunehmen, dass sich Zuschreibungen und Emotionen wechselseitig beeinflussen.

Neben den emotionalen Prozessen, die den Zuschreibungsprozess von Resultaten begleiten, stehen die Attributionismuster auch im Zusammenhang mit anderen kognitiven Prozessen. Kausalattributionen bedingen Erwartungen hinsichtlich zukünftiger Handlungs-Ergebnis-Folgen. Gerade Attributionen auf stabile und globale Ursachen besitzen weitreichenden handlungssteuernden Einfluss, da die damit einhergehenden Erwartungen determinieren inwieweit die eigene Anstrengung, Frustrationstoleranz und Bewältigung ähnlicher Aufgaben unterstützt oder demoralisiert wird (z. B. Marlatt, 1985a).

Die Zuschreibung negativer Ereignisse auf globale, stabile und internale Ursachen, wird auch als *heimtückischer* Attributionstil bezeichnet, da er zu globaler persönlicher

Hilflosigkeit führt. Diener und Dweck (1978) konnten zeigen, dass Schüler, die sich hilflos fühlen (geringes Erleben von Kontrollierbarkeit), im Vergleich zu zuversichtlichen Schülern vermehrt mit Gedanken über vergangene Misserfolge beschäftigt sind, was die funktionale Bewältigung von Misserfolgen verhindert und gleichzeitig die aktuelle Leistung verschlechtert. Diese dysfunktionalen Kognitionen stellen im Rahmen der Handlungsregulationsmodelle den lageorientierten Handlungsmodus dar, in welchem die volitionale Handlungssteuerung auf Kosten der Beschäftigung mit der inneren Lage und der äußeren Situation reduziert ist (Kuhl, 1996).

Rotter (1966) stellt fest, dass extreme internale wie auch extreme externale Kontrollüberzeugung unrealistisch und dysfunktional sind. Jedoch scheinen nach seiner Ansicht internale Kontrollüberzeugungen unabhängig vom Handlungsergebnis die Handlungsinitiierung zu stärken und auch nach Misserfolgen das weitere Festhalten an den verfolgten Zielen zu unterstützen.

A series of studies provides strong support for the hypotheses that the individual who has a strong belief that he can control his own destiny is likely to (a) be more alert to those aspects of the environment which provide useful information for his future behaviour; (b) take steps to improve his environmental condition; (c) place greater value on skill or achievement reinforcements and be generally more concerned with his ability, particularly his failures; and (d) be resistive to subtle attempts to influence him. (Rotter, 1966, S. 25)

Insgesamt scheinen Attributionsmuster vor dem Hintergrund der Valenz des eingetretenen Ereignisses unterschiedliche emotionale und kognitive Reaktionsweisen und Verhaltenstendenzen zur Folge zu haben. Gleichwohl beeinflussen vorangehende Emotionen und Kognitionen ihrerseits das Muster der Zuschreibung.

4.4 Ursachenzuschreibungen im Rückfallprozess

Der Versuch, Merkmale der Kontrollüberzeugung bei Alkoholabhängigen zu ermitteln, hat seit der Erforschung individueller Unterschiede in der Wahl von Erklärungsmustern für Handlungs-Ergebnis-Kontingenzen zu Kontroversen in der Fachliteratur geführt (vgl. Krampen & Fischer, 1988).

Die oft gestellte Frage, ob es bei Alkoholabhängigen überhaupt so etwas wie Kontrolle über das eigene Konsumverhalten gibt, sowie das nach der Weltgesundheitsorganisation für Alkoholabhängigkeit definierte Kriterium der "verminderte[n] Kontrolle über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums" (ICD-10, WHO, 2001), verleiten zu der Annahme, dass Alkoholabhängigen eher external attribuieren.

So zeichneten sich in einer empirischen Untersuchung von Koski-Jännes (1994) Abhängige mit internaler Kontrollüberzeugung, ermittelt durch die Drinking-Related Locus of Control (DRIE) Scale (Keyson & Janda, unveröffl., zit. nach Donovan & O'Leary, 1978), dadurch aus, dass sie im Vergleich zu Abhängigen mit externaler Kontrollüberzeugung, nach einer Behandlung länger abstinent blieben, weniger und für einen kürzeren Zeitraum tranken. Eine externaler Kontrollüberzeugung bezeichnete dabei, die Wahrnehmung, das eigene Konsumverhalten nicht beeinflussen zu können und mehr durch äußere Umstände geleitet zu werden. In einer Studie von Donovan und O'Leary (1978) konnte über den DRIE-Score, trotz statistischer Kontrolle der Depressivität, signifikant zwischen Abhängigen und Nicht-Abhängigen differenziert werden. Zudem wiesen Abhängige mit hoher externaler Überzeugung starke physische, psychische und soziale Belastungsfaktoren auf, waren pessimistisch und selbstkritisch.

Andere Studien zeigten, dass Abhängige während der Behandlung zunehmend internalere Kontrollüberzeugungen gewannen (z. B. Abbott, 1984) und die internalere Kontrollüberzeugung bei abstinenten Abhängigen höher war als bei rückfälligen (z. B. Bollman, 1997). Huckstadt (1987) konnte aufzeigen, dass nicht-abstinente Abhängige externalere Erklärungsmuster aufwiesen als abstinente Abhängige und nicht-abhängige Kontrollpersonen die am stärksten ausgeprägten internalen Überzeugungsmuster hatten. Patienten, welche die Entwöhnungstherapie vorzeitig abgebrochen hatten, zeichneten sich zudem in einigen Untersuchungen durch nachweislich höhere fatalistische (externalere) Kontrollüberzeugungen aus (z. B. Wright & Obitz, 1984; Prasadarao & Mishra, 1992).

Krampen und Fischer (1988) weisen in einem Überblicksartikel darauf hin, dass gerade zu Beginn der Behandlung bei rückfälligen Patienten und Patienten, welche die Therapie abgebrochen hatten, die fatalistische Externalität, gemessen mit dem IPC-Fragebogen (Krampen, 1981), der zwischen Internalität, fatalistischer und sozial bedingter Externalität differenziert, stark ausgeprägt ist.

Andere Forscher kommen auf Basis empirischer Untersuchungen und theoretischer Überlegungen zu einer abweichenden Schlussfolgerung. Ihrer Ansicht nach kann sich eine internale Zuschreibung dysfunktional und abstinenzgefährdend auswirken. Koski-Jännes (1994) stellt diesbezüglich fest, dass die Bedeutsamkeit einer internalen Kontrollüberzeugung in unterschiedlichen Therapierichtungen konträr betrachtet wird. Sie führt auf, dass die Anonymen Alkoholiker gerade das Krankheitsmodell inklusive der Nicht-Kontrolle über das Konsumverhalten betonen, während Rückfallpräventionstrainings und Motivational Interviewing das Gefühl der eigenen Kontrolle und die eigene Selbstwirksamkeitserwartungen stärken wollen. Dysfunktional scheint eine Rückführung der eigenen Abstinenz und Rückfälle auf die eigene Verantwortung gerade dort zu sein, wo die Kontrolle nur illusionär, im Sinne eines defensiven Kognitionsmuster, ist (Kivlahan, Donovan & Walker, 1983). Empirisch konnte bestätigt werden, dass interne Kontrollüberzeugung dann mit Rückfälligkeit korreliert ist, wenn die Patienten Craving als den größten Risikofaktor für Abstinenz erachten. Seneviratne und Saunders (2000) berichten, dass Abhängige ihre Rückfälle oft als durch internale Faktoren wie Craving verursacht erleben, über die weder eigene noch äußere Kontrolle bestünde, und schließen daraus, dass Craving als autonome, dominierende Macht wahrgenommen wird (Davies, 1992, zit. nach Seneviratne & Saunders, 2000).

So vermag eine interne Verantwortungsübernahme zwar das Tor zur Abstinenz öffnen, allerdings kann bei erlebter Verantwortlichkeit, nicht jedoch damit verbundener Beeinflussbarkeit, Resignation und Selbstwertverlust die Folge sein (Marlatt, 1985a). Creswell und Myers (2002) konnten nachweisen, dass Repressor scheinbar eher externe Ursachen für negative Ereignisse sehen, bei Anwendung einer indirekten Erhebung des Attributionsstils jedoch eher internale Zuschreibungsmuster aufgedeckt werden. Dieser Befund weist ebenfalls darauf hin, dass die Annahme der eigenen Verantwortlichkeit, auch belastend wirken kann, sofern die Person sich als nicht kompetent erlebt. An dieser Stelle

wird die Schnittstelle von Zuschreibungstendenzen und Selbstwirksamkeitserleben deutlich. Eine genaue Differenzierung erfolgt im nächsten Abschnitt 4.5.

Auch Seneviratne und Saunders (2000) weisen darauf hin, dass internale Zuschreibung nicht immer gleichzusetzen sei mit erlebter Beeinflussbarkeit. Hinzu kommt, dass einige Skalen, welche intendieren Kontrollüberzeugung zu erfassen, teilweise eher die Lokation der Ursache als die Kontrolldimension nach Weiner (1986) erheben. Selbst bei augenscheinlicher Trennung der Dimensionen wurde wiederholt die ungenügende diskriminante Validität und Konfundierung der Dimensionen bemängelt (siehe McAuley, Duncan & Russell, 1992).

Der den Rückfallprozess negativ beeinflussende Effekt internaler Attribution von Misserfolgen wird auch von Marlatt (1985b) im Abstinence-Violation-Effect (AVE) im Rahmen seines Rückfallmodells beschrieben. Marlatt (1985a) geht davon aus, dass aus der Zuschreibung eines Rückfalls auf internale, globale und stabile Faktoren, die als nicht kontrollierbar wahrgenommen werden, wie mangelnde Willensstärke, negative Emotionen wie Schuldgefühlen und Selbstabwertung resultieren. In der Folge führen diese emotionalen Zustände zu verminderter Selbstwirksamkeitserwartung und erlebter Dissonanz zwischen Zielverhalten und gezeigtem Verhalten, was die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls erhöhen soll. Schindler und Körkel (1995) weisen auf die mangelnde empirische Untermauerung des AVE hin. Auch Sohns und Lauer (1995) konnten in einer Studie zur Rückfallrekonstruktion den von Marlatt postulierten Effekt nicht nachweisen und reihen diesen Befund in andere Arbeiten ein, "die aus objektwissenschaftlicher Sicht starke Zweifel am AVE anmelden" (Sohns & Lauer, 1995, S. 80). Eine Studie von Walton, Castro und Barrington (1994) vermag erste Einblicke in die Komplexität von Ursachenzuschreibungen im Rückfallprozess liefern. In ihrer Untersuchung zur Bedeutsamkeit von Attributionen bei Abhängigen fanden sie heraus, dass Abstinente wie auch Rückfällige internale, stabile und globale Ursachenzuschreibungen vornahmen, jedoch Abstinente für ihre erfolgreiche Abstinenz und Rückfällige mit negativer psychologischer Konsequenz für ihr Scheitern. Patienten, die einen Lapse hatten, attribuierten diesen, entgegen der Annahmen des AVE, auch internal. Allerdings unterscheiden sich die Patienten mit einem Lapse von den Patienten mit einem Relapse auf der Globalitäts- und Stabilitätsdimension und gaben als internale Faktoren eher mangelnde Anstrengung statt fehlender Fähigkeiten an und erlebten daher stärkere Kontrolle.

Eine mögliche Erklärung für die gefundenen Widersprüche und determinierenden Variablen von Zuschreibungsprozessen liefert auch eine Studie von McKay, O'Farrell, Maisto, Connors und Funder (1989). Lag der letzte Rückfall der Probanden ihrer Untersuchungsstichprobe mehr als 250 Tage zurück, wurden signifikant häufiger dispositionale Ursachen für die Entstehung des Rückfalls genannt. Die Autoren stellen die Hypothese auf, dass ein weiter zurückliegender Rückfall als weniger bedrohlich für den eigenen Selbstwert empfunden wird und daher auch eher als in der eigenen Verantwortung liegend akzeptiert wird. Eine andere Ursache kann der Aufbau eines Selbstschemas als *Abhängiger ohne Abstinenzfähigkeit* und die Integration des letzten Rückfalls in dieses generelle Schema sein, gleich welche Verursachung im speziellen angenommen wurde. McKay et al. führen zur Unterstützung dieser These den Befund an, dass die Ehefrauen der Probanden unabhängig vom zeitlichen Abstand zum letzten Rückfall dispositionelle Faktoren des Abhängigen als Ursache sahen und daher die Ausreifung eines negativen Selbstbildes des Abhängigen unterstützten.

Selbstwert, Selbstbild und die Tendenz, sozial konform zu antworten, können ebenfalls einflußnehmende Variablen darstellen. The "perceived internal control of alcoholics may be a consequence of exposure to treatment modalities that stress the importance of self-motivation, self-control and "you-can-do-it-if-you-want-to" attitude, rather than a consequence of a predisposing personality dimension." (Oziel & Obitz, 1975, S. 161). Krampen und Fischer (1988) führen die in einigen Untersuchungen gefundene erhöhte Internalität auf einen *Hospitalisierungseffekt* und soziale Erwünschtheit zurück, da in Studien belegt werden konnte, dass Therapie- und Pflegepersonal mehrheitlich Abhängigkeit personen-intern attribuieren. Strom und Barone (1993) konnten durch den Einsatz einer Skala zur Selbsttäuschung aufdecken, dass nicht-abstinente Abhängige zwar dieselbe internale Kontrollüberzeugung äußerten wie abstinente Abhängige, bei ihnen jedoch im Gegensatz zu diesen hohe Selbsttäuschungs-tendenzen zugrunde lagen.

Der sich dadurch aufdrängende Frage, wie verlässlich Selbstauskünfte und retrospektive Angaben Alkoholabhängiger sind, wurde von Forschern wiederholt versucht näher zu kommen. Maisto, Carey und Bradizza (1999) betonen, dass zwar retrospektive Daten keine ernsthaften Verzerrungen beinhalten und Schlussfolgerungen auf ihrer Basis durchaus valide sind (Hodgins, el-Guebaly & Armstrong, 1995), Erhebungen zu weniger weit zurückreichenden Daten generell aber sensitiver und zu bevorzugen sind. Hieran knüpft

auch die bereits zitierte Studie von McKay et al. (1989) an, bei der eine signifikante Veränderung der Rückfallattribution mit zunehmender Zeitspanne zum zurückliegenden Rückfall aufgedeckt wurde. Neuere Studien greifen die theoretischen Konzeptionen des *Dynamic Model of Relapse* (Witkiewitz & Marlatt, 2004) auf und tragen den dort differenzierten *variablen* und *grundlegenden kognitiven Prozessen* dadurch Rechnung, indem Baseline-Messungen und tägliche Veränderungsmessung (z. B. über PDAs) durchgeführt werden (Gwaltney, Shiffman & Sayette, 2005; Gwaltney, Shiffman, Balabanis et al., 2005). Auch Schindler und Körkel (1995) empfehlen eine möglichst zeitnahe Erfassung der Erklärungsmuster für einen vorgefallenen Rückfall. Zudem gehen sie davon aus, "dass Selbstaussagen von Alkoholabhängigen bezüglich ihres Trinkverhaltens keineswegs als nicht valide und unreliabel anzusehen sind, sondern vielfach mit Auskünften von Drittinformatanden übereinstimmen" (S. 77, siehe auch Scheller, Klein & Zimm, 1995).

Hinsichtlich der Erhebungsmethode werden zudem bis dato die Vor- bzw. Nachteile globaler im Gegensatz zu bereichsspezifischer Erfassung von Zuschreibungstendenzen kontrovers diskutiert (vgl. Krampen & Fischer, 1988). Untersuchungen, die sowohl eine allgemeine als auch eine bereichsspezifische Skala eingesetzt haben, weisen jedoch mehrheitlich auf eine Überlegenheit bereichsspezifischer Skalen zur Vorhersage des Behandlungserfolgs nach Therapie und anderer Ergebnismaße hin (z. B. Abbott, 1984; Bollman, 1997; Donovan & O'Leary, 1978). Früher eingesetzte Skalen wie der ROT-IE-Fragebogen (Rotter, 1966), die Kontrollüberzeugungen eindimensional und bipolar - internale vs. externale Kontrollüberzeugungen - erfassen, gelten aufgrund konzeptioneller Schwierigkeiten und der theoretischen Weiterentwicklung als nicht hinreichend valide (z. B. Fischer & Krampen, 1988). Sie wurden abgelöst durch mehrdimensionale Fragebögen wie den IPC-Fragebogen von Krampen (1981). Pfrang (1989) führt an, dass das Postulat der Bipolarität nicht aufrecht zu erhalten sei, da es bislang nicht empirisch bestätigt werden konnte (faktorenanalytische Untersuchungen legen eine mehrdimensionale Lösung nahe, für einen Überblick s. Krampen, 1981), und kommt zu dem Schluss, dass eine Person auch zwiespältig sein kann, das heißt weder internale noch externale Zuschreibungen vornehmen kann, und von forced choice-Formaten Abstand genommen werden muss. Vielmehr seien externale und internale Überzeugungen, da sie nicht oppositionelle Pole einer Dimension darstellen, getrennt zu erfassen.

Die hier aufgeführten empirischen Untersuchungen verdeutlichen die widersprüchliche Befundlage als auch die Vielschichtigkeit der Erklärungsmuster Alkoholabhängiger für erfolgreiche und/oder gescheiterte Aufrechterhaltung der Abstinenz. Veltrup (1995) weist darauf hin, dass "Untersuchungen zu Kausalattributionen und Kontrollüberzeugungen bei Alkoholabhängigen (Krampen & Fischer, 1988; Veltrup, 1986) zeigen, dass es keine „typischen“ Attributionsstile bei Alkoholikern gibt" (S. 32).

Vielversprechend scheinen daher Ansätze, die der Komplexität von Rückfallprozessen durch die Berücksichtigung individueller differenzierender Einflussgrößen als auch der Interaktion mit anderen den Rückfallprozess beeinflussenden Variablen Rechnung tragen.

4.5 Ursachenzuschreibung und Selbstwirksamkeitserwartung im Rückfallprozess

Im Modell von Marlatt (1985b) werden Selbstwirksamkeitserwartungen und Attributionsmuster als zentrale Mediatoren für den Rückfallprozess benannt. Die in den entsprechenden Kapiteln dargestellten Befunde geben einen Einblick in die aktuelle Forschung zum prädiktiven Wert dieser Faktoren. Schindler und Körkel (1994) und auch DiClemente et al. (1995) stellen fest, dass noch zu wenig über das Gefüge dieser einflussreichen Faktoren, ihr Zusammenspiel und die Art ihrer Wirkung bekannt ist. Entsprechend liegen bislang nur vereinzelt Studien vor, die Selbstwirksamkeitserwartungen und Ursachenzuschreibungen gleichzeitig berücksichtigen.

Maddux (1995) betont die konzeptionell verankerte und empirisch abgesicherte Abgrenzbarkeit der beiden Konstrukte. Kontrollüberzeugung ist für ihn die Überzeugung, dass man durch sein eigenes Verhalten Einfluss auf die Umgebung und Ereignisse nehmen könnte, nicht jedoch, dass man in der Lage sei, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen, was dem Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung entspräche. Entsprechend unterscheiden Schwarzer und Jerusalem (1989) nach handlungstheoretischen Erwartungs-Wert-Theorien Kompetenzerwartungen, bei denen die Personenabhängigkeit der Handlung im Vordergrund steht, von Konsequenzerwartungen, welche die Handlung in Verbindung zu Ergebnissen und Folgen setzen. Ähnlich dazu bildet das handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit von Krampen (1989, 1991) einen integrativen Rahmen für

Selbstwirksamkeitserwartungen als Situations-Handlungs-/Kompetenz-Erwartungen und Kontrollüberzeugungen als Handlungs-Ergebnis-Erwartungen. In den Modellen bilden die einzelnen Kontingenzen logisch aufeinander aufbauende und interagierende Folgen, deren empirische Untermauerung und Beziehung untereinander ungeklärt ist (Schwarzer & Jerusalem, 1989). Allerdings gibt es einige erste Befunde und theoretische Überlegungen über das Zusammenwirken.

Nach Marlatt (1985a) erzeugt eine Attribution von Rückfällen auf die eigene Willensschwäche negative emotionale Konsequenzen mit Gefühlen von Unfähigkeit und einer verminderten Zuversicht hinsichtlich der eigenen Bewältigungskompetenzen. Schindler und Körkel (1994) konnten diesen postulierten Zusammenhang in einer Untersuchung mit 40 alkoholabhängigen Männern nachweisen. Abhängige, die den letzten Rückfall der eigenen Abstinenzunfähigkeit zuschrieben, zeichneten sich durch situationsübergreifende verminderte Selbstwirksamkeitserwartung aus. Eine internale stabile und globale Attribution wie Willensschwäche hatte demnach einen destruktiven Einfluss auf die eigene prospektive Selbstwirksamkeitserwartung. In einer anderen Studie von Schindler und Körkel (1995) manifestierten sich ebenfalls die Zusammenhänge retrospektiver Attribution auf internale Ursachen und geringer prospektiver Abstinenz-Selbstwirksamkeitserwartung, allerdings fiel der Zusammenhang zwischen Rückfallzuschreibungsmustern und Selbstwirksamkeitserwartung eher gering aus. Körkel und Schindler sehen hier die Problematik, dass Attributionsmuster aus der Ursachenzuschreibung für ein zurückliegendes Ereignis erschlossen werden. Eine zurückliegende Ursache kann ihrer Ansicht nach prospektiv gar nicht mehr als relevant angesehen und als bereits verändert wahrgenommen werden.

Dass externale Attribution von Misserfolgen der Aufrechterhaltung der eigenen Selbstwirksamkeitserwartung und Kompetenzeinschätzung förderlich ist, wurde auch von Polivy und Herman (2002) im False-Hope-Model bekräftigt. Die Zuschreibung eigener Misserfolge bei der Aufrechterhaltung einer Diät oder der Abstinenz auf externale Faktoren oder auch interne, aber instabile und damit veränderbare, Ursachen dient der Aufrechterhaltung des Glaubens an die Zielerreichung (Polivy & Herman, 2002; Demmel & Beck, 2004). Somit könnte in einem selbstwertdienlichen Attributionsstil auch der in Kapitel 3.4.3 beschriebene Deckeneffekt der Selbstwirksamkeitserwartung begründet liegen.

Andere Studien weisen auf den Zusammenhang geringer Bewältigungszuversicht und damit verbundenem geringem internen Kontrollempfinden hin (z. B. Sklar, Annis & Turner, 1997).

Bandura (1986, S. 402) sieht die Wirkungsrichtung folgendermaßen "...perceived self-efficacy is both a determiner of causal attributions and a mediator of their effects on performance". Seiner Ansicht nach attribuieren Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung, Misserfolge eher auf mangelnde Anstrengung, also internal und instabil.

Einzelne Untersuchungen lassen den zusätzlichen prädiktiven Wert von Kausalattributionen für die Rückfallvorhersage anzweifeln, da sich Selbstwirksamkeitserwartung als bester oder einzig signifikanter Prädiktor herausstellte (z. B. Vielva & Iraugi, 2001; Izquierdo, de Osma, Arnedillo & Cotaberria, 2001).

Die hier dargestellten Theorien, Modelle und empirischen Befunde verdeutlichen einerseits die Bedeutung von Selbstwirksamkeitserwartungen und Rückfallzuschreibungen für das Rückfallgeschehen und zeigen andererseits auf, dass zurzeit noch keine hinreichenden Erklärungen zu dem Zusammenwirken dieser Faktoren existieren. Ferner ist bislang unklar, welche Faktoren das Phänomen inflationärer Selbstwirksamkeitserwartung begründen und begleiten und ob Zuschreibungsmuster eine Erklärung für diesen Effekt liefern können. Die vorliegende Studie soll einen Beitrag zum weiteren Erkenntnisgewinn hinsichtlich dieser Fragestellungen liefern.

5. ZIELE UND HYPOTHESEN DER UNTERSUCHUNG

Die folgende Untersuchung gliedert sich in drei Teile.

Teil 1 Skalenentwicklung

Teil 2 Selbstwirksamkeitserwartung und Rückfallzuschreibung
(im Zusammenhang mit konsumbezogenen Variablen)

Teil 3 Follow-up-Erhebung

Teil 1

Gegenstand von Teil 1 ist die Beschreibung des in der vorliegenden Untersuchung entwickelten deutschsprachigen Verfahrens (Rückfall-Zuschreibungs-Inventar, RZI) zur Erfassung von Zuschreibungsmustern alkoholabhängiger Probanden. Das RZI soll die Zuschreibungsmuster bezogen auf die eigene prospektive Rückfälligkeit/Abstinenz erheben. Reliabilität, Validität und Faktorenstruktur des RZI sollen anhand einer Stichprobe überprüft werden, die in verschiedenen suchtspezifischen stationären Behandlungseinrichtungen rekrutiert wird.

Ferner soll die Bereichsspezifität und zeitliche Konsistenz von auf den Rückfall bezogenen Zuschreibungsmustern alkoholabhängiger Probanden untersucht werden. Dabei wird angenommen, dass es einen gering ausgeprägten Zusammenhang zwischen den bereichsspezifischen und global erfassten Zuschreibungsmustern gibt und dass die retrospektiv² erfasste Attribution des letzten Rückfalls in keinem Zusammenhang zu prospektiven³ Zuschreibungsmustern steht.

² im Sinne von: auf *vergangene* Abstinenz/ *vergangene* Rückfälle ausgerichtet

³ im Sinne von: auf *zukünftige* Abstinenz/ den *zukünftigen* Rückfall ausgerichtet

Teil 2

In Teil 2 wird der Zusammenhang von Selbstwirksamkeitserwartungen und Rückfallzuschreibungen alkoholabhängiger Probanden überprüft, um darüber gegebenenfalls Aussagen hinsichtlich eines Einflusses von Rückfallzuschreibungen auf inflationäre Selbstwirksamkeitserwartungen treffen zu können. In diesem Kontext soll ferner überprüft werden, ob es eine Konfundierung der Lokations- und Kontrolldimension bei Zuschreibungen sowie mit der Selbstwirksamkeitserwartung gibt. Es wird dabei angenommen, dass ein internaler Zuschreibungsstil keinen Aufschluss darüber gibt, ob ein Proband zuversichtlich hinsichtlich seiner eigenen Kompetenz ist, während Probanden mit externalen Zuschreibungsmustern ihren Abstinenzstatus als abhängig von äußeren Faktoren erleben und wenig Selbstwirksamkeitserwartung besitzen.

Zudem soll der Zusammenhang von Zuschreibungsmustern und Selbstwirksamkeitserwartungen sowie konsumbezogenen Variablen der Untersuchungstichprobe empirisch untersucht werden.

Teil 3

Teil 3 wird auf einer Follow-up-Erhebung basieren. Ziel ist die Identifikation von Prädiktoren für den Behandlungserfolg.

Es wird davon ausgegangen, dass eine Verbindung von hoher Selbstwirksamkeitserwartung und internalem Zuschreibungsmuster mit einer höheren Abstinenzrate bzw. mit weniger *schweren* Rückfällen (geringere zeitliche Dauer, geringere Konsummengen) in Zusammenhang stehen.

Die Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft soll sowohl zum Behandlungszeitpunkt als auch bei der Nacherhebung erfasst werden. Es wird vermutet, dass Veränderungen dieser Variablen in Abhängigkeit vom Behandlungserfolg auftreten und rückfällige Probanden ihre Selbstwirksamkeitserwartung zwar nach unten korrigieren, der Effekt inflationärer Selbstwirksamkeitserwartung jedoch repliziert wird und die Probanden weiterhin zuversichtlich bleiben.

6. METHODE TEIL 1-3

6.1 Probanden

An der Baseline-Untersuchung nahmen 428 alkoholabhängige Patienten aus sechs psychiatrischen Behandlungseinrichtungen (LWL-Klinik Münster: $n = 150$, Westfälische Klinik Warstein: $n = 17$, Otto-Wagner-Spital Wien: $n = 19$, St. Antonius Krankenhaus Hörstel: $n = 60$, Fachklinik Kamillushaus Essen: $n = 55$, Salus-Klinik Lindow: $n = 127$) teil. Die Datenerhebung begann im Februar 2004 und wurde im Dezember 2004 abgeschlossen.

Die Einschlusskriterien waren: (1) Deutsch als Muttersprache; (2) Primärdiagnose einer Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 (WHO, 2001); (3) Alter zwischen 18 und 60 Jahren; (4) keine kognitiven oder verbalen Einschränkungen; (5) keine Primärdiagnose einer anderen Substanzabhängigkeit (einschließlich Abhängigkeit von illegalen Drogen, Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika); (6) keine Medikation mit Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit und (7) abgeschlossene Entgiftung und keine akute Entzugssymptomatik. Alle Teilnehmer unterzeichneten eine schriftliche Einverständniserklärung.

Sechs Patienten wurden aufgrund unvollständiger Daten auf dem Rückfall-Zuschreibungs-Inventar (RZI) von der Auswertungsstichprobe ausgeschlossen, ein Maximum von drei fehlenden Werten wurde als akzeptabel erachtet. Drei Patienten wurden ausgeschlossen aufgrund einer Varianz von Null in ihren Antworten auf dem RZI, da dieses Antwortmuster als invalide und unplausibel angesehen werden kann. Somit gingen insgesamt 419 Datensätze in die Berechnungen mit ein (mittleres Alter: 43.81 Jahre, $SD = 7.96$). In der Stichprobe waren 80% männlich, 29.7% lebten mit einem Partner zusammen, 37% waren zum Zeitpunkt der Erhebung arbeitslos. Die Mehrheit der Stichprobe (76%) berichtete mindestens eine vorherige Entzugsbehandlung gehabt zu haben (mittlere Anzahl vorheriger Entgiftungen = 4,17, $SD = 7,87$, $N = 392$, zu 27 Probanden lagen keine Angaben vor). Die Anzahl vorheriger Entzugsbehandlungen lag

zwischen keiner Entzugsbehandlung ($n = 93$) und 60 ($n = 1$; eine vorherige Entzugsbehandlung: $n = 88$; zwei vorherige Entzugsbehandlungen: $n = 56$; drei vorherige Entzugsbehandlungen: $n = 44$; mehr als drei vorherige Entzugsbehandlungen: $n = 111$). Dreihunderteinunddreißig Probanden (79%) gaben an *Raucher* zu sein.

*Teil 3*⁴. Probanden zweier Einrichtungen wurden zusätzlich gebeten, an einer Follow-up-Befragung via Telefon teilzunehmen, welche rund 86 Tage ($M = 86.17$ Tage, *Minimum* = 79, *Maximum* = 91; $SD = 2.8$) nach der ersten Erhebung stattfand. Zusätzlich zu den Kriterien der Baseline-Untersuchung war für die Teilnahme an der Nachbefragung entscheidend, ob die Probanden telefonisch erreichbar waren. Die Nacherhebung fand im Zeitraum April 2004 bis März 2005 statt. Von 156 Patienten, die um Teilnahme an der Nachbefragung gebeten wurden, gaben 146 Patienten (LWL-Klinik Münster: $n = 91$, St. Antonius Krankenhaus Hörstel: $n = 55$) ihre schriftliche Einverständniserklärung.

Die Probanden wurden als abstinent (wenn sie angaben, keinen Alkohol in der Follow-up-Periode getrunken zu haben) oder als rückfällig (wenn sie angaben, mindestens einmal Alkohol getrunken zu haben) klassifiziert. Patienten, die während des Nachbefragungsintervalls (77 bis 91 Tage nach dem Baseline-Assessment) telefonisch nicht erreicht werden konnten, wurden ebenso als rückfällig klassifiziert (Abbildung 2).

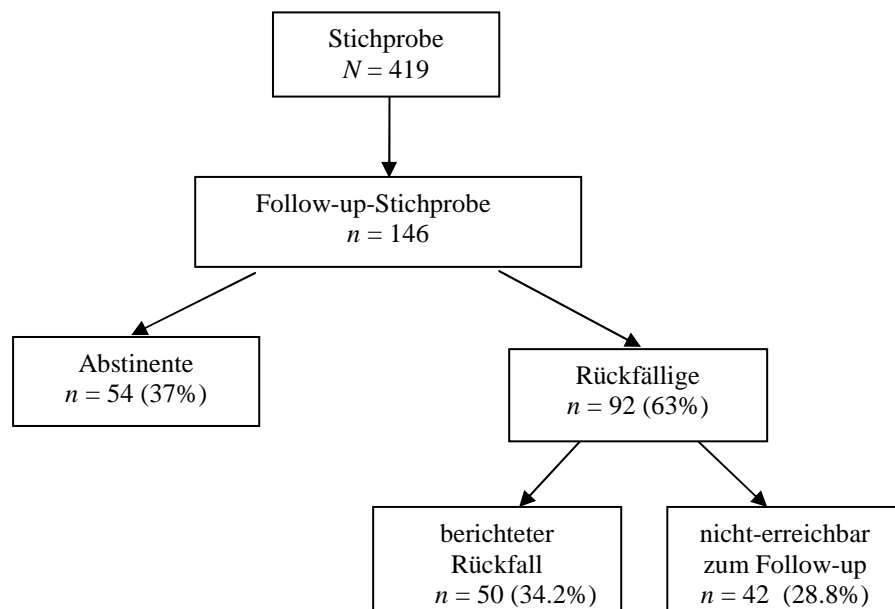


Abbildung 2. Darstellung der Stichproben

⁴ Textpassagen, die sich nur auf einen der drei Untersuchungsteile, wie in Kapitel 5 beschrieben, beziehen, werden im Text entsprechend kenntlich gemacht.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die soziodemografischen und Konsumvariablen der Gesamtstichprobe sowie der Follow-up- und Nicht-Follow-up-Stichprobe (detaillierte Angaben finden sich im Anhang A-1).

Die Follow-up-Stichprobe unterschied sich hinsichtlich Alter, Geschlecht, Partnerbeziehung, Erwerbstätigkeit, der konsumierten Alkoholmenge und der Anzahl Konsumtage vor der Behandlung sowie der Anzahl bisheriger Entzugsbehandlungen nicht von der Gruppe der Probanden, die nur an der Baseline-Erhebung teilnahmen (siehe Tabelle 1).

Bei der Baseline-Erhebung als auch zum Follow-up-Zeitpunkt wurde der Alkoholkonsum anhand folgender Konsummaße erhoben: (1) Anzahl der Tage, an denen während des letzten Monats (30 Tage) vor dem Interview Alkohol konsumiert wurde (Frequenz des Alkoholkonsums); (2) Anzahl der durchschnittlich konsumierten alkoholischen Getränke (Bier, Wein, Spirituosen) an einem typischen Konsumtag innerhalb dieser Zeitperiode (Quantität des Alkoholkonsums). Die Antworten wurden nach den Richtlinien von Bühringer et al. (2002) in Gramm Reinalkohol umgerechnet. Angaben von mehr als 500 g Alkohol für Männer und mehr als 400 g Alkohol für Frauen wurden als falsche Angaben klassifiziert und von den Berechnungen ausgeschlossen. Von den Probanden berichteten 37% während der gesamten 30 Tage vor der Behandlung Alkohol konsumiert zu haben ($M = 19.73$ Tage; $SD = 10.44$). Die durchschnittliche Konsummenge betrug 218.16 g ($SD = 111.29$) für Männer und 153.24 g ($SD = 80,58$) für Frauen.

Tabelle 1

Stichprobenmerkmale bezüglich soziodemografischer und Konsumvariablen

	Gesamtstichprobe					Follow-up					Kein Follow-up					<i>t</i>	χ^2	df	<i>p</i>
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Min</i>	<i>Max</i>	%	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Min</i>	<i>Max</i>	%	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Min</i>	<i>Max</i>	%	<i>n</i>				
Alter	43.81 (8.00)	18	60	-	419	43.88 (8.64)	21	59	-	146	43.77 (7.58)	18	60	-	273	0.13		417	NS
Geschlecht <i>männlich</i>	-	-	-	79.7	419	-	-	-	77.4	146	-	-	-	81.0	273		0.74	1	NS
Familienstand <i>mit Partner^a</i>	-	-	-	29.7	418	-	-	-	33.8	145	-	-	-	27.5	273		1.81	1	NS
Erwerbstätigkeit <i>arbeitslos^b</i>	-	-	-	37.3	419	-	-	-	34.5	145	-	-	-	38.7	271		0.73	1	NS
Raucher <i>Ja</i>	-	-	-	79.0	418	-	-	-	77.2	145	-	-	-	80.2	273		0.51	1	NS
Anzahl Entzugs- behandlungen	4.17 (7.87)	0	60	-	392	4.35 (9.05)	0	60	-	140	4.07 (7.14)	0	50	-	252	0.34		390	NS
Alkoholkonsum Quantität <i>t₀^c</i>	205.35 (108.96)	20.96	495.56	-	380	194.05 (97.58)	20.96	495.46	-	136	211.65 (114.52)	21.84	485.93	-	244	-1.58		317.80 ^e	NS
Alkoholkonsum Frequenz <i>t₀^d</i>	19.73 (10.43)	0	30	-	412	21.05 (9.73)	0	30	-	144	19.02 (10.74)	0	30	-	268	1.94		318.47 ^e	NS

Anmerkungen. Alle *t*-Tests sind zweiseitig. ^a*mit Partner* entspricht den Kategorien verheiratet-zusammenlebend & Lebensgemeinschaft, ^b*arbeitslos* entspricht den Kategorien Arbeitslose(r) und Sozialhilfeempfänger(in), ^cQuantität des Alkoholkonsums *vor* der Behandlung, ^dFrequenz des Alkoholkonsums *vor* der Behandlung, ermittelt an der Anzahl der Tage mit Konsum innerhalb der letzten 30Tage vor Aufnahme. ^eVarianzen sind nicht gleich in den Gruppen.

6.2 Instruktion und Ablauf

Baseline-Assessment. Die Patienten wurden innerhalb von zwei Wochen nach Aufnahme um die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie gebeten. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren alle Patienten frei von akuten Entzugssymptomen. Alle Patienten gaben eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme ab, wobei die Teilnahme freiwillig erfolgte und eine anonymisierte Datenauswertung zugesichert wurde. Behandler oder Stationspersonal waren nicht in die Datenerhebung involviert. Es gab keine Aufwandsvergütung. Das Ausfüllen der Fragebögen erforderte insgesamt zwischen 40 und 75 Minuten und fand in Gruppen von zwei bis zwölf Patienten statt. In der LWL-Klinik Münster wurden den Probanden alle Fragebögen in einer Sitzung mit einer kurzen Pause (ca. zehn Minuten) vorgelegt, da aufgrund der geringen Aufenthaltsdauer und des stationären Behandlungsablaufs keine Möglichkeit bestand, zwei Sitzungen einzurichten. In den anderen Einrichtungen wurden zwei Sitzungen für das Ausfüllen der Fragebogenpakete einberaumt. Der Abstand zwischen den beiden Sitzungen betrug zwei bis fünf Tage. Das Baseline-Assessment sowie die telefonische Nachbefragung wurden von der Autorin oder geschulten Psychologiestudenten der Westfälischen Wilhelms-Universität durchgeführt und betreut.

Teil 3. Follow-up. Alle Patienten der LWL-Klinik Münster und des St. Antonius Krankenhaus Hörstel, die eine Telefonnummer angeben konnten und ihre schriftliche Einverständniserklärung zu einer Nacherhebung abgaben, wurden in die Follow-up-Erhebung einbezogen. Das Telefoninterview dauerte zwischen einer Minute (*Minimum*) und zwölf Minuten (*Maximum*; $M = 4$ Minuten, $SD = 2.2$) und wurde von der Autorin oder einer geschulten Psychologiestudentin der Westfälischen Wilhelms-Universität durchgeführt. Die Interviewer notierten, ob der Patient zum Gesprächszeitpunkt *nüchtern* (bezogen auf den Alkoholkonsum) erschien. Keiner der Patienten, die angaben, nicht konsumiert zu haben, wurde von den Interviewern als *alkoholisiert erscheinend* eingestuft.

Das Fragebogenpaket (Anhang B) bestand aus zwei Teilen, die jeweils mehrere Fragebögen umfassten, und die nachfolgend, entsprechend ihrer Abfolge im Fragebogenpaket, überblicksartig dargestellt werden. Im Abschnitt 6.3 werden die für diese Arbeit relevanten Fragebögen detaillierter erläutert.

(1) Craving: Rating # 1

Craving wurde während des Ablaufs viermal mit einer elfstufigen Skala erfasst.

(2) Erfassung von soziodemografischen und Konsumvariablen

Die Erfassung der soziodemografischen und Konsumvariablen basierte auf den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (2001).

(3) Drinker Inventory of Consequences

Mit einer deutschsprachigen Version des *Drinker Inventory of Consequences* (DrInC; Demmel, 2002b; Originalfassung Miller, Tonigan & Longabough, 1995) wurden anhand von fünf Fragen die Konsequenzen des Alkoholkonsums erfasst.

(4) Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen # 1

Der *Mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen* (MDB; Steyer, Schwenkmezger, Notz & Eid, 1994) diente zur Abfrage der Stimmungslage.

(5) Importance/Confidence Ruler

Mit dem *Importance/Confidence Ruler* (Miller & Rollnick, 2002; für eine differenzierte Beschreibung der deutschen Version siehe Demmel, 2005) wurden die Selbstwirksamkeitserwartungen und die Veränderungsbereitschaft erfragt.

(6) Rückfall-Zuschreibungs-Inventar (RZI)

Teil 1 dieser Studie beinhaltet die Entwicklung des bereichsspezifischen *Rückfall-Zuschreibungs-Inventars*.

(7) IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen

Mit dem *IPC-Fragebogen* wurden generalisierte Kontrollüberzeugungen (Levenson, 1972, 1974; in der deutschen Version von Krampen, 1981) erfasst.

(8) Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-G)

Mit einer gekürzten deutschsprachigen Version des *Drug Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ-G; Demmel, Rist & Olbrich, 2001; Ursprungsversion: *Drug*

Taking Confidence Questionnaire; Annis & Martin, 1985; Sklar et al., 1997) wurde die drinking refusal self-efficacy erhoben.

(9) Craving: Rating # 2

(10) Attributionsitem

Ferner beinhaltete das Fragebogenpaket ein *Einzelitem* zu Erfassung der *Rückfallattribution*.

(11) Brief Symptom Inventory

Mit der Subskala *Depression* des *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983; dt. Fassung Franke, 1999) wurden ökonomisch klinisch relevante Depressionssymptome erfasst.

(12) Craving: Rating # 3

(13) Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen # 2

(14) Comprehensive Alcohol Expectancy Questionnaire, standard version

(15) Comprehensive Alcohol Expectancy Questionnaire, Version A, B or C

Zwei unterschiedliche Versionen des *Comprehensive Alcohol Expectancy Questionnaire* (CAEQ; Demmel & Hagen, 2003), welcher Alkoholwirkungserwartungen erhebt, wurden ausgefüllt.

(16) Craving: Rating # 4

6.3 Messinstrumente & -verfahren

In diesem Abschnitt werden die Messinstrumente detaillierter erläutert, welche für die in der vorliegenden Studie untersuchten Fragestellungen von Relevanz sind.

Zur Erfassung unterschiedlicher Formen von Selbstwirksamkeitserwartungen wurden zwei verschiedene Messinstrumente verwandt. Zum einen wurde die *drinking refusal self-efficacy* mit einer Ratingskala (Confidence Ruler) und dem DTCQ-G erhoben, zum anderen wurde die *abstinence self-efficacy* ebenfalls mit einer Ratingskala (Confidence Ruler) erfasst.

Mit dem *Importance/Confidence Ruler* (Miller & Rollnick, 2002) wurde die *abstinence self-efficacy* ("Wie zuversichtlich sind Sie, dass es Ihnen gelingen wird, nach Abschluss der Behandlung keinen Alkohol mehr zu trinken?"), die *drinking refusal self-efficacy* ("Wie sicher sind Sie, dass Sie dem Verlangen nach Alkohol widerstehen könnten?") und die Veränderungsbereitschaft ("Wie wichtig ist es Ihnen, keinen Alkohol mehr zu trinken?") erfasst. Zusätzlich wurde die Selbstwirksamkeitserwartung und die Veränderungsbereitschaft bezogen auf das Rauchen sowie die Wirksamkeitserwartung bezogen auf die Mitpatienten ("Wie zuversichtlich sind Sie, dass es Ihren Mitpatienten gelingen wird, nach Abschluss der Behandlung keinen Alkohol mehr zu trinken?") jeweils mit elfstufigen Einzelitems (0 = *überhaupt nicht zuversichtlich* bzw. *unwichtig*, 10 = *absolut zuversichtlich* bzw. *sehr wichtig*) erhoben.

Um die *drinking refusal self-efficacy* zu erheben, wurde ebenfalls eine eindimensionale, deutschsprachige Version des Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-G; Demmel et al., 2001) eingesetzt. Der DTCQ-G besteht aus 32 Items, die eine Vielzahl von Hochrisiko-Situationen beschreiben (z. B.: "Ich könnte dem Verlangen nach Alkohol widerstehen, wenn ich sehen wollte, ob ich kontrolliert trinken kann."). Probanden stufen ihre Selbstwirksamkeitserwartung auf einer sechsstufigen Skala von 0% (*gar nicht sicher*) bis 100% (*ganz sicher*) ein. Faktorenanalysen konnten die ursprüngliche Mehrdimensionalität der Skala, wie sie von Sklar et al. (1997) vorgeschlagen wurden, nicht belegen und deuten auf eine einfaktorielle Lösung hin (Cronbachs Alpha = 0.97).

Das Rückfall-Zuschreibungs-Inventar (RZI) wurde zum ersten Mal in einer empirischen Untersuchung eingesetzt (siehe hierzu Kapitel 6.4). Die ursprüngliche Form bestand aus 24 Items zur Erfassung der persönlichen Erklärungsmuster potenzieller zukünftiger Rückfälle. Eine Itemanalyse und exploratorische Faktorenanalyse gehören zum *Teil 1* dieser Studie und werden im Kapitel 7.1 detailliert dargestellt.

Mit dem *IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen* (Levenson, 1972, 1974; dt. Fassung Krampen, 1981) werden folgende Aspekte individueller, generalisierter Kontrollüberzeugungen erhoben: (1) Internalität (subjektive Überzeugung, das Leben und wichtige Ereignisse selbst bestimmen und beeinflussen zu können); (2) sozial bedingte Externalität (Gefühl der Machtlosigkeit und Abhängigkeit von anderen, mächtigeren Personen) und (3) fatalistische Externalität (Überzeugung, das Leben und Ereignisse seien weitgehend durch Schicksal, Zufall, Pech und/oder Glück bestimmt). Jede Subskala besteht aus acht Items. Der Proband ordnet seine Antwort einer sechsstufigen Skala mit den Polen (--- = *sehr falsch*) und (+++ = *sehr richtig*) zu. Die interne Konsistenz der Skalen liegt zwischen $r = .91$ und $r = .98$, die Testhalbierungs-Reliabilität zwischen $r = .55$ und $r = .80$ und die Test-Retest-Reliabilität zwischen $r = .78$ und $r = .90$. Die Validität ist durch Gruppenvergleiche, die Beziehung der Skalen zu anderen Persönlichkeitsmerkmalen und durch Faktorenanalysen gesichert (Krampen, 1981).

Ein *Einzelitem zur Erfassung der Attribution des letzten Rückfalls* wurde eingesetzt. Auf einer siebenstufigen Skala wurde die Ausprägung der internalen (1 = *es lag ausschließlich an mir*) bzw. externalen Attribution (7 = *es lag ausschließlich an anderen Personen oder an den äußeren Umständen*) erfasst.

Das *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983; dt. Fassung Franke, 1999) ist als Kurzform der SCL-90-R (Derogatis, 1986, dt. Fassung Franke, 1995) ein ökonomisches Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome aus neun verschiedenen Bereichen, bezogen auf die letzten sieben Tage. In dieser Studie wurde ausschließlich die Subskala Depression, die mit sechs Items klinisch relevante Symptome einer Depression erfasst, eingesetzt (Cronbachs alpha = 0.85). Teilnehmer stufen ihre Belastung durch bestimmte Symptome auf einer vierstufigen Skala von 0 (*überhaupt nicht*) bis 4 (*sehr stark*) ein. Drei Werte sind für die Subskala ermittelbar: ein Summenwert über alle sechs Items (S), einen Skalenwert (G) für die Subskala (Summenwert S geteilt durch die Anzahl der Items) und ein Wert zur Belastungstendenz, welcher Auskunft über die psychologische Belastung gibt (P, Anzahl Items mit einem Wert größer 0).

In Tabelle A-2 des Anhangs sind die deskriptiven Fragebogenergebnisse der Gesamtstichprobe sowie der Follow-up- und Nicht-Follow-up-Stichproben einander gegenüber gestellt. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen der Follow-up- und Nicht-Follow-up-Stichprobe bestehen hinsichtlich des DTCQ-G-Wertes, $t(410) = -2.53$, $p < .05$, des Depressionswertes, $t(253.66) = 4.04$, $p < .01$, des (re)aktionalen Zuschreibungsmusters, $t(417) = 2.41$, $p < .05$ und der abstinence other-efficacy, $t(255.89) = -2.44$, $p < .05$. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität zeigt an, dass die Varianzen in den Gruppen nicht gleich sind für den Depressionswert, $F = 12.31$, $p < .005$ und die abstinence other-efficacy, $F = 6.99$, $p < .05$.

6.3.1 Das standardisierte Telefoninterview

Teil 3. Während des standardisierten Telefoninterviews (siehe Anhang C) wurde erfragt, ob es in der Zwischenzeit zu einem Rückfall gekommen war. Bei einem Rückfall wurde (1) die Anzahl der Tage von der Entlassung bis zum erstmaligen erneuten Konsum (Latenz), (2) die Dauer der ersten Konsumepisode nach der Entlassung (Dauer), (3) die Anzahl der Konsumtage während der dreimonatigen Follow-up-Periode (Frequenz des Konsums nach Entlassung) und (4) die Anzahl der durchschnittlich konsumierten alkoholischen Getränke (Bier, Wein, Spirituosen) an einem typischen Konsumtag innerhalb dieser Zeitperiode (Quantität des Konsums nach Entlassung) erfasst.

Ferner wurden die an die Entzugsbehandlung anschließenden Therapiemaßnahmen erfasst und wie in der Baseline-Erhebung die abstinence self-efficacy (mit leicht verändertem Wortlaut: "Wie zuversichtlich sind Sie, dass es Ihnen *künftig* gelingen wird, ..." statt "... *nach Abschluss der Behandlung* keinen Alkohol mehr zu trinken?") sowie die Veränderungsbereitschaft ("Wie wichtig ist es Ihnen, keinen Alkohol mehr zu trinken?") erhoben.

6.4 Methode Teil 1 - Skalenentwicklung des RZI

6.4.1 Itemgenerierung

Ausgehend von der Sozialen Lerntheorie definierte Rotter das Konstrukt *Locus of control* als "generalized expectancy for internal versus external control of reinforcement" (Rotter, 1966, S.1). Aufgrund von inkonsistenten Befunden hinsichtlich der Eindimensionalität des Messinstruments ROT-IE von Rotter (1966) entwickelte Krampen (1981) die IPC-Skalen (siehe Kapitel 4.4). Während mit der Ablösung der uni- durch die mehrdimensionalen Messverfahren eine erste Entwicklung im Bereich der Erfassung von Kontrollüberzeugungen stattfand, so liefert die aktuelle Forschung mit der Präferenz bereichsspezifischer gegenüber globalen Messinstrumenten eine zweite Weiterentwicklung (Krampen, 1989). Auch Mielke (1996) stellte fest, dass der prädiktive und der explikatorische Wert von Skalen zur Erhebung individueller Zuschreibungsmuster durch eine bereichsspezifische Differenzierung verbessert werden kann. Aus diesen Gründen wurde ein neues Inventar zur Erfassung von Zuschreibungsmustern - bezogen auf die eigene Abstinenz und Rückfälle bei Substanzabhängigkeiten - entwickelt und in dieser Studie erstmalig eingesetzt. Bei der Itemgenerierung diente der IPC von Krampen (1981) als Vorbild. Eine Faktorenanalyse soll Informationen bezüglich der Dimensionalität dieses neuen Fragebogens liefern. Die Itemselektion aus dem ursprünglichen Itempool von 28 Items soll unter Betrachtung der Itemkennwerte, Faktorladungen und inhaltlicher Kriterien erfolgen.

Um den persönlichen und emotionalen Bezug bei der Beantwortung des Fragebogens zu erhöhen, wurden Reflexivpronomen bei der Formulierung der Items verwandt (z. B. "Ob *ich* abstinent bleibe oder nicht, hängt von *meiner* Willensstärke ab"). Einfache und eindeutige Formulierungen wurden eingesetzt, um Missverständnisse und Mehrdeutigkeit zu vermeiden (Lienert & Raatz, 1998). Nach der Item-Generierung wurden die Items in randomisierte Reihenfolge gebracht.

6.4.2 Antwortformat

Als Antwortformat wurde eine sechsstufige Likert-Skala mit den mathematischen Symbolen --- (*sehr falsch*) -- (*falsch*) – (*eher falsch*) + (*eher richtig*) ++ (*richtig*) +++ (*sehr richtig*) verwandt, da Validität und Reliabilität durch den Einsatz von mehrstufigen Antwortformaten erhöht werden (Matell & Jacoby, 1971). Zudem haben Likert-Skalen den Vorteil von (Quasi-)Intervallskalen-Qualität (Comrey, 1988). Da es keinen neutralen Mittelpunkt im Antwortformat gibt, waren die Probanden gezwungen, bei den Items zwischen Zustimmung und Ablehnung zu wählen. Somit konnte Antworttendenzen zur neutralen Mitte vorgebeugt werden. Rost (1996) warnt unter Bezug auf unterschiedliche Studien vor den Interpretationsschwierigkeiten, die ein neutrales Antwortverhalten bei der Auswertung mit sich bringt. Positiv ist zudem, dass den IPC-Skalen dasselbe Antwortformat zugrunde liegt. Da in dieser Studie die IPC-Skalen und das RZI in Folge beantwortet wurden, konnte einer Verwirrung der Probanden durch wechselnde Antwortformate entgegen gewirkt werden. Da Mehrdimensionalität der Items angenommen wurde, das heißt, davon ausgegangen wurde, dass verschiedene Zuschreibungstendenzen abgebildet waren, wurde auf eine Umpolung zur Überprüfung von unplausiblen Antwortmustern verzichtet.

6.4.3 Instruktion

Die Probanden wurden aufgefordert, ihre Zustimmung zu 28 Aussagen, die alle mit der Phrase "Ob ich abstinent bleibe oder nicht ..." begannen, auf der beschriebenen sechsstufigen Skala einzuordnen. Auf einer vorangestellten Seite wurde die Instruktion mit Hilfe eines Beispielitems und einer verbalen Beschreibung der Antwortstufen verdeutlicht und die Verwendung der Skala demonstriert. Im Fragebogen selbst waren die Antwortstufen durch die Plus- und Minuszeichen repräsentiert, wobei die Endpunkte der Skala zusätzlich durch die verbalen Ausdrücke veranschaulicht wurden.

7. ERGEBNISSE

7.1 Ergebnisse Teil 1 - Itemanalyse, Faktorenanalyse und Gütekriterien des RZI

Es werden zunächst die Ergebnisse der Itemanalyse, unter Aufführung der Itemkennwerte, des RZI dargestellt. Ferner werden die Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse (PCA) mit anschließender orthogonaler Varimax-Rotation beschrieben. Erste Ansätze zur Überprüfung der Stabilität der Faktorenstruktur, Reliabilität und Validität werden dargelegt.

Die Datenauswertung aller drei Teile dieser Arbeit erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 14.0 für Windows. Bei der statistischen Auswertung wurde darauf geachtet, dass die entsprechenden Voraussetzungen wie Normalverteilung, Varianzhomogenität und Unabhängigkeit der Stichproben erfüllt sind bzw. die Anwendbarkeit der statistischen Verfahren zulässig ist. Die Normalverteilung wurde mit Kolmogorov-Smirnov-Tests und die Varianzhomogenität mit Levene-Tests geprüft. Sofern Abweichungen von den Voraussetzungen nicht zu Einschränkungen in der Anwendbarkeit bei robusten Verfahren führen (Bortz, 1999), wird darauf nicht gesondert eingegangen. Sofern die Voraussetzungen für den Einsatz eines statistischen Verfahrens nicht erfüllt sind, wird dies im Text kenntlich gemacht.

Bei sämtlichen statistischen Berechnungen wurde ein α -Niveau $< .05$ verwendet.

7.1.1 Fehlende Werte

Ein Maximum von drei fehlenden Werten wurde als akzeptabel erachtet. Datensätze mit mehr als drei fehlenden Werten wurden ausgeschlossen. Fehlende Werte wurden durch Mittelwertimputation ersetzt (siehe hierzu George & Mallery, 2004).

7.1.2 Itemanalyse

Die Bestimmung der Itemschwierigkeit nach den gängigen Verfahren für Leistungsbeurteilungen ist nach Friedenber (1995) bei Persönlichkeitstests kritisch zu hinterfragen, da diese Analysen typischerweise eine Kategorisierung der Itemantworten in *richtig* oder *falsch* voraussetzen. Eine Alternative bietet die Herangehensweise von Dahl (1971), bei der die Schwierigkeitsindizes⁵ dadurch bestimmt werden, dass

p (Item-Schwierigkeitsindize) wie folgt definiert wird:

$p = (\text{Summe der Punktwerte eines Items über alle Probanden}) \div (\text{maximaler Punktwert für das Item} \times \text{Anzahl der Probanden}).$

Unter Verwendung dieser Gleichung liegen die *Schwierigkeitsindizes* der RZI-Items zwischen $p = .25$ und $p = .92$ (bei einer maximalen Ausprägung zwischen $p = .17$ und $p = 1$ – wenn alle Probanden die Kategorie 1 oder 6 wählen; siehe Tabelle 2).

Die mittlere Itemausprägung liegt zwischen $M = 1.5$ (Item 3) und $M = 5.5$ (Item 5). Prozentverteilungen auf die verschiedenen Ausprägungen der Items sind in Tabelle 2 aufgeführt. Die höchste vorkommende Prozentzahl für eine Kategorie ist 74.7%. Kein Item wurde vor der Faktorenanalyse ausgeschlossen.

⁵ bilden hier die Zustimmung zu bzw. Ablehnung von einem Item ab

Tabelle 2
 Antwortverteilung auf die RZI-Items und Schwierigkeitsindizes (p_i)

		---	--	-	+	++	+++	p_i
RZI-Items								
1	andere mich in Versuchung	41.3	24.3	12.9	11.2	6.9	3.3	0.38
2	ich nicht beeinflussen	55.8	19.5	9.1	5.7	5.7	4,1	0.33
3	Glückssache	73.7	13.6	5.7	4.3	0.2	2.4	0.25
4	Herausforderung gewachsen	15.0	12.2	12.4	20.5	24.3	15.5	0.62
5	meiner Verantwortung	2.6	1.0	0.7	4.5	16.5	74.7	0.92
6	nicht vorhersagen	15.8	10.5	11.7	23.1	18.1	20.8	0.63
7	nicht in der Hand	60.4	18.4	6.9	2.9	4.1	7.4	0.32
8	Unterstützung bekomme	8.8	8.1	12.2	24.8	29.4	16.7	0.68
9	welche Situationen gerate	12.9	13.6	12.6	24.1	22.7	14.1	0.62
10	Willensstärke	6.0	2.4	2.9	8.8	20.0	59.9	0.86
11	Charakter	18.6	8.1	10.0	16.5	20.8	26.0	0.65
12	Standfestigkeit	6.0	3.1	3.8	13.4	26.7	47.0	0.82
13	Anstrengung	15.3	8.6	8.8	17.7	22.7	27.0	0.67
14	Umgebung	17.9	16.9	9.3	19.3	17.9	18.6	0.60
15	ich mich verändere	9.8	4.3	6.4	13.6	28.0	37.9	0.77
16	einzig & allein an mir	1.0	2.4	3.6	10.3	17.2	65.6	0.90
17	Verhalten anderer	44.2	25.8	14.3	10.5	3.3	1.9	0.35
18	hart an mir arbeite	3.1	1.7	3.1	16.0	29.3	46.8	0.85
19	Motivation	3.8	3.1	4.3	17.2	31.9	39.6	0.82
20	Zufall	68.5	16.7	7.9	3.6	1.4	1.9	0.26
21	Leben in Griff	8.6	3.1	4.8	14.6	31.5	37.5	0.78
22	persönliche Stärke	4.8	3.1	6.2	15.8	30.8	39.4	0.80
23	Situation verbessern	14.6	11.2	10.7	23.9	23.9	15.8	0.63
24	Dinge entwickeln	15.8	15.0	14.3	27.2	19.8	7.9	0.57
25	etwas lerne	8.4	5.0	7.9	20.2	31.7	26.7	0.73
26	Persönlichkeit	6.7	7.2	6.4	18.1	28.2	33.4	0.76
27	Schicksal	68.7	15.3	7.6	4.1	2.1	2.1	0.27
28	Umstände	32.9	19.3	16	18.1	10.0	3.6	0.44

Anmerkung. Fettdruck indiziert die am häufigsten gewählte Antwortkategorie. Items abgekürzt, Volltext im Anhang B-7.

Statistische Prüfkriterien wie der Bartlett-Test auf Sphärizität, die Anti-Image-Kovarianz-Matrix und das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium (KMO; measure of sampling adequacy, MSA) indizieren die Eignung der Daten für faktorenanalytische Berechnungen (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998). Das Ergebnis des Bartlett-Test ist mit $F = 3616,7$, $df = 378$, $\alpha < .000$ hoch signifikant, was bedeutet, dass eine hohe statistische Wahrscheinlichkeit signifikanter Korrelationen zwischen den Items vorliegt. Der KMO-Wert von .85 deutet eine gute Eignung der Daten an (Brosius, 1989; Backhaus, Erichson & Plinke, 2003). Ferner ist eine Stichprobengröße ab 300 Probanden nach McCallum, Widaman, Thang und Hong (1999) für faktorenanalytische Berechnungen gut geeignet, da der Stichprobenfehler abnimmt.

7.1.3 Faktorenstruktur

Eine Hauptkomponentenanalyse ergibt auf Grundlage des Kaiser-Guttman-Kriteriums acht Faktoren mit einem Eigenwert > 1 .

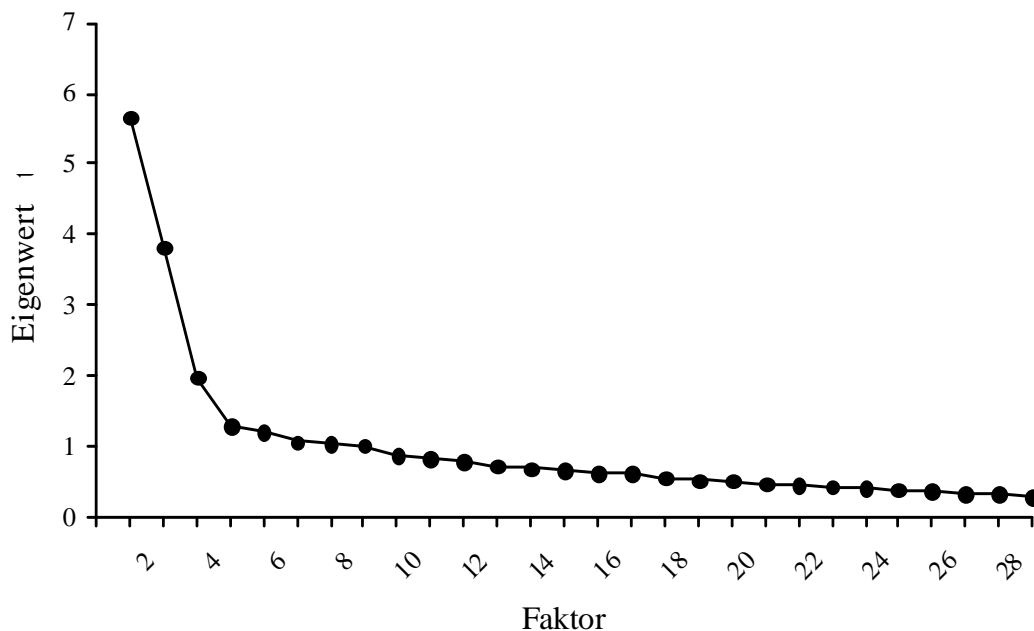


Abbildung 3. Eigenwertdiagramm (Scree-Plot) des RZI

Der Scree-Plot (siehe Abbildung 3) zeigt einen steilen Abfall bis zum vierten Faktor und legt demnach eine drei- oder vier-faktorielle Lösung nahe (Hair et al., 1998). Diese Methode wurde mehrfach wegen ihres Mangels an objektivierbaren Kriterien kritisiert (Bühner, 2004).

Der Eigenwert des ersten Faktors ist $\lambda_1 = 5.7$, die Eigenwerte des zweiten, dritten und vierten Faktors liegen bei $\lambda_2 = 3.8$, $\lambda_3 = 2$ und $\lambda_4 = 1.3$. Die aufgeklärte Gesamtvarianz des ersten Faktors beträgt 20.2%, die des zweiten Faktors 13.7%, der dritte Faktor klärt 7.1% und der vierte Faktor 4.6% der Gesamtvarianz auf.

Basierend auf diesen Ergebnissen wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit orthogonaler Varimax-Rotation mit drei und vier Faktoren durchgeführt. Um ein stabiles, sparsames, gleichzeitig sinnvoll interpretierbares und inhaltlich bedeutsames Set an Faktoren zu erhalten, wurde aufgrund der erhaltenen Ergebnisse eine drei-faktorielle Lösung favorisiert.

Aus einer forcierten vier-faktoriellen Lösung ergeben sich inhaltlich schlecht interpretierbare Faktoren. Der erste Faktor repräsentiert einen internen und stabilen Zuschreibungsmodus, der zweite Faktor drückt eine fatalistische Grundhaltung aus, während der dritte Faktor Bewältigungsverhaltensweisen repräsentiert, wenngleich Item 19 (Motivation) diesem Faktor inhaltlich nicht entspricht. Der vierte Faktor erscheint inhaltlich ähnlich heterogen, da er die Abhängigkeit von Unterstützung und gleichzeitig situationale und persönliche Determinanten beinhaltet. Item 6 (nicht vorhersehbar) des vierten Faktors passt nicht zu dieser Interpretation. Diese Faktorenlösung klärt 45.62% der Gesamtvarianz auf.

In einigen Punkten ähnelt die drei-faktorielle Lösung der vier-faktoriellen Lösung. Die extrahierte Varianz beträgt dabei 40.98% der Gesamtvarianz. Die interne Konsistenz ist mit Cronbachs Alpha von $\alpha = .76$ für den ersten, $\alpha = .81$ für den zweiten und $\alpha = .69$ für den dritten Faktor höher als die internen Konsistenzen der vier-faktoriellen Lösung (Cronbachs Alphas liegen hier zwischen $\alpha = .80$ für den ersten, $\alpha = .69$ für den zweiten, $\alpha = .66$ für den dritten Faktor bei Einschluss bzw. $\alpha = .62$ bei Ausschluss von Item 19 und $\alpha = .66$ für den vierten Faktor, unabhängig vom Ein-/Ausschluss des Items 6).

Der erste Faktor der drei-faktoriellen Lösung repräsentiert einen *(re)aktionalen* Zuschreibungsmodus (RZI-R), was bedeutet, dass den auftretenden Veränderungen und Bewältigungsoptionen eine zentrale Rolle zugeschrieben wird. *Aktional* definiert dabei die Veränderung und *(re)aktional* die Einflüsse von außen, auf die reagiert werden muss. Der Abstinenzernfolg wird somit einerseits durch die persönlichen Veränderungen (Reaktionen) und andererseits durch die äußeren Gegebenheiten und Einflüsse (die wiederum bestimmte Veränderungen erfordern) beeinflusst. Der zweite Faktor indiziert einen *internalen und stabilen* Zuschreibungsstil (RZI-IS), während der dritte Faktor das Fehlen persönlicher Einflussnahme betont und damit einen externalen, *fatalistischen* Stil (RZI-F) abbildet.

Die Zuordnung der Items zu den extrahierten Faktoren erfolgte, wenn die Ladung auf dem betreffenden Faktor $\geq .45$ und auf den verbleibenden Faktoren $\leq .3$ beträgt. Gemäß dieser Forderung konnten die Items 1, 5, 6, 14, 16, 18, 19, 24 und 28 keinem der Faktoren zugeordnet werden. Zusätzlich wurde das Item 13 aufgrund theoretischer Überlegungen ausgeschlossen. Die inhaltliche Bedeutung des zweiten Faktors (internal und stabil) wird konsistenter durch Ausschluss des Items 13 (erfasst die Zuschreibung auf *Anstrengung*, was eine Zuschreibung auf interne und *instabile* Ursachen bedeutet). Cronbachs Alpha beträgt auch nach Ausschluss von Item 13 weiterhin $\alpha = .81$. Faktorladung, Itemkennwerte und Kommunalitäten der 28 Items sind für beide Faktorenlösungen in den folgenden Tabellen 3 bis 6 dargestellt.

Tabelle 3

Faktorladungen und Itemkennwerte der 28 Items (Hauptkomponentenanalyse und orthogonale Varimax-Rotation mit forcierter Drei-Faktoren-Lösung)

		Faktorladung					h^2
	M	SD	1	2	3		
4	Herausforderung gewachsen	3.73	1.66	.66	-.12	.10	.45
9	welche Situation gerate	3.72	1.60	.63	-.08	.29	.49
23	Situation verbessern	3.78	1.64	.62	.09	.29	.48
21	Leben in Griff	4.70	1.51	.62	.18	-.02	.41
24	Dinge entwickeln	3.43	1.54	.61	.09	.40	.53
25	etwas lerne	4.42	1.50	.59	.25	-.04	.41
14	Umgebung	3.58	1.77	.54	.14	.30	.40
15	mich verändere	4.59	1.60	.53	.20	-.11	.34
8	Unterstützung bekomme	4.08	1.48	.49	.13	.19	.30
6	nicht vorhersagen	3.80	1.71	.44	-.14	.16	.23
12	Standfestigkeit	4.93	1.41	.08	.78	.02	.61
22	Persönliche Stärke	4.83	1.35	-.04	.75	.07	.56
11	Charakter	3.91	1.83	-.04	.74	.18	.59
10	Willensstärke	5.14	1.40	.15	.71	.01	.52
26	Persönlichkeit	4.54	1.51	.02	.67	.01	.45
13	Anstrengung	4.05	1.77	.29	.56	.04	.40
16	einzig & allein an mir	5.37	1.06	-.11	.46	-.31	.32
18	hart an mir arbeite	5.07	1.18	.34	.45	-.22	.37
19	Motivation	4.89	1.27	.39	.42	-.11	.34
20	Zufall	1.58	1.08	-.04	-.03	.75	.56
27	Schicksal	1.62	1.15	-.05	.01	.71	.50
28	Umstände	2.64	1.51	.38	-.04	.59	.50
3	Glückssache	1.50	1.06	.12	.01	.59	.36
17	Verhalten anderer	2.09	1.27	.29	-.05	.51	.35
7	nicht in der Hand	1.94	1.53	.11	.05	.47	.24
2	ich nicht beeinflussen	1.98	1.43	.18	-.03	.45	.24
1	andere mich in Versuchung	2.28	1.44	.42	.08	.43	.37
5	meiner Verantwortung	5.55	1.01	.13	.27	-.28	.17

Anmerkung. Fettdruck indiziert die Items mit einer Faktorladung $\geq .45$ auf dem betreffenden Faktor und $< .3$ auf den verbleibenden Faktoren. Items abgekürzt, Volltext im Anhang B-7.

Tabelle 4
Faktorladungen und Itemkennwerte der verbleibenden Items der RZI-Skalen bei der dreifaktoriellen Lösung

Item	a_{ij}	p_i	r_{it-i}	α_{del}
Faktor 1: Re(aktional) ($\alpha = .76$)				
4 Herausforderung gewachsen	.66	.62	.52	.72
9 welche Situation gerate	.63	.62	.48	.73
23 Situation verbessern	.62	.63	.53	.71
21 Leben in Griff	.62	.78	.54	.71
25 etwas lerne	.59	.73	.48	.73
15 ich mich verändere	.53	.77	.35	.75
8 Unterstützung bekomme	.49	.68	.42	.74
Faktor 2: Internal/ Stabil ($\alpha = .81$)				
12 Standfestigkeit	.78	.82	.66	.76
22 Persönliche Stärke	.75	.80	.63	.77
11 Charakter	.74	.65	.62	.78
10 Willensstärke	.71	.86	.61	.78
26 Persönlichkeit	.67	.76	.53	.80
Faktor 3: Fatalismus ($\alpha = .69$)				
20 Zufall	.75	.26	.52	.62
27 Schicksal	.71	.27	.47	.63
3 Glückssache	.59	.25	.49	.63
7 nicht in der Hand	.51	.32	.37	.67
17 Verhalten anderer	.47	.35	.34	.67
2 ich nicht beeinflussen	.45	.33	.37	.66

Anmerkung. a_{ij} = Faktorladung; p_i = Itemschwierigkeit; r_{it-i} = korrigierter Trennschärfe-
koeffizient; $\alpha_{del} = \alpha$ bei Ausschluss des Items. Items abgekürzt, Volltext im Anhang B-7.

Tabelle 5

Faktorladungen und Itemkennwerte der 28 Items (Hauptkomponentenanalyse und orthogonale Varimax-Rotation mit forcierter Vier-Faktoren-Lösung)

		Faktorladungen						
		M	SD	1	2	3	4	h^2
12	Standfestigkeit	4.93	1.41	.79	-.01	.12	.10	.65
10	Willensstärke	5.14	1.40	.74	-.03	.10	.20	.59
11	Charakter	3.91	1.83	.74	.18	.10	-.07	.59
22	persönliche Stärke	4.83	1.35	.73	.07	.13	-.10	.57
26	Persönlichkeit	4.54	1.51	.59	.05	.31	-.22	.49
16	einzig & allein an mir	5.37	1.06	.49	-.33	-.03	-.04	.35
20	Zufall	1.58	1.08	-.06	.77	.01	-.10	.61
27	Schicksal	1.62	1.15	.01	.71	-.06	-.04	.51
28	Umstände	2.64	1.51	-.06	.61	.22	.29	.50
3	Glückssache	1.50	1.06	.04	.58	-.02	.18	.36
17	Verhalten anderer	2.09	1.27	-.03	.50	.07	.32	.36
7	nicht in der Hand	1.94	1.53	.07	.46	-.01	.15	.24
2	ich nicht beeinflussen	1.98	1.43	-.02	.44	.02	.21	.24
25	etwas lerne	4.42	1.50	.08	.04	.75	.09	.58
21	Leben in Griff	4.70	1.51	.06	.04	.62	.26	.46
19	Motivation	4.89	1.27	.28	-.05	.59	.00	.43
15	ich mich verändere	4.59	1.60	.09	-.06	.57	.20	.38
23	Situation verbessern	3.78	1.64	.01	.33	.52	.35	.50
13	Anstrengung	4.05	1.77	.46	.09	.47	-.01	.44
24	Dinge entwickeln	3.43	1.54	.02	.43	.46	.39	.54
18	hart an mir arbeite	5.07	1.18	.38	-.19	.41	.13	.38
4	Herausforderung gewachsen	3.73	1.66	-.09	.08	.25	.67	.52
9	welche Situationen gerate	3.72	1.60	-.06	.27	.25	.63	.54
6	nicht vorhersagen	3.80	1.71	-.09	.12	.06	.55	.33
1	andere mich in Versuchung	2.28	1.44	.12	.40	.09	.51	.44
8	Unterstützung bekomme	4.08	1.48	.12	.18	.26	.45	.32
14	Umgebung	3.58	1.77	.11	.31	.34	.42	.40
5	meiner Verantwortung	5.55	1.01	.39	-.35	-.17	.42	.47

Anmerkung. Fettdruck indiziert die Items mit einer Faktorladung $\geq .45$ auf dem betreffenden Faktor und $< .3$ auf den verbleibenden Faktoren. Items abgekürzt, Volltext im Anhang B-7.

Tabelle 6
Faktorladungen und Itemkennwerte der verbleibenden Items der Skalen bei der vierfaktoriellen Lösung

Item	a_{ij}	p_i	r_{it-i}	α_{del}
Faktor 1 ($\alpha = .80$)				
12 Standfestigkeit	.79	.82	.68	.72
10 Willensstärke	.74	.86	.64	.74
11 Charakter	.74	.65	.59	.78
22 persönliche Stärke	.73	.80	.59	.76
Faktor 2 ($\alpha = .69$)				
20 Zufall	.77	.26	.55	.61
27 Schicksal	.71	.27	.58	.60
28 Umstände	.61	.44	.44	.65
3 Glückssache	.58	.25	.40	.66
7 nicht in der Hand	.46	.32	.35	.70
Faktor 3 ($\alpha = .66$)				
25 etwas lerne	.75	.73	.52	.53
21 Leben in Griff	.62	.78	.43	.60
19 Motivation	.59	.82	.39	.62
15 ich mich verändere	.57	.77	.42	.61
Faktor 4 ($\alpha = .66$)				
4 Herausforderung gewachsen	.67	.62	.50	.55
9 welche Situationen gerate	.63	.62	.56	.51
6 nicht vorhersagen	.55	.63	.35	.66
8 Unterstützung bekomme	.45	.68	.37	.63

Anmerkung. a_{ij} = Faktorladung; p_i = Itemschwierigkeit; r_{it-i} = korrigierter Trennschärfe-
koeffizient; $\alpha_{del} = \alpha$ bei Ausschluss des Items. Items abgekürzt, Volltext im Anhang B-7.

7.1.4 Itemkennwerte und interne Konsistenz

Die Schwierigkeitsindizes der drei Faktoren liegen zwischen $.62 \leq p_i \leq .78$ (Faktor 1), $.65 \leq p_i \leq .86$ (Faktor 2) und $.25 \leq p_i \leq .35$ (Faktor 3) mit einem mittleren Schwierigkeitsindex von $p = .62$. Hohe Indizes indizieren eine hohe Zustimmung zu dem Item. Die korrigierten Trennschärfekoeffizienten (Produkt-Moment-Korrelation zwischen dem Itempunktwert und dem um das jeweilige Item verminderten Subskalenwert) variieren zwischen $.35 \leq r_{it-i} \leq .54$ (Faktor 1), $.53 \leq r_{it-i} \leq .66$ (Faktor 2) und $.34 \leq r_{it-i} \leq .52$ (Faktor 3) und eine Elimination einzelner Items vor dem Hintergrund der Trennschärfekoeffizienten ist nicht notwendig.

Zusätzlich wurden Fremdtrennschärfekoeffizienten berechnet; d.h. die Korrelationen jedes Items mit den verbleibenden Subskalen (Fremdtrennschärfen) erfasst und den korrigierten Trennschärfekoeffizienten gegenübergestellt, um die korrekte Zuordnung der Items zu überprüfen. Entsprechend wären Items mit höheren Fremd- als Eigentrennschärfen aus den Analysen auszuschließen. Alle Items weisen ausnahmslos die höchste Korrelation mit der zugehörigen Subskala auf - eine Elimination von Items ist daher nicht erforderlich (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7

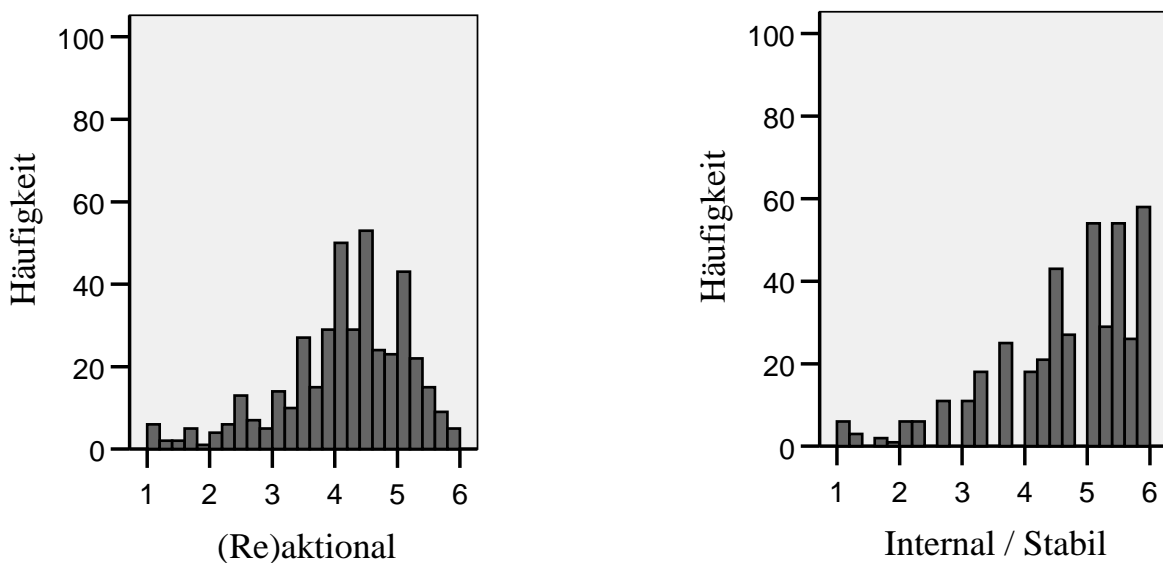
Korrigierte Trennschärfekoeffizienten und Fremdtrennschärfen

Item		Skala1	Skala 2	Skala 3
Skala 1: (Re)aktional				
4	Herausforderung gewachsen	.52	-.01	.22
9	welche Situation gerate	.48	.03	.34
23	Situation verbessern	.53	.15	.31
21	Leben in Griff	.54	.19	.13
25	etwas lerne	.48	.24	.10
15	ich mich verändere	.35	.18	.07
8	Unterstützung bekomme	.42	.17	.24
Skala 2: Internal/ Stabil				
12	Standfestigkeit	.18	.66	.01
22	Persönliche Stärke	.12	.63	.02
11	Charakter	.13	.62	.08
10	Willensstärke	.23	.61	-.00
26	Persönlichkeit	.14	.53	-.03
Skala 3: Fatalismus				
20	Zufall	.15	-.00	.52
27	Schicksal	.10	-.00	.47
3	Glückssache	.19	-.02	.49
7	nicht in der Hand	.22	.05	.37
17	Verhalten anderer	.30	.03	.34
2	ich nicht beeinflussen	.22	.02	.37

Anmerkung. Fettdruck indiziert die höchste Korrelation eines Items mit einer der Skalen. Items abgekürzt, Volltext im Anhang B-7.

Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der drei Faktoren $\alpha = .76$ (Faktor 1), $\alpha = .81$ (Faktor 2) und $\alpha = .69$ (Faktor 3) kann als angemessen interpretiert werden (Hair et al., 1998).

Die Verteilungen der Summenwerte der extrahierten drei Faktoren sind in Abbildung 4 grafisch dargestellt (eine Verteilung auf die Antwortkategorien der einzelnen Items findet sich in Tabelle 2). Der Kolmogorov-Smirnov-Test (Signifikanzkorrektur nach Lilliefors) zeigt an, dass alle Verteilungen signifikant von einer Normalverteilung abweichen ($p < .001$). Kein Proband gab bei den Items der Skala Fatalismus des RZI mehr als einmal die maximale Zustimmung, d.h. Wert 6. Daher liegt der maximale Wert bei 5.17. Der Mittelwert der Skala (Re)aktional liegt bei $M = 4.15$ ($SD = 1.00$), der Skala Internal/Stabil bei $M = 4.67$ ($SD = 1.14$) und der Skala Fatalismus bei $M = 1.78$ ($SD = .78$).



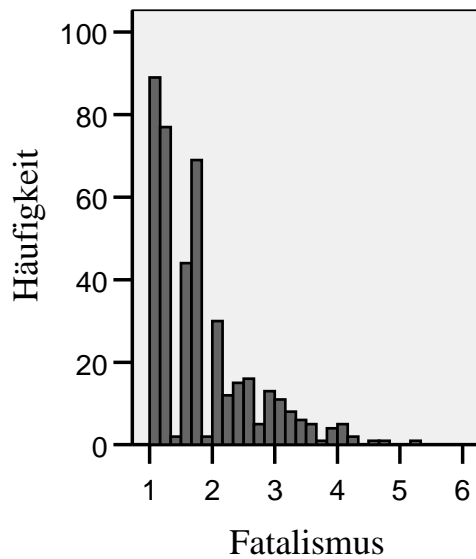


Abbildung 4. Verteilungen der Summenwerte der RZI-Skalen

7.1.5 Stabilität der Faktorenstruktur

Zur Kreuzvalidierung wurde die Gesamtstichprobe nach dem Zufallsprinzip in zwei Substichproben geteilt und separate Hauptkomponentenanalysen mit orthogonaler Varimax-Rotation für beide Teilstichproben durchgeführt (soziodemografische, konsumbezogene Angaben und IPC-Kennwerte zu den Teilstichproben siehe Anhang A-3). Nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium werden acht Faktoren mit Eigenwerten > 1 für die Teilstichprobe 1 und sieben Faktoren mit Eigenwerten > 1 für Teilstichprobe 2 nahe gelegt (siehe Abbildung 5 und Abbildung 6). Die Scree-Plots weisen einen Knick beim dritten bzw. vierten Faktor auf und legen daher eine drei- bzw. vier-faktorielle Lösung nahe (Hair et al., 1998).

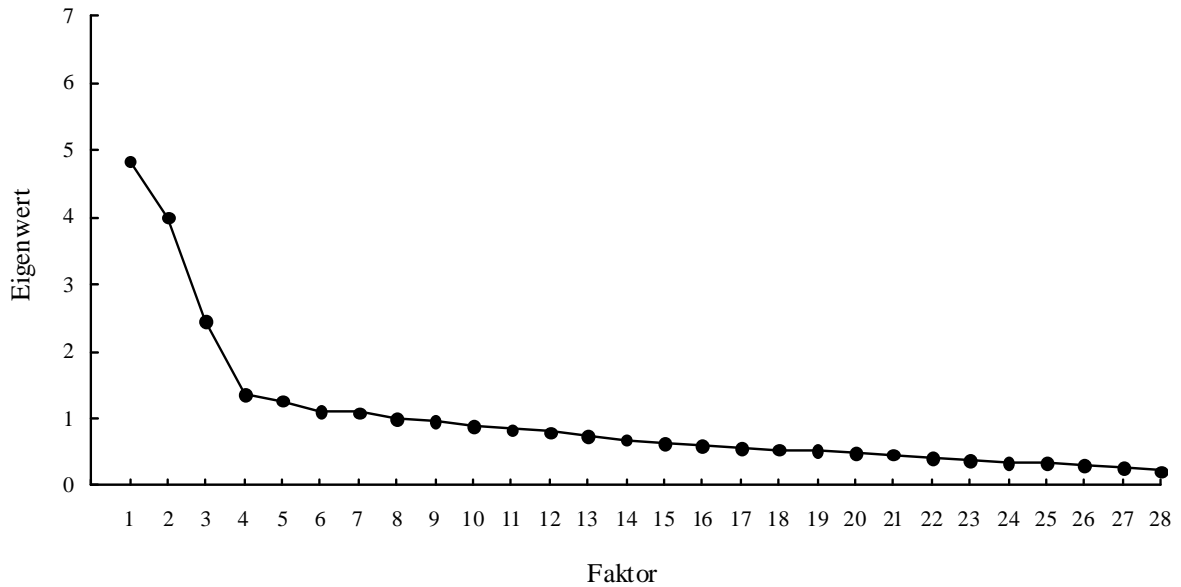


Abbildung 5. Eigenwertdiagramm (Scree-Plot) des RZI, Teilstichprobe 1 ($n_1 = 209$)

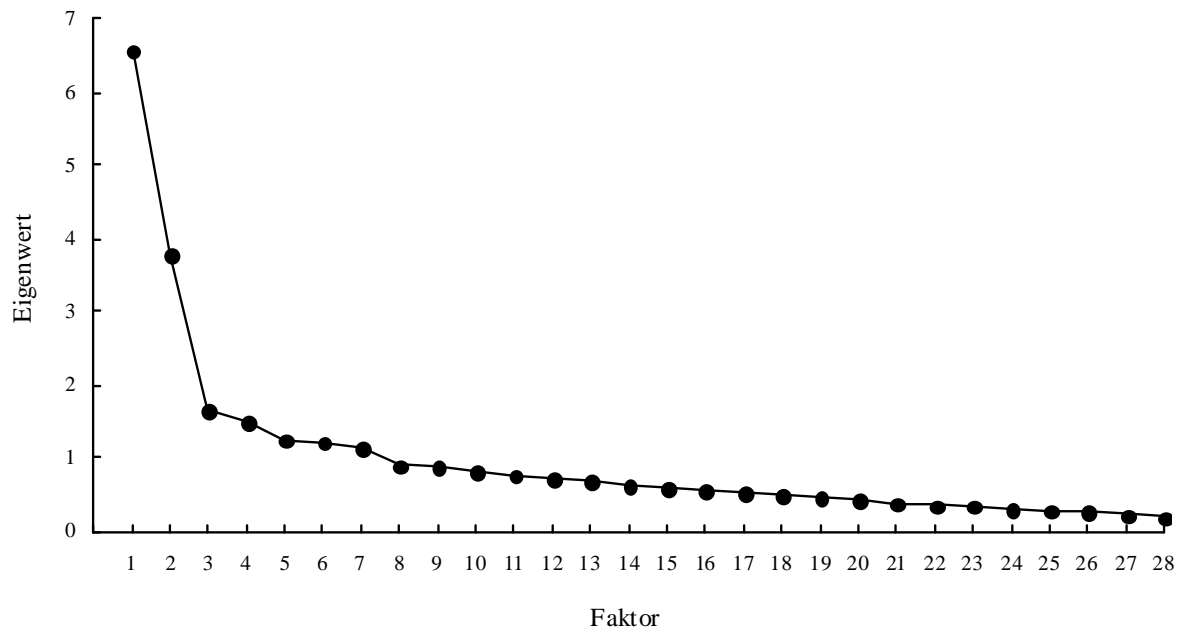


Abbildung 6. Eigenwertdiagramm (Scree-Plot) des RZI, Teilstichprobe 2 ($n_2 = 210$)

In Tabelle 8 sind die Ergebnisse der forcierten drei-faktoriellen Lösung für die Gesamtstichprobe und die beiden Teilstichproben ($n_1 = 209$, $n_2 = 210$) vergleichend gegenübergestellt. Die Reihenfolge der den Faktoren zugeordneten Items richtet sich nach der numerischen Reihenfolge der Faktorladungen der Items, wie sie der Gesamtstichprobe entsprechen.

Die meisten Items weisen hohe Ladungen auf den Faktoren auf, denen sie in der originären Stichprobe zugeordnet sind, wenngleich Ladungswerte und Itemanzahl (Items mit einer Ladung $\leq .45$ auf dem zugeordneten Faktor oder $\geq .3$ auf den verbleibenden Faktoren werden ausgeschlossen) differieren. Insgesamt existiert ein hohes Maß an Kongruenz, und die Interpretation der beiden Faktorlösungen der Teilstichproben bleibt durch die divergierende Itemanzahl unberührt (siehe Tabelle 9). Die dem ersten und zweiten Faktor bei den Teilstichproben zusätzlich zugeführten Items wurden bei der Faktorlösung der Gesamtstichprobe komplett ausgeschlossen und erweisen sich als konsistent mit der inhaltlichen Interpretation der ursprünglichen Faktoren. Einige Faktoren umfassen bei einer oder beiden Teilstichproben weniger Items und verändern daher ihre Bedeutung nicht.

Veränderungen der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) der drei Faktoren über die drei Stichproben sind wahrscheinlich der unterschiedlichen Anzahl zugehöriger Items zuzuschreiben (siehe Cortina, 1993). Die größte Differenz weist Faktor 1 auf. α ist .76 für die Gesamtstichprobe mit sieben Items und .68 für Teilstichprobe 2 mit vier Items.

Tabelle 8

Drei-faktorielle Lösung für die Gesamtstichprobe und die beiden Teilstichproben

Item	Gesamtstichprobe			Teilstichprobe 1			Teilstichprobe 2		
	a_{ij}	r_{it-i}	α_{del}	a_{ij}	r_{it-i}	α_{del}	a_{ij}	r_{it-i}	α_{del}
Faktor 1: (Re)aktional	$(\alpha = .76)$			$(\alpha = .79)$			$(\alpha = .68)$		
4 Herausforderung gewachsen	.66	.52	.72	.65	.55	.76	.62	.46	.62
9 welche Situation gerate	.63	.48	.73	.69	.51	.77	-	-	-
23 Situation verbessern	.62	.53	.71	.62	.56	.76	-	-	-
21 Leben in Griff	.62	.54	.71	.49	.40	.78	.77	.58	.53
25 etwas lerne	.59	.48	.73	.61	.48	.77	.58	.37	.67
15 ich mich verändere	.53	.35	.75	.56	.39	.78	-	-	-
8 Unterstützung bekomme	.49	.42	.74	-	-	-	.56	.45	.63
24 Dinge entwickeln	-	-	-	.64	.56	.77	-	-	-
1 andere mich in Versuchung	-	-	-	.47	.42	.78	-	-	-
14 Umgebung	-	-	-	.57	.44	.78	-	-	-
Faktor 2: Internal/ Stabil	$(\alpha = .81)$			$(\alpha = .82)$			$(\alpha = .80)$		
12 Standfestigkeit	.78	.66	.76	.79	.67	.77	.79	.68	.76
22 Persönliche Stärke	.75	.63	.77	.73	.61	.78	.72	.65	.76
11 Charakter	.74	.62	.78	.78	.65	.78	.72	.59	.77
10 Willensstärke	.71	.61	.78	.72	.61	.78	.73	.62	.76
26 Persönlichkeit	.67	.53	.80	.67	.54	.80	.64	.52	.78
13 Anstrengung	-	-	-	-	-	-	.57	.46	.80
16 einzig & allein an mir	-	-	-	-	-	-	.49	.29	.81
Faktor 3: Fatalismus	$(\alpha = .69)$			$(\alpha = .64)$			$(\alpha = .71)$		
20 Zufall	.75	.52	.62	.74	.48	.53	.74	.56	.65
27 Schicksal	.71	.47	.63	.65	.48	.54	.72	.49	.67
3 Glückssache	.59	.49	.63	.51	.40	.59	.62	.53	.66
7 nicht in der Hand	.51	.37	.67	.49	.36	.64	.46	.36	.72
17 Verhalten anderer	.47	.34	.67	-	-	-	.63	.43	.68
2 ich nicht beeinflussen	.45	.37	.66	-	-	-	.46	.42	.69

Anmerkung. a_{ij} = Faktorladung; r_{it-i} = korrigierter Trennschärfekoeffizient; $\alpha_{del} = \alpha$ bei Ausschluss des Items. Items abgekürzt, Volltext im Anhang B-7.

7.1.6 Validierung des Rückfall-Zuschreibungs-Inventars (RZI)

Validitätsberechnungen können in dieser Studie nur anhand derselben Stichprobe durchgeführt werden, mit der auch die Item- und Faktorenanalyse berechnet wurde, und entsprechen somit nicht den Anforderungen der Testkonstruktionstheorie. Daher sind die hier dargestellten Befunde nur als vorläufig zu betrachten und zukünftig anhand weiterer Erhebungen zu replizieren.

Zunächst ist die Analyse des Zusammenhangs zwischen den RZI- und den IPC-Skalen von Interesse, da beide Skalen Zuschreibungsmuster überprüfen, wobei das RZI einen bereichsspezifischen Fokus hat. Zur Beurteilung der diskriminanten Validität soll im *Teil 2* der Studie der Zusammenhang des RZI mit Selbstwirksamkeitserwartungen (erfasst mit dem DTCQ-G und den Ratingskalen des Confidence Rulers) näher betrachtet werden. Obwohl in Literatur und Forschung oft beide Konstrukte konfundiert werden, müssen sie dennoch als inhaltlich unabhängige Variablen verstanden werden (siehe Kapitel 4.5). Die Stabilität von Zuschreibungstendenzen soll durch die Untersuchung des Zusammenhangs vom RZI und der Single-Item-Messung zur Attribution des zuletzt aufgetretenen Rückfalls analysiert werden.

Interkorrelationen der Subskalen des RZI.

RZI-Skalen IS und F korrelieren signifikant mit RZI-Skala R, welche mit dem (re)aktionalen Stil die Zuschreibung auf das Zusammenwirken personaler und externer Einflüsse repräsentiert, $r = .21, p < .01$ und $.32, p < .01$. Skala IS und F messen hingegen eher unterschiedliche Zuschreibungsmuster (internal vs. external) was die nicht-signifikante Korrelation nahe Null abbildet, $r = .02, p > .05$ (siehe Tabelle 9).

Bereichsspezifische und Globale Zuschreibungsmuster (RZI und IPC)

Wie von Krampen (1981) vermerkt, messen Skala P und C des IPC-Fragebogens Aspekte von Externalität. In früheren Studien wurde daher oft eine gemeinsame Varianz von 27% bis 49% gefunden. Eine signifikante Korrelation von $r = .68, p < .01$ in der vorliegenden Studie repliziert diesen Befund. Die Skala I (Internality) und die beiden *externalen* Skalen korrelieren erwartungsgemäß nicht signifikant miteinander.

Von größerem Interesse sind hier die Beziehungen der Skalen des globalen Messinstruments IPC zu dem bereichsspezifischen RZI. Skala P und C des IPC-Fragebogens, die Externalität erfassen, korrelieren signifikant mit jeder der RZI-Skalen. Der stärkste Zusammenhang besteht zwischen der Skala C und der Skala Fatalismus des RZI ($r = .49, p < .01$). Der geringste Zusammenhang besteht zwischen der RZI-Skala Internal/Stabil und den beiden externalen Skalen des IPC ($r = .13, p < .01$ mit der Skala P und $r = .22, p < .01$ mit der Skala C).

Es besteht ein positiver, statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Skala I des IPC-Fragebogens mit der RZI-Skala Internal/Stabil, ($r = .23, p < .01$) und ein signifikanter negativer Zusammenhang der IPC-Skala I mit der Fatalismus-Skala des RZI ($r = -.15, p < .01$). Insgesamt bilden sich statistisch signifikante positive Korrelationen zwischen den Subskalen der beiden Erhebungsinstrumente ab, welche den gleichen Lokationsfokus haben (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9

Korrelation der RZI und der IPC-Skalen und Interkorrelationen der IPC-Skalen (N=417)

	RZI-R	RZI-IS	RZI-F	IPC- I	IPC-P	IPC-C
RZI-R	--					
RZI-IS	.21**	--				
RZI-F	.32**	.02	--			
IPC - I	.01	.23**	-.15**	--		
IPC - P	.27**	.13**	.40**	.02	--	
IPC - C	.33**	.22**	.49**	.02	.68**	--

Anmerkung. ** $p < .01$

Auffällig ist, dass auch für die Skala C des IPC ein ähnliches Phänomen auftritt wie für die inhaltlich verwandte Skala Fatalismus des RZI. Kein Proband hat über alle zugehörigen Items den Maximalwert gewählt hat, so dass hier der Skalenmaximalwert < 6 ist (RZI Fatalismus Maximalwert = 5.17, IPC-C Maximalwert = 5.63; siehe Tabelle A-2 im Anhang).

Retrospektive und prospektive Zuschreibungsmuster (Stabilität)

Signifikante Korrelationen ergeben sich zwischen dem retrospektiven Attributionsitem und der Skala (Re)aktional ($r = .11$; $p < .05$) und Fatalismus ($r = .22$; $p < .001$) des RZI, nicht jedoch mit der Skala Internal/Stabil ($r = -.02$; $p > .01$). Aufgrund der Polung des Attributionsitems bedeutet dies, dass eine stärkere Zuschreibung des letzten Rückfalls auf externale Ursachen mit einer (re)aktionaleren bzw. fatalistischeren Überzeugung für das zukünftige Rückfallgeschehen in Zusammenhang steht.

7.2 Ergebnisse Teil 2 - Selbstwirksamkeitserwartung und Rückfallzuschreibung (im Zusammenhang mit konsumbezogenen Variablen)

Im zweiten Teil dieser Arbeit wird die Beziehung zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und Rückfallzuschreibungen alkoholabhängiger Probanden und die Rolle dieser Variablen im Rückfallgeschehen analysiert. Dazu werden im Folgenden Ergebnisse aus korrelations- und regressionsanalytischen Verfahren aufgeführt.

Zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Rückfallzuschreibungen (gemessen mit den RZI-Skalen) und Selbstwirksamkeit (abstinence self-efficacy und drinking refusal self-efficacy; erfasst mit dem DTCQ-G und den Ratingskalen) wurden Korrelationsberechnungen nach Pearson durchgeführt (siehe Tabelle 10).

Signifikante, negative Korrelationen ergeben sich zwischen den Selbstwirksamkeitsmaßen und den RZI-Skalen R und F (von $r = -.19$ bis $r = -.37$; $p_s < .01$). Zu der RZI-Skala IS steht lediglich die abstinence self-efficacy in leicht positivem Zusammenhang ($r = .12$ $p < .05$). Das bedeutet, dass ein (re)aktionaler und/oder ein fatalistischer Zuschreibungsstil hier mit einer geringeren Selbstwirksamkeitserwartung einhergehen.

Die Veränderungsbereitschaft (Ratingskala) steht nur mit der RZI-Skala F in signifikantem, negativem Zusammenhang ($r = -.17$; $p < .01$). Eine geringere Veränderungsbereitschaft geht demnach mit einem fatalistischen Zuschreibungsstil einher.

Gemäß den Erwartungen hinsichtlich der konvergenten Validität der Skalen korrelieren die Selbstwirksamkeitsmaße signifikant untereinander (von $r = .51$ bis $r = .44$, $p_s < .01$).

Auch die Zuversicht in die Fähigkeit der Mitpatienten korreliert mit den Skalen des RZI und den Selbstwirksamkeitsmaßen. Je höher die Zuversicht in die Mitpatienten, desto höher ist die Selbstwirksamkeitserwartung (von $r = .21$ bis $r = .28$; $p_s < .01$), desto niedriger fällt der (re)aktionale Zuschreibungswert ($r = -.12$; $p < .01$) und desto höher der internale Zuschreibungsstil ($r = .12$; $p < .01$) aus. Es bildet sich also ein Muster ähnlich den

Zusammenhängen von Zuschreibungsmustern mit der eigenen Selbstwirksamkeitserwartung ab (detailliert s. Demmel et al., 2006).

Ein ähnliches Korrelationsmuster zeichnet sich zwischen den drei Skalen des RZI und dem Depressionswert des BSI ab. Signifikante Korrelationen ergeben sich zwischen dem Depressionswert und der Skala R ($r = .33; p < .01$) und F ($r = .19; p < .01$) des RZI, nicht jedoch mit der Skala IS ($r = -.04; p > .05$). Selbstwirksamkeitserwartungen und Depressivität korrelieren sowohl für den DTCQ-G ($r = -.38; p < .001$), abstinence self-efficacy ($r = -.29; p < .001$) und drinking refusal self-efficacy ($r = -.26; p < .001$) signifikant negativ miteinander. Es ergeben sich keine signifikanten Korrelationen zwischen Depressivität und der Veränderungsbereitschaft ($r = -.01; p > .05$). Höhere Depressionswerte gehen folglich mit geringeren Selbstwirksamkeitserwartungen sowie einem (re)aktionaleren bzw. fatalistischeren Rückfallzuschreibungsstil einher.

In Tabelle 10 sind die Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und Rückfallzuschreibungen mit konsumbezogenen Daten, die zum Behandlungszeitpunkt erhoben wurden, dargestellt. Insgesamt erscheint ein ausgeprägteres Konsumverhalten und eine höhere Anzahl vorangegangener Entzugsbehandlungen eher mit einer geringeren Selbstwirksamkeitserwartung in Verbindung zu stehen.

Tabelle 10.

Korrelation der RZI- Skalen, Selbstwirksamkeitserwartung und konsumbezogenen Daten zu T₀

	Abstinence self- efficacy	Drinking refusal self-efficacy	DTCQ-G	Veränderungs- bereitschaft	Abstinence other-efficacy	Anzahl voriger Entzugsbehandl.	Alkoholkonsum, Frequenz t ₀ ^a	Alkoholkonsum, Quantität t ₀ ^b
RZI R	-.24**	-.20**	-.37**	.03	-.12*	.03	.06	.12*
RZI IS	.12*	.04	.05	.10	.12*	-.21**	.12*	.05
RZI F	-.19**	-.23**	-.26**	-.17**	-.01	.08	-.02	.03
Abstinence self-efficacy		.50**	.51**	.31**	.28**	-.19**	-.05	-.11*
Drinking refusal self- efficacy			.44**	.25**	.21**	-.09	-.16**	-.09
DTCQ-G				.15**	.27**	-.28**	-.02	-.20**
Veränderungs- bereitschaft					.12*	-.00	.02	.02
Abstinence other-efficacy						-.13*	-.00	-.03

Anmerkung. ** $p < .01$ / * $p < .05$. (371 < n < 412). ^aQuantität des Alkoholkonsums vor der Behandlung, ^bFrequenz des Alkoholkonsums vor der Behandlung ermittelt an der Anzahl der Tage mit Konsum innerhalb der letzten 30Tage vor Aufnahme.

7.3. Ergebnisse Teil 3 – Determinanten des Behandlungserfolgs (Follow-up-Erhebung)

7.3.1 Rückfall und soziodemografische sowie Konsumvariablen

Zum Follow-up-Zeitpunkt betrug die durchschnittliche Konsummenge 133.47 g ($SD = 83.90$) für rückfällige Männer und 117.49 g ($SD = 87.52$) für rückfällige Frauen. Die Stärke des ersten Rückfalls und des Alkoholkonsums nach der Entlassung wurde ermittelt durch (1) die Anzahl der Tage von der Entlassung bis zum erstmaligen erneuten Konsum (Latenz), (2) die Dauer der ersten Konsumepisode nach der Entlassung (Dauer), (3) die Anzahl der Konsumtage während der dreimonatigen Follow-up-Periode (Frequenz des Konsums nach Entlassung) und (4) die Anzahl der durchschnittlich konsumierten alkoholischen Getränke (Bier, Wein, Spirituosen) an einem typischen Konsumtag innerhalb dieser Zeitperiode (Quantität des Konsums nach Entlassung). Rückfälle traten im Durchschnitt 24.4 Tage ($SD = 20.5$) nach Entlassung auf und dauerten im Mittel 13.73 Tage ($SD = 24.05$). Im Mittel berichteten die Rückfälligen von insgesamt 26.90 Konsumtagen ($SD = 28.22$) zwischen Entlassung und Nachbefragung.

In Tabelle 11 werden die soziodemografischen Daten und Konsumvariablen der abstinenten und rückfälligen Probanden aus der Follow-up-Stichprobe ($N = 146$) dargestellt. Eine ausführliche Darstellung der soziodemografischen Daten findet sich im Anhang (siehe Tabelle A-1.2).

Die Abstinente waren signifikant älter ($M = 45.94$) als die Rückfälligen ($M = 42.66$, $t(144) = 2.25$, $p < .05$). Hinsichtlich des Familienstandes zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied; bei den Abstinenten lebten 61.1% mit ihrem Partner zusammen, während bei den Rückfälligen 17.6% mit einem Partner zusammenlebten ($\chi^2(1) = 28.7$, $p < .005$). Eine Tendenz zur Signifikanz bestand hinsichtlich der Arbeitslosigkeit; 24.5% Arbeitslose bei den Abstinenten stehen 40.2% Arbeitslosen unter den Rückfälligen gegenüber ($\chi^2(1) = 3.66$, $p = 0.056$). Hinsichtlich der Konsumvariablen *Anzahl Konsumtage* und *Konsummenge vor Behandlung* sowie *Anzahl vorhergehender*

Entzugsbehandlungen unterschieden sich die Gruppen nicht, ebenso ergab sich kein Unterschied bezogen auf die Inanspruchnahme weiterführender Behandlungsangebote nach Abschluss der stationären Entzugsbehandlung.

Tabelle 11

Soziodemografische und Konsumvariablen der abstinenten und rückfälligen Probanden

	Abstinente					Rückfällige					<i>t</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>n</i>	%	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>n</i>	%				
Alter	45.94 (7.76)	25	59	54		42.66 (8.93)	21	59	92		2.25		144	.026
Geschlecht männlich				54	75.9				92	78.3		0.11	1	<i>NS</i>
Familienstand mit Partner ^a				54	61.1				91	17.6		28.70	1	.000
Erwerbstätigkeit arbeitslos ^b				53	24.5				92	40.2		3.66	1	<i>NS</i> (0.056)
Raucher Ja				53	81.1				92	75.0		0.72	1	<i>NS</i>
Anzahl voriger Entzugsbehandlungen	4.02 (9.77)	0	50	52		4.55 (8.65)	0	60	88		-0.33		138	<i>NS</i>
Frequenz, Tage t_0^c	20.51 (9.46)	3	30	53		21.36 (9.93)	0	30	91		-0.51		142	<i>NS</i>
Frequenz, Tage gesamt t_1^d	-	-	-	-	-	26.90 (28.22)	1	84	49		-		-	-
Frequenz, Tage erste Konsumepisode t_1^e	-	-	-	-	-	13.73 (24.05)	1	84	45		-		-	-
Latenz, Tage t_1^f	-	-	-	-	-	24.40 (20.50)	0	80	50		-		-	-
Quantität t_0 , Gramm ^g	179.17 (90.48)	20.96	408.75	49		202.44 (100.90)	31.44	459.46	87		-1.34		134	<i>NS</i>

Fortsetzung Tabelle 11

	Abstinente					Rückfällige					<i>t</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>n</i>	%	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>n</i>	%				
Quantität <i>t</i> ₁ , Gramm ^h	-	-	-	-	-	128.64 (84.28)	21.84	373.97	43	-	-	-	-	
Entwöhnungsbehandlung nach der Behandlung				53	22.6				50	18.0	0.34	1	<i>NS</i>	

Anmerkungen. Alle *t*-tests sind zweiseitig. ^a*mit Partner* entspricht den Kategorien verheiratet-zusammenlebend & Lebensgemeinschaft, ^b*arbeitslos* entspricht den Kategorien Arbeitslose(r) und Sozialhilfeempfänger(in), ^cAnzahl Konsumtage innerhalb der letzten 30 Tage vor Aufnahme, ^dAnzahl Konsumtage während der letzten zwölf Wochen, ^eAnzahl Konsumtage der ersten Konsumepisode nach der Behandlung, ^fAnzahl Tage nach Entlassung bis zum ersten Rückfall, ^gQuantität des Konsums vor der Behandlung, ^hQuantität des Konsums nach der Behandlung (bezieht sich auf die Stichprobe der erreichten rückfällig gewordenen Patienten, die eine Angabe zur Konsummenge geben konnten).

7.3.2 Rückfall und Fragebogenergebnisse

Es wurde untersucht, inwieweit signifikante Unterschiede zwischen den abstinenten und den rückfälligen Probanden auf den Fragebogenmaßen des RZI, des IPC, des DTCQ-G, der Ratingskalen zur Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft, des Attributionsitems und der Subskala Depression des BSI bestehen (siehe Tabelle A-2.2 im Anhang). Statistisch signifikante Unterschiede der beiden Teilstichproben bestehen hinsichtlich der *abstinence self-efficacy*, $t(138.69) = 3.09$, $p < .005$, der *abstinence other-efficacy*, $t(139) = 3.02$, $p < .005$ und der *Veränderungsbereitschaft*, $t(137.33) = 2.35$, $p < .05$. Hoch signifikant unterscheiden sich die beiden Gruppen hinsichtlich der *zum Follow-up-Zeitpunkt erhobenen abstinence self-efficacy*, $t(68.20) = 5.75$, $p < .001$ und der *Veränderungsbereitschaft*, $t(72.98) = 3.83$, $p < .001$. Hinsichtlich der Variablen, auf denen signifikante Unterschiede bestehen, liegt der Mittelwert der jeweiligen Skalen bei den abstinenten Probanden höher als bei den rückfälligen Probanden. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität zeigt an, dass die Varianzen in den Gruppen nicht gleich sind für *abstinence self-efficacy* erfasst zu T_0 ($F = 7.41$, $p < .05$) sowie zu T_1 ($F = 28.32$, $p < .001$) sowie für die *Veränderungsbereitschaft* erfasst zu T_0 ($F = 10.29$, $p < .005$) sowie zu T_1 ($F = 34.70$, $p < .001$).

7.3.3 Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung zur Follow-up-Erhebung

Bei der Baseline- und der Follow-up-Erhebung wurde die *abstinence self-efficacy* und die *Veränderungsbereitschaft* mit den Ratingskalen erfasst. Es bestehen signifikante positive Korrelationen zwischen den beiden Selbstwirksamkeitsmessungen ($r = .29$, $p < .01$) und den beiden Erhebungen zur *Veränderungsbereitschaft* ($r = .22$, $p < .01$). Ebenso korrelieren die *Veränderungsbereitschaft* und *Selbstwirksamkeit* zu T_0 ($r = .31$, $p < .01$) sowie zu T_1 ($r = .59$, $p < .01$) signifikant positiv miteinander. Eine ausführliche Darstellung der Interkorrelationen ist in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12

Interkorrelation der abstinence self-efficacy und Veränderungsbereitschaft zu T₀ und T₁

	abstinence self-efficacy T ₀	abstinence self-efficacy T ₁	Veränderungs- bereitschaft T ₀
abstinence self- efficacy T ₁	.29**	--	
Veränderungs- bereitschaft T ₀	.31**	.28**	--
Veränderungs- bereitschaft T ₁	.05	.59**	.22**

Anmerkung. ** $p < .01$ / * $p < .05$. ($101 < n < 405$).

Bildet man den Differenzwert zwischen den beiden Messwerten T₀ und T₁ der abstinence self-efficacy, so ergibt sich eine mittlere Differenz von $M = 0.79$ ($SD = 3.24$; $N = 100$ entspricht der Population der erreichten⁶ Follow-up-Stichprobe) zwischen Messung T₀ ($M = 7.88$; $SD = 2.20$) und T₁ ($M = 7.09$; $SD = 3.08$). Diese Differenz ist signifikant ($t(99) = -2.44$, $p < .05$). Über alle Probanden hinweg bedeutet dies, dass die Selbstwirksamkeitserwartung vom Zeitpunkt T₀ zum Zeitpunkt T₁ signifikant abnimmt. Bei Betrachtung der Daten auf Probandenebene ergibt sich dabei folgendes Bild: Bei 28 Probanden nimmt die Selbstwirksamkeitserwartung von T₀ zu T₁ zu, bei 27 Probanden ändert sich die Selbstwirksamkeitserwartung zwischen den beiden Messzeitpunkten nicht, und bei 45 Probanden ist eine Abnahme der Selbstwirksamkeitserwartung zwischen den beiden Messzeitpunkten zu vermerken.

Zwischen den beiden Messwerten T₀ und T₁ der Veränderungsbereitschaft ergibt sich eine mittlere Differenz von $M = 0.97$ ($SD = 3.11$; $N = 101$ entspricht der Population der erreichten Follow-up-Stichprobe) zwischen Messung T₀ ($M = 9.23$; $SD = 1.64$) und T₁ ($M = 8.26$; $SD = 3.02$). Diese Differenz ist signifikant ($t(100) = -3.14$, $p < .005$). Über alle Probanden hinweg bedeutet dies, dass die Veränderungsbereitschaft vom Zeitpunkt T₀ zum Zeitpunkt T₁ signifikant abnimmt. Bei Betrachtung der Daten auf Probandenebene ergibt sich dabei folgendes Bild: Bei zwölf Probanden nimmt die Veränderungsbereitschaft von T₀ zu T₁ zu, bei 57 Probanden ändert sich die Veränderungsbereitschaft zwischen den beiden Messzeitpunkten nicht, und bei 32 Probanden ist eine Abnahme der Veränderungsbereitschaft zwischen den beiden Messzeitpunkten zu vermerken.

⁶ "erreichte Follow-up-Stichprobe" bezieht sich auf die Stichprobe der $N = 104$ Probanden, die zum Nacherhebungszeitpunkt telefonisch erreicht werden konnten (siehe Kapitel 6.1)

Die Probanden wurden durch Median-Split auf Basis ihres abstinence self-efficacy Wertes zu T_0 in zwei Gruppen eingeteilt. Probanden mit einem Wert > 8 (Median = 8) wurden als Optimisten ($n = 176$), Probanden mit einem Wert ≤ 8 als Pessimisten ($n = 232$) klassifiziert. Eine prozentuale Verteilung auf die Antwortkategorien der abstinence self-efficacy Ratingskala ist im Anhang (Tabelle A-4) dargestellt. Der durch diese Einteilung zu erwartende (herbeigeführte) signifikante Unterschied zwischen den Optimisten und den Pessimisten in den abstinence self-efficacy Werten zu T_0 ($t(273.15) = 23.78, p < .001$) findet sich zu T_1 nicht mehr ($t(98) = 1.37, p > .05$). Weiterhin unterscheiden sich Optimisten und Pessimisten signifikant hinsichtlich ihrer Veränderungsbereitschaft zu T_0 ($t(399.79) = 3.18, p < .005$), nicht jedoch zu T_1 ($t(100) = -0.83, p > .05$).

In der nachfolgenden Abbildung 7 sind die Baseline- und Follow-up-Werte der abstinence self-efficacy und Veränderungsbereitschaft für die erreichte Follow-up-Stichprobe nach der Gruppierung Optimisten/Pessimisten und nach der Gruppierung Abstinente/Rückfällige dargestellt.

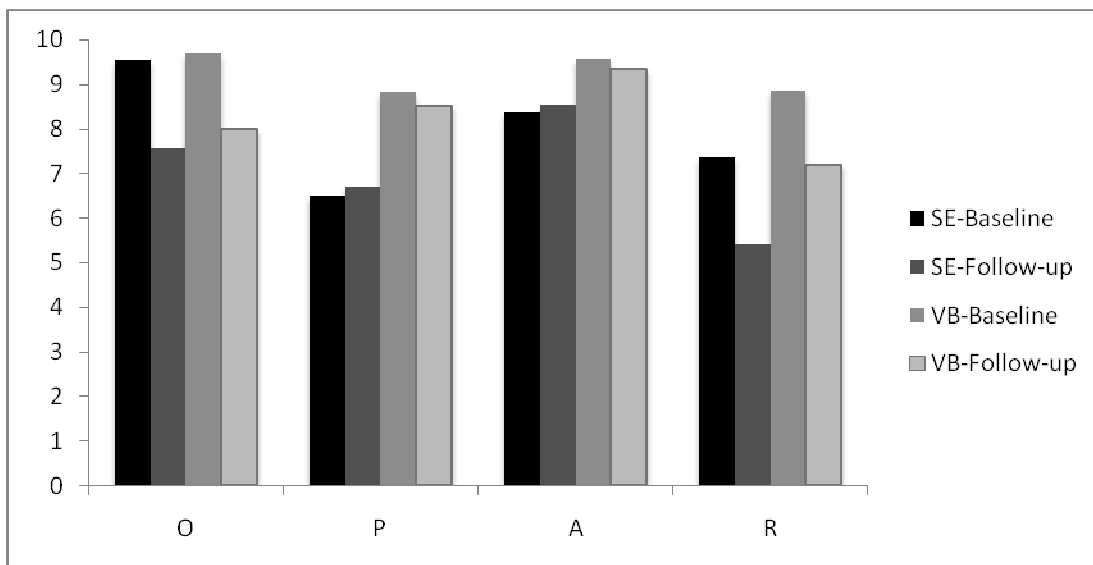


Abbildung 7. Balkendiagramm der abstinance self-efficacy (SE) und Veränderungsbereitschaft (VB) zu T_0 und T_1 für die erreichte Follow-up-Stichprobe nach der Gruppierung Optimisten (O; $44 < n < 48$) / Pessimisten (P; $54 < n < 57$) und Abstinente (A; $52 < n < 55$) / Rückfällige (R; $47 < n < 51$)

Es wurde eine 2 (Abstinenzstatus: Abstinenz vs. Rückfall) x 2 (Optimismus: Optimist vs. Pessimist) x 2 (Messzeitpunkte) Varianzanalyse mit Messwiederholung berechnet. Die pro Messzeitpunkt ermittelte abstinance self-efficacy stellte dabei die Abhängige Variable dar. Die Variablen Abstinenzstatus und Optimismus repräsentierten dabei die Zwischensubjektfaktoren, wohingegen die Messzeitpunkte den Innersubjektfaktor darstellten. Aufgrund von Sphärizitätsverletzungen wurden korrigierte Freiheitsgrade nach Greenhouse-Geisser für die Innersubjekteffekte verwendet.

Tabelle 13 gibt einen Überblick über die varianzanalytischen Ergebnisse.

Tabelle 13

Ergebnisse der 2 x 2 x 2 (Abstinenzstatus x Optimismus x Messzeitpunkte) Varianzanalyse mit Messwiederholung hinsichtlich der abstinence self-efficacy bei der erreichten Follow-up-Stichprobe (n = 90)

Quelle der Varianz	df	Quadratsumme	F-Wert
Abstinenzstatus	1	160.86	28.06 ^{***}
Optimismus	1	140.80	24.56 ^{***}
Abstinenzstatus x Optimismus	1	1.50	0.26
Fehler	96	5.73	
Messzeitpunkt	1	50.46	12.52 ^{**}
Messzeitpunkt x Abstinenzstatus	1	73.01	18.12 ^{***}
Messzeitpunkt x Optimismus	1	76.23	18.91 ^{***}
Messzeitpunkt x Abstinenzstatus x Optimismus	1	3.55	0.88
Fehler	96	386.81	

Anmerkung. Freiheitsgrade sind nach Greenhose-Geisser für die Innersubjekteffekte korrigiert. ^{***} $p < .001$ / ^{**} $p < .01$ / ^{*} $p < .05$.

Es zeigen sich signifikante Haupteffekte für alle drei unabhängigen Variablen.

Der signifikante Interaktionseffekt Messzeitpunkt x Abstinenzstatus deutet darauf hin, dass sich für die Abstinenten und die Rückfälligen unterschiedliche Veränderungen der abstinence self-efficacy von T₀ zu T₁ ergeben.

Betrachtet man nachträglich die Gruppen der abstinenten und der rückfällig gewordenen Probanden getrennt, so ergeben sich bei den Abstinenten keine signifikanten Veränderungen der abstinence self-efficacy ($t(52) = .61$, $p > .05$) zwischen den zwei Messzeitpunkten. Für die Rückfälligen, deren Aussagen zu T₁ vorliegen, zeigen sich signifikante Reduktionen für die abstinence self-efficacy ($t(46) = -3.42$, $p < .005$) von Zeitpunkt T₀ zu Zeitpunkt T₁.

Der signifikante Interaktionseffekt Messzeitpunkt x Optimismus deutet darauf hin, dass sich für die Optimisten und die Pessimisten unterschiedliche Veränderungen der abstinence self-efficacy von T₀ zu T₁ ergeben.

Betrachtet man nachträglich die Gruppe der Optimisten und Pessimisten getrennt, so ergeben sich bei den Optimisten signifikante Reduktionen der abstinence self-efficacy ($t(44) = -4.53; p < .001$) von T₀ zu T₁, nicht jedoch bei den Pessimisten ($t(54) = 0.43; p > .05$).

Die abstinence self-efficacy Werte sind - für die Gruppen *Optimist-Abstinent* (OA)/ *Optimist-Rückfällig* (OR)/ *Pessimist-Abstinent* (PA) und *Pessimist-Rückfällig* (PR) - in der nachfolgenden Abbildung 8 grafisch dargestellt.

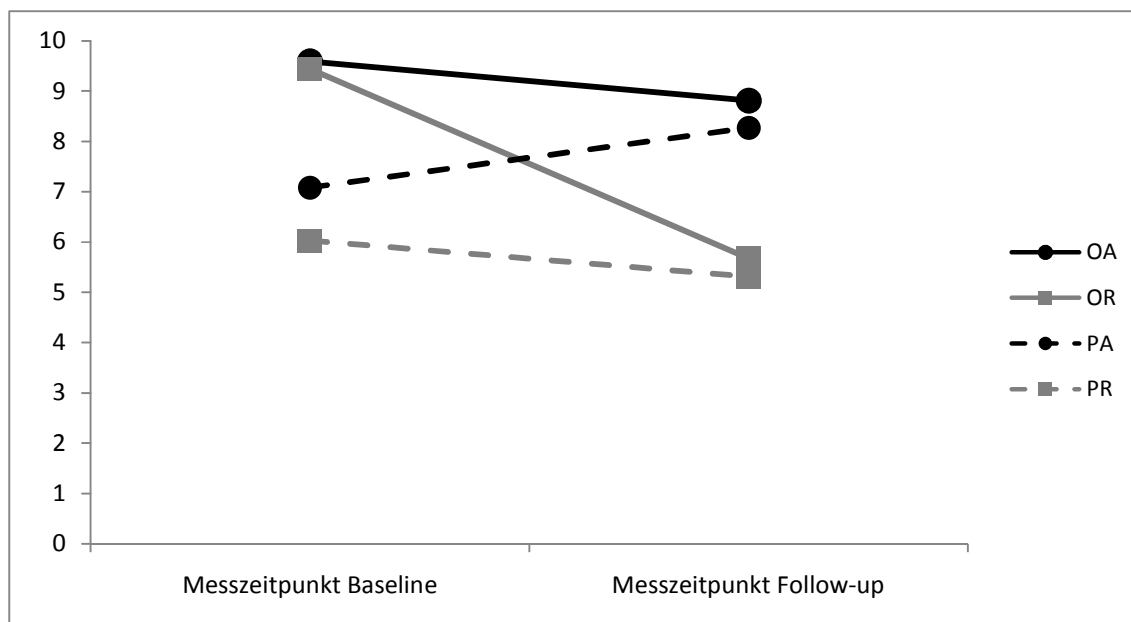


Abbildung 8. Ausprägung der *abstinence self-efficacy* in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt und Abstinenzstatus für die Optimisten und die Pessimisten

In Tabelle 14 sind die Werte für die abstinence self-efficacy und Veränderungsbereitschaft getrennt nach den Gruppen aufgeführt. Nachträglich gerechnete t-Tests ergeben, dass sich eine signifikante Reduktion der abstinence self-efficacy für die abstinenten und rückfälligen Optimisten sowie eine signifikante Zunahme der abstinence self-efficacy für die abstinenten Pessimisten ergibt. Bei den rückfälligen Pessimisten ändert sich die abstinence self-efficacy nicht signifikant zwischen T₀ und T₁.

Tabelle 14

Abstinenz-Selbstwirksamkeitserwartungen und Veränderungsbereitschaft der abstinenten und rückfälligen Optimisten und Pessimisten

Optimisten							
	abstinence self-efficacy T ₀		abstinence self-efficacy T ₁		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>N</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>N</i>			
Abstinente	9.59 (0.50)	27	8.81 (1.67)	27	-2.56	26	.02
Rückfällige	9.44 (0.51)	18	5.67 (3.71)	18	-4.51	17	.000
Veränderungsbereitschaft T ₀							
	Veränderungsbereitschaft T ₀		Veränderungsbereitschaft T ₁		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>N</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>N</i>			
Abstinente	9.93 (0.39)	27	9.26 (2.01)	27	-1.70	26	<i>NS</i>
Rückfällige	9.33 (1.33)	18	6.00 (4.00)	18	-4.35	17	.000
Pessimisten							
	abstinence self-efficacy T ₀		abstinence self-efficacy T ₁		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>N</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>N</i>			
Abstinente	7.08 (1.55)	26	8.27 (1.80)	26	2.48	25	.02
Rückfällige	6.03 (2.47)	29	5.31 (3.32)	29	-1.11	28	<i>NS</i>
Veränderungsbereitschaft T ₀							
	Veränderungsbereitschaft T ₀		Veränderungsbereitschaft T ₁		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>N</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>N</i>			
Abstinente	9.20 (1.98)	25	9.40 (1.76)	25	0.35	24	<i>NS</i>
Rückfällige	8.53 (1.96)	30	7.70 (3.24)	30	-1.32	29	<i>NS</i>

Anmerkung. In Fettdruck die Werte, bei denen sich von T₀ zu T₁ eine signifikante Veränderung ergibt.

Es wurde eine 2 (Abstinenzstatus: Abstinenz vs. Rückfall) x 2 (Optimismus: Optimist vs. Pessimist) x 2 (Messzeitpunkte) Varianzanalyse mit Messwiederholung berechnet. Die pro Messzeitpunkt ermittelte Veränderungsbereitschaft stellte dabei die Abhängige Variable dar. Die Variablen Abstinenzstatus und Optimismus repräsentierten dabei die Zwischensubjektfaktoren, wohingegen die Messzeitpunkte den Innersubjektfaktor

darstellten. Aufgrund von Sphärizitätsverletzungen wurden korrigierte Freiheitsgrade nach Greenhouse-Geisser für die Innersubjekteffekte verwendet.

Tabelle 15 gibt einen Überblick über die varianzanalytischen Ergebnisse.

Tabelle 15

Ergebnisse der 2 x 2 x 2 (Abstinenzstatus x Optimismus x Messzeitpunkte) Varianzanalyse mit Messwiederholung hinsichtlich der Veränderungsbereitschaft bei der erreichten Follow-up-Stichprobe (n = 90)

Quelle der Varianz	df	Quadratsumme	F-Wert
Abstinenzstatus	1	116.53	19.43***
Optimismus	1	.30	.05
Abstinenzstatus x Optimismus	1	6.65	1.11
Fehler	96	5.73	
Messzeitpunkt	1	64.69	15.03***
Messzeitpunkt x Abstinenzstatus	1	41.25	9.59**
Messzeitpunkt x Optimismus	1	34.16	7.94**
Messzeitpunkt x Abstinenzstatus x Optimismus	1	8.04	1.87
Fehler	96	413.08	

Anmerkung. Freiheitsgrade sind nach Greenhouse-Geisser für die Innersubjekteffekte korrigiert. *** $p < .001$ / ** $p < .01$ / * $p < .05$.

Es zeigen sich signifikante Haupteffekte für die Faktoren Abstinenz und Messzeitpunkt.

Der signifikante Interaktionseffekt Messzeitpunkt x Abstinenzstatus deutet darauf hin, dass sich für die Abstinenten und die Rückfälligen unterschiedliche Veränderungen der Veränderungsbereitschaft von T_0 zu T_1 ergeben.

Betrachtet man nachträglich die Gruppen der abstinenten und der rückfällig gewordenen Probanden getrennt, so ergeben sich bei den Abstinenten keine signifikanten Änderungen der Veränderungsbereitschaft ($t(51) = -.73, p > .05$) zwischen den zwei Messzeitpunkten. Für die Rückfälligen, deren Aussagen zu T_1 vorliegen, zeigen sich signifikante

Reduktionen für die Veränderungsbereitschaft ($t(48) = -3.44, p < .005$) von Zeitpunkt T_0 zu Zeitpunkt T_1 .

Der signifikante Interaktionseffekt Messzeitpunkt x Optimismus deutet darauf hin, dass sich für die Optimisten und die Pessimisten unterschiedliche Veränderungen der Veränderungsbereitschaft von T_0 zu T_1 ergeben.

Betrachtet man nachträglich die Gruppe der Optimisten und Pessimisten getrennt, so ergeben sich bei den Optimisten signifikante Reduktionen der Veränderungsbereitschaft von T_0 zu T_1 ($t(44) = -4.04; p < .001$), nicht jedoch bei den Pessimisten ($t(54) = -0.84; p > .05$).

Die Werte der Veränderungsbereitschaft sind - für die Gruppen *Optimist-Abstinent* (OA)/ *Optimist-Rückfällig* (OR)/ *Pessimist-Abstinent* (PA) und *Pessimist-Rückfällig* (PR) - in der nachfolgenden Abbildung 9 grafisch dargestellt.

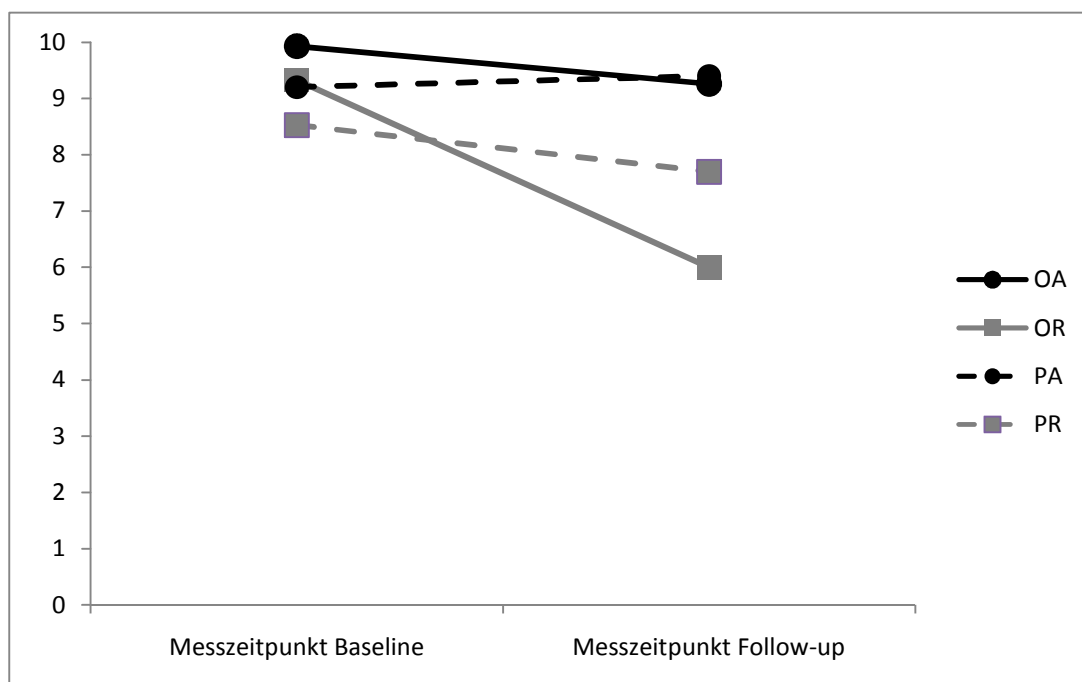


Abbildung 9. Ausprägung der Veränderungsbereitschaft in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt und Abstinenzstatus für die Optimisten und die Pessimisten

Nachträglich gerechnete t-Tests ergeben, dass sich lediglich für die rückfälligen Optimisten eine signifikante Reduktion der Veränderungsbereitschaft zwischen T_0 und T_1 ergibt (siehe Tabelle 14).

Es wurde darüber hinaus untersucht hinsichtlich welcher weiteren Variablen signifikante Unterschiede zwischen den Optimisten und den Pessimisten bestehen. Die Rückfallzuschreibungen der Optimisten sind signifikant internal/stabiler und weniger (re)aktional sowie weniger fatalistisch als die der Pessimisten. Sie haben eine signifikant höhere drinking refusal self-efficacy (Ratingskala und DTCQ-G Wert), einen geringeren Depressionswert, ein höheres Lebensalter, leben häufiger in einer Partnerschaft, haben eine geringere Konsummenge vor der Behandlung, weniger vorangegangene Entzugsbehandlungen und eine größere Latenz bis zum ersten erneuten Konsum im Falle eines Rückfalls nach der Entlassung als die Pessimisten (die statistischen Maße sind in Tabelle 16 aufgeführt).

Unter den Optimisten ist eine tendenziell signifikante geringere Rückfallrate als unter den Pessimisten zu verzeichnen ($\chi^2(1) = 3.69, p = .055$).

Eine detaillierte Gegenüberstellung der soziodemografischen, Konsum- und Fragebogendaten der beiden Gruppen ist in der nachfolgenden Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16

Deskriptive Statistik soziodemografischer sowie der Konsumvariablen und von Fragebogendaten für die Optimisten und Pessimisten

	Optimisten					Pessimisten					<i>t</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>n</i>	%	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>n</i>	%				
Alter	45.05 (7.21)	25	59	176		42.63 (8.39)	18	60	232		3.07		406	.002
Geschlecht männlich				176	78.4%				232	80.2%		0.19	1	<i>NS</i>
Familienstand mit Partner ^a				175	38.3%				232	22.4%		12.15	1	.000
Erwerbstätigkeit arbeitslos ^b				175	32.6%				230	40.9%		2.93	1	<i>NS</i>
Raucher Ja				176	75.6%				232	82.3%		2.72	1	<i>NS</i>
RZI Skala R	3.87 (1.10)	1	6	176		4.35 (0.86)	1.29	6	232		-4.81		323.13 ⁱ	.000
RZI Skala IS	4.83 (1.14)	1	6	176		4.55 (1.12)	1	6	232		2.45		406	.015
RZI Skala F	1.66 (0.80)	1	5.17	176		1.89 (0.76)	1	4.5	232		-2.99		406	.003
abstinence self-efficacy T ₀	9.57 (0.50)	9	10	176		6.53 (1.86)	0	8	232		23.78		273.15 ⁱ	.000
drinking refusal self-efficacy	9.19 (1.43)	1	10	176		7.54 (2.67)	0	10	230		8.01		364.80 ⁱ	.000
abstinence other-efficacy	5.73 (2.14)	0	10	175		4.42 (1.99)	0	9	229		6.33		402	.000
Veränderungs- bereitschaft	9.43 (1.96)	0	10	175		8.75 (2.38)	0	10	229		3.18		399.79 ⁱ	.002
abstinence self-efficacy T ₁	7.56 (3.06)	0	10	45		6.71 (3.07)	0	10	55		1.37		98	<i>NS</i>

Fortsetzung Tabelle 16

	Optimisten					Pessimisten					<i>t</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>n</i>	%	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>n</i>	%				
Veränderungs- bereitschaft T ₁	8.00 (3.30)	0	10	46		8.50 (2.76)	0	10	56		-0.83		100	<i>NS</i>
DTCQ-G	84.14 (17.82)	4.38	100	172		63.30 (22.04)	0	99.38	231		10.49		398.23 ⁱ	.000
BSI-Depression	0.74 (.91)	0	4	173		1.10 (0.95)	0	4	222		-3.84		393	.000
Anzahl voriger Entzugsbehandlungen	2.78 (6.18)	0	60	167		5.30 (8.93)	0	50	215		-3.25		375.37 ⁱ	.001
Rückfall Ja				60	53.3%				84	69.0%		3.69	1	<i>NS</i> .055
Frequenz, Tage t ₀ ^c	19.01 (10.42)	0	30	172		20.33 (10.46)	0	30	230		-1.26		400	<i>NS</i>
Frequenz, Tage gesamt t ₁ ^d	6.80 (17.31)	0	84	60		10.79 (22.87)	0	84	84		-1.19		141.49 ⁱ	<i>NS</i>
Frequenz, Tage erste Trinkepisode t ₁ ^e	2.18 (8.91)	0	63	60		5.75 (17.76)	0	84	84		-1.58		129.19 ⁱ	<i>NS</i>
Latenz, Tage t ₁ ^f	34.16 (22.25)	3	80	19		18.33 (17.36)	0	77	30		2.79		47	.008
Quantität t ₀ , Gramm ^g	191.77 (114.53)	20.96	485.93	163		217.95 (104.32)	31.44	495.46	208		-2.30		369	.022
Quantität t ₁ , Gramm ^h	122.22 (87.45)	25.15	285.84	14		129.89 (85.05)	21.84	373.97	28		-0.27		40	<i>NS</i>

Anmerkungen. Alle *t*-tests sind zweiseitig. ^amit Partner entspricht den Kategorien verheiratet-zusammenlebend & Lebensgemeinschaft, ^barbeitslos entspricht den Kategorien Arbeitslose(r) und Sozialhilfeempfänger(in), ^cAnzahl Konsumtage innerhalb der letzten 30 Tage vor Aufnahme, ^dAnzahl Konsumtage während der letzten zwölf Wochen, ^eAnzahl Konsumtage der ersten Konsumepisode nach der Behandlung, ^fAnzahl Tage nach Entlassung bis zum ersten Rückfall (bezieht sich auf die Stichprobe der erreichten rückfällig gewordenen Patienten), ^gQuantität des Konsums vor der Behandlung, ^hQuantität des Konsums nach der Behandlung (bezieht sich auf die Stichprobe der erreichten rückfällig gewordenen Patienten, die eine Angabe zur Konsummenge geben konnten), ⁱVarianzen sind nicht gleich in den Gruppen.

7.3.4 Analyse verschiedener Determinanten im Rückfallprozess

Die folgenden Analysen wurden auf Basis der Daten der Follow-up-Stichprobe berechnet; die Korrelationen, die sich auf die in der Nacherhebung erfassten Konsumdaten beziehen, basieren auf den Daten der *erreichten rückfälligen Probanden*. Die Korrelationen zwischen Zuschreibungsmustern, Selbstwirksamkeitserwartung, Alter und konsumbezogenen Maßen sind in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17

Korrelationstabelle der Variablen Alter, Zuschreibungsmuster, Selbstwirksamkeit und der konsumbezogenen Maße

	Anzahl Entzugsbeh.	Frequenz, Tage t_0^a	Quantität t_0 , Gramm ^b	Latenz, Tage t_1^c	Frequenz, 1. Konsumepisode t_1^d	Frequenz, Tage gesamt t_1^e	Quantität t_1 , Gramm ^f
Alter	.08 (n = 140)	-.04 (n = 144)	-.23** (n = 136)	.20 (n = 50)	-.00 (n = 45)	-.08 (n = 49)	-.08 (n = 43)
RZI R	-.05 (n = 140)	-.01 (n = 144)	.14 (n = 136)	.07 (n = 50)	-.25 (n = 45)	-.21 (n = 49)	.20 (n = 43)
RZI IS	-.24** (n = 140)	.14 (n = 144)	-.09 (n = 136)	.12 (n = 50)	.14 (n = 45)	.11 (n = 49)	-.12 (n = 43)
RZI F	.25** (n = 140)	-.05 (n = 144)	.14 (n = 136)	.17 (n = 50)	-.05 (n = 45)	.11 (n = 49)	.31* (n = 43)
Abstinence self-efficacy T_0	-.13 (n = 138)	-.13 (n = 143)	-.23** (n = 134)	.33* (n = 49)	-.26 (n = 44)	-.35** (n = 48)	-.28 (n = 42)
drinking refusal self-efficacy	.04 (n = 137)	-.14 (n = 142)	-.06 (n = 133)	.29* (n = 48)	-.25 (n = 34)	-.41** (n = 47)	-.26 (n = 41)
DTCQ-G	-.39** (n = 139)	-.03 (n = 143)	-.32** (n = 135)	.21 (n = 49)	-.13 (n = 44)	-.22 (n = 48)	-.25 (n = 42)
abstinence other-efficacy	-.07 (n = 135)	-.01 (n = 140)	-.17 (n = 131)	.50** (n = 49)	-.17 (n = 44)	-.33* (n = 48)	-.19 (n = 42)
Veränderungsbereitschaft T_0	.04 (n = 137)	-.07 (n = 141)	-.08 (n = 133)	.20 (n = 49)	-.36* (n = 44)	-.47** (n = 48)	-.29 (n = 42)
abstinence self-efficacy T_1	-.10 (n = 98)	-.10 (n = 99)	.06 (n = 95)	.21 (n = 48)	-.29 (n = 43)	-.33* (n = 47)	.19 (n = 41)
Veränderungsbereitschaft T_1	-.04 (n = 100)	-.08 (n = 101)	.06 (n = 97)	-.03 (n = 50)	-.24 (n = 45)	-.28 (n = 49)	.27 (n = 43)
Depressionswert	.28** (n = 139)	-.11 (n = 142)	.20* (n = 134)	.06 (n = 50)	-.17 (n = 45)	-.10 (n = 49)	-.14 (n = 43)

Anmerkung. ** $p < .01$ / * $p < .05$. (40 < n < 145). ^aAnzahl Konsumtage innerhalb der letzten 30Tage vor Aufnahme, ^bQuantität des Konsums vor der Behandlung, ^cAnzahl Tage nach Entlassung bis zum ersten Rückfall, ^dAnzahl Konsumtage der ersten Konsumepisode nach der Behandlung, ^eAnzahl Konsumtage während der letzten zwölf Wochen, ^fQuantität des Konsums nach der Behandlung. Signifikante Ergebnisse in Fettdruck.

Internal/stabile Rückfallzuschreibungen gehen mit einer geringeren Anzahl vorangegangener Entzugsbehandlungen einher, während ein fatalistischer Zuschreibungsstil mit einer höheren Anzahl vorangegangener Entzugsbehandlungen und einer größeren Konsummenge zum Nacherhebungszeitpunkt einhergeht. Insgesamt scheinen eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung und eine höhere Veränderungsbereitschaft eher mit geringeren konsumbezogenen Maßen (z. B. weniger vorangegangenen Entzugsbehandlungen, weniger Konsum in der Vorgeschichte, einer größeren Latenz bis zum Rückfall nach der Entlassung und weniger Konsumtagen nach Entlassung) in Verbindung zu stehen. Höhere Depressionswerte gehen mit einer größeren Anzahl vorangegangener Entzugsbehandlungen und einer höheren Konsummenge vor Behandlung einher, während ein höheres Lebensalter eher mit einer geringeren Konsummenge vor Behandlung in Zusammenhang steht (für die statistischen Maße siehe Tabelle 17).

Die Interkorrelationen der konsumbezogenen Maße sind in Tabelle 18 aufgeführt.

Tabelle 18
(Inter-)Korrelationstabelle der konsumbezogenen Maße

	Anzahl Entzugsbeh.	Frequenz, Tage t ₀ ^a	Quantität t ₀ , Gramm ^b	Latenz, Tage t ₁ ^c	Frequenz, 1. Konsumepisode t ₁ ^d	Frequenz, Tage gesamt t ₁ ^e
Frequenz, Tage t ₀ ^a	-.13 (n = 138)	-	-	-	-	-
Quantität t ₀ , Gramm ^b	.39** (n = 131)	.07 (n = 135)	-	-	-	-
Latenz, Tage t ₁ ^c	.30* (n = 49)	-.22 (n = 49)	-.02 (n = 49)	-	-	-
Frequenz, Tage 1. Konsumepisode t ₁ ^d	.05 (n = 44)	.40** (n = 44)	.01 (n = 44)	-.39** (n = 45)	-	-
Frequenz, Tage gesamt t ₁ ^e	-.11 (n = 48)	.53** (n = 48)	.11 (n = 48)	-.64** (n = 49)	.80** (n = 45)	-
Quantität t ₁ , Gramm ^f	-.12 (n = 42)	-.06 (n = 42)	.36* (n = 42)	-.24 (n = 43)	.13 (n = 38)	.26 (n = 42)

Anmerkung. ** $p < .01$ / * $p < .05$. (37 < n < 139). ^aAnzahl Konsumtage innerhalb der letzten 30 Tage vor Aufnahme, ^bQuantität des Konsums vor der Behandlung, ^cAnzahl Tage nach Entlassung bis zum ersten Rückfall, ^dAnzahl Konsumtage der ersten Konsumepisode nach der Behandlung, ^eAnzahl Konsumtage während der letzten zwölf Wochen, ^fQuantität des Konsums nach der Behandlung. Signifikante Ergebnisse in Fettdruck.

Umso größer die Konsummenge bzw. die Frequenz des Konsums vor der Behandlung ist, desto größer ist die Konsummenge bzw. die Frequenz des Konsums im Falle eines Rückfalls nach der Behandlung. Eine größere Anzahl vorangegangener Entzugsbehandlungen geht mit einem höheren Alkoholkonsum vor der Behandlung und einer größeren Latenz bis zum Rückfall nach der Entlassung einher (für die statistischen Maße siehe Tabelle 18).

Multivariate logistische Regressionsanalysen wurden berechnet, um die prädiktive Voraussagekraft von Rückfallzuschreibungen, Selbstwirksamkeitserwartungen sowie soziodemografischen und konsumbezogenen Daten auf den Rückfallprozess (Abhängige Variable: Abstinenz vs. Rückfall) zu untersuchen.

In das Regressionsmodell wurden zunächst die Rückfallzuschreibung (RZI), abstinence self-efficacy (Confidence Rating #1), drinking refusal self-efficacy (Confidence Rating #2 und DTCQ-G Summenwert) und die Veränderungsbereitschaft einbezogen. Alle unabhängigen Variablen wurden gleichzeitig in die Berechnung eingeschlossen. Keine der Variablen steht in prädiktivem Zusammenhang zum Rückfall, $\chi^2(7, N = 140) = 12.31$, n.s.; Nagelkerke's $R^2 = .12$.

Der Einbezug von der Konsummenge und der Anzahl Konsumtage vor Behandlung verbessert die Modellgüte nicht, $\chi^2(9, N = 130) = 13.95$, n.s.; Nagelkerke's $R^2 = .14$.

Der Einbezug des Familienstatus (*in Partnerschaft*) und des Alters verbesserte die Modellanpassung signifikant, wobei der Familienstatus die mit dem Behandlungserfolg in Beziehung stehende Variable war (Exp(b) = 0.15, Wald statistic = 14.98, $p < 0.01$; $\chi^2(11, N = 129) = 32.67$, $p < 0.01$; Nagelkerke's $R^2 = .31$). Eine detaillierte Darstellung befindet sich in Tabelle 19.

Tabelle 19

Zusammenfassung der Logistischen Regressionsanalysen, Methode: Einschluss (AV: Rückfall vs. Abstinenz)

	Schritt 1				Schritt 2				Schritt 3			
	B	SE	Wald	Exp(b)	B	SE	Wald	Exp(b)	B	SE	Wald	Exp(b)
RZI 1	.21	.22	0.91	1.23	.21	.24	0.78	1.23	.18	.26	0.48	1.19
RZI 2	-.09	.18	0.23	0.92	-.09	.19	0.23	0.91	.02	.21	0.01	1.02
RZI 3	.04	.27	0.02	1.04	.04	.30	0.02	1.04	.08	.33	0.06	1.08
abstinence self-efficacy	-.24	.13	3.56	0.79	-.13	.14	0.84	0.88	-.06	.15	0.15	0.95
drinking refusal self-efficacy	.05	.10	0.26	1.05	-.06	.11	0.24	0.95	-.04	.13	0.09	0.96
DTCQ-G	.00	.01	0.10	1.00	-.01	.01	0.55	0.99	-.00	.01	0.08	1.00
Veränderungsbereitschaft	-.21	.16	1.79	0.81	-.20	.18	1.31	0.82	-.08	.18	0.19	0.93
Quantität t ₀					.00	.00	0.06	1.00	-.00	.00	0.34	1.00
Frequenz Tage t ₀					-.01	.02	0.23	0.99	.01	.02	0.19	1.01
Alter									-.03	.03	1.08	0.97
Familienstatus mit Partner (Referenz: ohne)									-1.89	.49	14.98	0.15**
Konstante (b)	3.18	1.89	2.81	23.94	4.02	2.30	3.06	55.83	3.32	2.62	1.61	27.72
Pseudo- R ² (Nagelkerke)		.12				.14				.31		

Anmerkung. ** $p < 0.01$; Schritt 1: $\chi^2(7, N = 140) = 12.31, p > .05$; Schritt 2: $\chi^2(9, N = 130) = 13.95, p > .05$; Schritt 3: $\chi^2(11, N = 129) = 32.67, p < .01$.

8. DISKUSSION

Im Folgenden werden die im Kapitel 7 dargestellten Ergebnisse vor dem Hintergrund theoretischer Annahmen (siehe Kapitel 2 bis 4) analysiert und in den Rahmen der bisherigen empirischen Forschung eingeordnet. Die Darstellung der Befunde lehnt sich hinsichtlich der Gliederung an die dieser Studie zugrundeliegenden Fragestellungen an.

In Abschnitt 8.1 wird auf die Entwicklung des *Rückfall-Zuschreibungs-Inventars*, ein Inventar zur Erfassung rückfallbezogener Zuschreibungen Alkoholabhängiger, eingegangen. Die Vorteile der Skala, insbesondere die Erfassung bereichsspezifischer und prospektiver Zuschreibungen, werden beleuchtet.

Unter 8.2 werden dann die Befunde dieser Arbeit zum *Zusammenspiel von Selbstwirksamkeitserwartungen und Zuschreibungsmustern* erläutert.

Im darauffolgenden Abschnitt 8.3 wird der *prädiktive Beitrag* einzelner Konstrukte zur *Vorhersage des Behandlungserfolgs* dargestellt. Zudem werden die *Veränderungen von Selbstwirksamkeitserwartungen* und der *Veränderungsbereitschaft* zwischen den beiden Messzeitpunkten analysiert.

Kapitel 9 schließt mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse.

8.1 Diskussion Teil 1 - Entwicklung des Rückfall-Zuschreibungs-Inventars

Ziel des ersten Teils der vorliegenden Arbeit war die Entwicklung eines bereichsspezifischen Fragebogens zur Erfassung von Zuschreibungsmustern alkoholabhängiger Probanden bezogen auf die eigene prospektive Rückfälligkeit/ Abstinenz. Eine ausführliche Sichtung der Literatur brachte zum Vorschein, dass bislang kein entsprechendes bereichsspezifisches deutschsprachiges Verfahren vorliegt. Vor allem hatten die unzureichende Voraussagemöglichkeit des Behandlungserfolgs von Alkoholabhängigen und der nicht hinreichend geklärte Zusammenhang von Abstinenz und Selbstwirksamkeitserleben das Interesse am Einsatz eines Verfahrens zur Erhebung von rückfallbezogenen Zuschreibungsmustern geweckt.

Das Verfahren ist durch die Itemformulierung auf zukünftige Rückfälle/zukünftige Abstinenz ausgerichtet, "Ob ich abstinent bleibe oder nicht...". Es sollte das zum Erhebungszeitpunkt vorherrschende persönliche Zuschreibungsmuster erfasst werden, da Studien belegen, dass die Attribution zurückliegender Rückfälle oft einer Verschiebung hin zu dispositionellen Faktoren unterliegt (z. B. McKay et al., 1989). Zudem ist die Bedeutsamkeit für das Selbsterleben bei der Rückschau nicht so stark ausgeprägt wie bei der Imagination zukünftiger Zielerreichung. Da eindimensionale und bipolare Skalenkonstruktionen in früheren Untersuchungen empirische Mängel und konzeptionelle Schwierigkeiten aufwiesen (z. B. Krampen, 1981), sollte ein mehrdimensionaler Fragebogen mit mehrstufigen Antwortkategorien konzipiert werden.

Die Annahme von Mehrdimensionalität konnte durch die Faktorenanalyse bestätigt werden. Die durch die Hauptkomponentenanalyse mit orthogonaler Varimax-Rotation identifizierte drei-faktorielle Lösung des RZI legt drei inhaltlich differenzierbare Faktoren nahe, deren interne Konsistenz als adäquat angesehen werden kann (Hair et al, 1998). Ebenso ist die Auffassung, dass Externalität und Internalität nicht Endpole einer Skala (Pfrang, 1989), sondern unabhängig voneinander sind, durch das nachfolgend dargestellte Ergebnis der statistischen Skalenanalyse belegt.

Der erste gewonnene Faktor (*Re*)*aktional* beschreibt das Zusammenspiel situativer und personaler Faktoren. Eine (re)aktionale Zuschreibung fokussiert auf die persönlichen Veränderungen und Bewältigungsfertigkeiten (*aktional*), welche im Kontext äußerer Gegebenheiten und Einflüsse auftreten. Diese Gegebenheiten erfordern wiederum bestimmte Anpassungen der Person (*reaktional*). Aufgrund dessen ist dieser Stil hinsichtlich des Lokationsmodus weder als external noch als internal klassifizierbar. Hoff (1989) bezeichnet eine solche Verknüpfung innerer und äußerer Faktoren als interaktionistisch und fordert die Berücksichtigung multikausaler Zuschreibungstendenzen. Der Inhalt der diesem Faktor zugehörigen Items *Herausforderungen gewachsen sein, sich verändern, Unterstützung bekommen* symbolisiert Instabilität, während hinsichtlich der Kontrollierbarkeit keine eindeutige Zuordnung möglich ist. Einerseits legen Bezüge wie *etwas lernen, sich verändern* die Möglichkeit zur eigenen Einflussnahme offen, wie jedoch das individuelle Kontrollempfinden über das eigene Veränderungs- und Lernpotenzial erlebt wird, kann nicht abgeleitet werden. Auch Items mit Bezug zu situativen Kontexten

wie, *ob sich meine Situation verbessern wird*, legen zwar aufgrund der Passiv-Formulierung den Rückschluss auf begrenztes Einflusserleben nahe, aber auch hier ist das tatsächliche Ausmaß an Kontrollierbarkeit nicht evident.

Die Benennung des zweiten Faktors *Internal/Stabil* impliziert die zugrundeliegenden Dimensionen. *Charakter, Persönlichkeit* und auch *Willensstärke* werden als in der Person liegende, zeitlich relativ stabile Eigenschaften angesehen. Ob diese daher jedoch auch als beeinflussbar erlebt werden, ist in der Forschung umstritten. Gerade an der Willensstärke, die oft als Garant für den Behandlungserfolg wahrgenommen wird, entfacht sich eine kritische Diskussion unterschiedlicher Behandlungsansätze. Zu leichtfertig wurde Patienten in der Vergangenheit die Verantwortung für gescheiterte Abstinenzversuche durch Attribution des Misserfolgs auf mangelnde Willensstärke, im Sinne einer individuellen Disposition, in stigmatisierender Weise zugeschoben. Nicht ausreichende Willensstärke, also Willensschwäche, wurde in einer Studie von Schindler und Körkel (1994) operationalisiert als "... weil ich nicht fähig bin, auf Alkohol zu verzichten" (S. 66). Dies veranschaulicht, dass Willensstärke hier als Fähigkeit und damit stabiler, wenig beeinflussbarer Einflussfaktor verstanden wird. Neuere Ansätze wie *Motivational Interviewing* (Miller & Rollnick, 1999) stellen jedoch die Modifizierbarkeit des eigenen Willens bzw. der Motivation in den Fokus der Behandlung

Der dritte Faktor *Fatalismus* weist inhaltlich Parallelen zur Skala C des IPC (Krampen, 1981) auf. Hinter diesem Faktor verbirgt sich eine Schicksalsergebenheit. *Glückssache, Zufall* und *Schicksal* als Determinanten für die Abstinenz lassen wenig Raum für die eigene Einflussnahme. Kontrollierbarkeit wird hierbei eher nicht erlebt. Entsprechend der Theorie Rotters (1966) liegt die Kontrollüberzeugung außerhalb der eigenen Person.

Von besonderem Interesse ist die Interkorrelation der drei Skalen. Während die Skalen *Internal/Stabil* und *Fatalismus* jeweils mit der Skala (Re)aktional korrelieren, besteht zwischen den Skalen *Fatalismus* und *Internal/Stabil* kein signifikanter Zusammenhang. Da die Skala (Re)aktional ein Zusammenspiel situativer und personaler Faktoren abbildet, ist die leichte Korrelation sowohl mit der externalen als auch mit der internalen Skala plausibel und erwartungsgemäß. Die Tatsache, dass die Skala *Internal/Stabil* und *Fatalismus* in keinem Zusammenhang stehen, unterstützt die Annahme, dass hier keine

gemeinsame Dimension mit zwei entgegengesetzten Polen (internal/external) zugrundeliegt, sondern ein mehrdimensionales Konstrukt. Eine Person, die eine interne Zuschreibung vornimmt, könnte dementsprechend gleichzeitig schicksalsgläubig sein, also mehrere Ursachen als einflussnehmende Faktoren auf die eigene Rückfälligkeit ausmachen (Pfrang, 1989). Von Pfrang werden *Indifferenz* oder *Ambivalenz* als potentielle Determinanten für Antwortmuster angeführt, bei denen Externalität und Internalität gleichermaßen schwach oder stark ausgebildet sind.

Zusätzlich werden die geschilderten theoretischen Überlegungen auch durch die Interkorrelationen beim IPC bestärkt. Während die beiden externalen Skalen P und C signifikant miteinander korrelieren, steht die Skala I in keinem signifikanten Zusammenhang zu den beiden anderen Skalen.

Auffällig ist die rechtsschiefe Verteilung auf der Skala Internal/Stabil und die linksschiefe Verteilung auf der Skala Fatalismus. Zudem wurde der maximal mögliche Punktwert auf der Skala Fatalismus (wie auch auf der Skala Chance des IPC, welche Fatalismus repräsentiert) unterschritten. Die Mehrheit der Probanden sah somit eher in internalen Einflussfaktoren als in fatalistischen Wirkfaktoren Determinanten für den Abstinenzverlauf. Hierin könnte sich der von Higgins und Hay (2003) gefundene illusion-of-control bias zeigen, bei dem internalen kontrollierbaren gegenüber internalen nicht-kontrollierbaren Erklärungsmustern der Vorrang eingeräumt wird. Übertragen auf den hier gefundenen Effekt würde dies bedeuten, dass bei internalen, wenn auch stabilen, Mustern die Illusion der Beeinflussbarkeit besser aufrechterhalten werden kann als bei externalen Zuschreibungen. Letztere gingen dann eher mit einem reduzierten Kontrollerleben einher (Konfundierung von Lokation und Kontrollierbarkeit) und würden daher stärker abgewehrt.

Eine mögliche Ursache der Antwortpräferenzen könnte auch in der Beeinflussung durch das Behandlungssetting liegen, in welchem die persönliche Verantwortungsübernahme unter anderem durch den Aufbau von Bewältigungsfertigkeiten gefördert wird. Zwar liegen keine Behandlungspläne der Probanden vor, allerdings kann davon ausgegangen werden, dass in modernen Suchtkliniken Interventionsmodule wie Rückfallpräventionstraining oder Motivational Interviewing eingesetzt werden, welche darauf abzielen persönliche Ressourcen zu mobilisieren (für eine Übersicht verbreiteter Therapieverfahren siehe Schmidt, Gastpar, Falkai, Gaebel, 2006; Kufner, 2001). Ob sich

folglich in den gefundenen Antwortmustern ein internalisiertes Suchtkonzept abbildet oder eher sozial erwünscht geantwortet wird, kann nicht erschlossen werden. Es ist allerdings davon auszugehen, dass durch die anonymisierte Datenerhebung und die, nicht in die stationäre Behandlung involvierten, Untersucher Effekte der sozialen Erwünschtheit reduziert wurden.

8.1.1 Bereichsspezifische versus globale Erfassung von Zuschreibungsmustern

Aufgrund des in der aktuellen Forschung aufgeführten Vorteils bereichsspezifischer gegenüber globalen Skalen ist die Beziehung der IPC zu den RZI-Skalen von Interesse. Es konnte wiederholt empirisch untermauert werden, dass bereichsspezifische Kontrollüberzeugungen und Attributionen durchaus von globalen Erwartungsmustern abweichen und die Prädiktion von kognitiven Prozessen und Handlungsmustern in umgrenzten Kontexten aus situationsübergreifenden Annahmen nicht adäquat erscheint (z. B. Schwarzer & Jerusalem, 1989; Abbott, 1984; Bollman, 1997). Dies trifft nach interaktionistischen Persönlichkeitstheorien vor allem auf vertraute, kognitiv gut strukturierbare Kontexte zu, zu denen bereits ein inneres Konzept aufgebaut werden konnte (Krampen, 1991). Abstinenzversuche und Rückfallprozesse können für den Großteil der Abhängigen als relativ vertraut und als von internen Schemata überlagerte Kontexte angesehen werden. Selbst wenn bislang keine Erfahrungen von Entwöhnung und Rückfall vorliegen, kann vermutet werden, dass Abhängige im Behandlungssetting mit Mitpatienten und Behandlern relativ schnell Konzepte über Einflussfaktoren und Verantwortlichkeiten im Abstinenzprozess übernehmen, die sie mit inneren Selbstpräsentationen abgleichen und modifizieren (zur Entstehung von Zuschreibungstendenzen über das soziale Umfeld siehe Rotter, 1966). Bei einem Teil der Abhängigen können auch Abwehrmechanismen greifen und zu einem Festhalten an selbstwertschützenden Schemata führen (z. B. Lindenmeyer, 2001). Unabhängig davon, ob externe Einflüsse oder innere Prozesse die Art der persönlichen Rückfall-Repräsentationen determinieren, kann davon ausgegangen werden, dass gerade in der Antizipation zukünftiger Abstinenz und Rückfälligkeit auf diese suchtspezifischen Repräsentationen zugegriffen wird. Daher sollte durch die bereichsspezifische Erfassung die diagnostische Lücke zwischen relativ stabilen Situation-

/Person-Ereignis-Erwartungen und den *kontextspezifischen* Erwartungen geschlossen werden.

Erwartungsgemäß korrelieren die inhaltlich in Beziehung stehenden Skalen signifikant und in moderater Höhe miteinander, d.h. die IPC-Skala I korreliert signifikant mit der Skala *Internal/Stabil* des RZI und die Skalen P und C korrelieren signifikant mit der Skala *Fatalismus* und in geringem Ausmaß mit der Skala *(Re)aktional*. Überraschend korrelieren die Skala P und C, wenngleich in geringem Ausmaß, mit der Skala *Internal/Stabil*. Die Skala I steht zudem in negativem Zusammenhang zur Skala *Fatalismus*. Daraus kann geschlossen werden, dass zwar einige Überschneidungen zwischen der global erfassten Kontrollüberzeugung und den bereichsspezifischen Zuschreibungsmustern existieren, es jedoch keinen hinreichenden Zusammenhang gibt, um aus dem globalen Stil für spezifische Kontexte valide Ableitungen treffen zu können.

8.1.2 Retrospektive versus prospektive Erfassung von Zuschreibungsmustern

Empirische Untersuchungen konnten belegen, dass Attributionen stattgefundenener Rückfälle häufig mit zunehmender Zeitspanne Veränderungen unterliegen (z. B. Maisto et al., 1999; Schindler & Körkel, 1994). Wiederholt wurde eine Verstärkung dispositioneller Verantwortungszuschreibung über die Zeit festgestellt. Angenommen wird, dass zum einen Erinnerungen an das konkrete, den Rückfall auslösende Ereignis mit der Zeit verblassen, während das Selbstbild des *alkoholabhängigen Menschen* bestehen bleibt, und zum anderen mit zeitlichem Abstand die internale Attribution für *Vergangenes* als weniger bedrohlich und weniger relevant für den aktuellen Lebenskontext wahrgenommen wird (z. B. McKay et al., 1989).

Da für den zukünftigen Behandlungserfolg die *aktuell vorherrschenden* Annahmen und Erwartungen handlungssteuernd wirksam werden, sollte durch das RZI ein Instrument geschaffen werden, welches auf die Erfassung aktueller, aber auf die Zukunft gerichteter Erwartungsmuster abzielt und damit Kognitionen identifiziert, die aktuell das Verhalten determinieren.

Erwartungsgemäß konnte kein bzw. nur ein geringer Zusammenhang zwischen der retrospektiv auf den letzten Rückfall ausgerichteten Attribution und den RZI-Skalen ausgemacht werden. Eine Zuschreibung des letzten Rückfalls auf äußere Umstände geht mit einer (re)aktionaleren bzw. fatalistischeren Sicht prospektiver Rückfälle einher. Aufgrund der geringen Höhe der Zusammenhangsmaße soll hier jedoch einer zu voreiligen Interpretation dieses Befunds vorgebeugt werden. Festzuhalten bleibt, dass die retrospektive und prospektive Ursachenzuschreibung keine hinreichende Konsistenz aufweisen und dass aufgrund dieses Ergebnisses sowie vor dem Hintergrund der zitierten Studien, welche in dieselbe Richtung weisen, eine aktuell vorherrschende und handlungssteuernd wirksame Erwartungshaltung vorzugsweise aus dem aktuellen Zuschreibungsmuster erschlossen werden sollte. Die emotionale Betroffenheit scheint bei aktuellen Zuschreibungen stärker ausgeprägt und die Beurteilung vergangener Rückfälle kann durch veränderte Lebensumstände bereits irrelevant für die gegenwärtige Handlungsplanung sein (z. B. Schindler & Körkel, 1995; Polivy & Herman, 2002). Allerdings ist der Einsatz des Attributionsitems nicht unkritisch zu betrachten. Es handelt sich hierbei um eine Single-Item-Messung, deren Validität nicht überprüft und deren Bipolarität kritisch zu bewerten ist (siehe Abschnitt 8.1). Dennoch kann der Einsatz von Single-Item-Messungen von gleicher Güte und effizienter gegenüber längeren Skalen sein (z. B. Demmel et al., 2006).

8.2 Diskussion Teil 2 – Selbstwirksamkeitserwartung und Rückfallzuschreibung

Aufgrund des wiederholt gefundenen Deckeneffekts von Selbstwirksamkeitserwartungen (z. B. Demmel & Beck, 2004) ist der Zusammenhang von Selbstwirksamkeitserwartungen und Zuschreibungsmustern und dessen prädiktiver Wert im Rückfallgeschehen von besonderem Interesse. Hypothesenkonform geht der fatalistische Zuschreibungsstil mit einer geringeren Selbstwirksamkeitserwartung einher. Eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich der eigenen Kompetenzen (bezogen sowohl auf die abstinence self-efficacy als auch auf die drinking refusal self-efficacy) steht in Zusammenhang mit einer Konsequenzerwartung, welche das Ergebnis in Abhängigkeit von externen Einflüssen sieht. Entsprechend besteht auch ein

Zusammenhang zwischen dem (re)aktionalen Stil und geringen Selbstwirksamkeitserwartungen. Denn auch im (re)aktionalen Stil werden situativen Einflussfaktoren eine zentrale Rolle zugeschrieben, so dass angenommen werden kann, dass der Zusammenhang zu Selbstwirksamkeitserwartungen aufgrund dieser situativen Anteile besteht. Unterstützt wird diese Vermutung durch den geringen positiven Zusammenhang zwischen dem internalen Zuschreibungsstil und der abstinence self-efficacy sowie dem nicht vorhandenen Zusammenhang zwischen dem internalen Stil und der empfundenen drinking refusal self-efficacy.

Eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung könnte deswegen mit einer externalen bzw. fatalistischen Zuschreibung zukünftiger Abstinenz einhergehen, da bei einer niedrigen Überzeugung, selber die notwendigen Kompetenzen zur Aufrechterhaltung der Abstinenz mitzubringen, nur das Schicksal und die Situationen, in die man gerät, determinieren, ob man wieder rückfällig wird. In einem solchen Gedankensystem erlebt sich die Person als ausgeliefert und nicht in der Lage, selber aktiv steuernd zu sein. Angenommen werden kann auch, dass ein Konfundierungseffekt, wie er von McAuley, Duncan und Russell (1992) beschrieben wird, zwischen Lokation und Kontrollierbarkeit aufgetreten ist. Die Verbundenheit bestimmter, in der Theorie als unabhängig angenommener Zuschreibungsdimensionen konnte auch empirisch bestätigt werden (z. B. Anderson & Arnoult, 1985). Dies würde im Fall externaler Überzeugungsmuster bedeuten, dass Menschen, welche ihre Abstinenz als von externen Faktoren bedingt erleben, sich zugleich wenig Kompetenz zur Beeinflussung der äußeren Faktoren zuschreiben, obwohl diese Verbindung nicht zwangsläufig so vorliegen muss. Allerdings muss eingeräumt werden, dass der gefundene Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und externaler Zuschreibung zu gering ist, um von einer Bestätigung der empirischen Befunde zur Konfundierung der Dimensionen sprechen zu können. Zumindest kann daher von einer hinreichenden Abgrenzung der Dimensionen auf konzeptioneller Ebene ausgegangen werden. McAuley, Duncan und Russell unterscheiden hier explizit die empirische und konzeptionelle Ebene, "although failure to demonstrate orthogonality at the empirical level does not necessarily rule out separation at the conceptual level" (S.567). Zudem scheint eine Überschneidung der Dimensionen in der vorliegenden Arbeit auf die externe Zuschreibung beschränkt zu sein.

Ein internal/stabiler Zuschreibungsstil kann in keinen eindeutigen Zusammenhang zu Selbstwirksamkeitserwartungen gebracht werden. Dies legt den Schluss nahe, dass die Zuschreibung der Abstinenz auf internale Faktoren offen lässt, ob sich der Proband auch in der Lage sieht, sein Ziel selbstwirksam zu erreichen, d.h. die erforderlichen Kompetenzen auch zu besitzen. So kann die Überzeugung, dass die eigene Willensstärke, Persönlichkeit und Standfestigkeit elementare Faktoren im Abstinenzprozess sind, entweder dazu führen, dass jemand aktiviert und motiviert wird oder aber resigniert, sofern er sich nicht als fähig erlebt, genügend Willensstärke aufzubringen bzw. seine Persönlichkeit als im negativen Sinne *schwach* – im Sinne von determiniert zur Abhängigkeit - empfindet (z. B. Marlatt, 1985a). Seneviratne und Saunders (2000) konnten einen demoralisierend wirkenden Zusammenhang internaler, aber nicht beeinflussbarer Rückfallzuschreibung auffinden. Zunächst bleibt bei einem internalen Stil aufgrund der unterschiedlichen Wahrnehmungen der Beeinflussbarkeit und persönlichen Kompetenz offen, ob ein solcher Stil motivierend oder hinderlich wirkt. Dies wird auch dadurch bestätigt, dass kein Zusammenhang zur Depressionsstärke nachgewiesen werden konnte. Dadurch wird auch die oben dargestellte Hypothese bekräftigt, die besagt, dass bei einer Zuschreibung auf die interne Lokationsdimension entweder kein eindeutiger Bezug zur Kontrollierbarkeit besteht, oder bei wahrgenommener Kontrollierbarkeit die Selbstwirksamkeitserwartungen moderieren, ob diese Wahrnehmung positiv erlebt wird (siehe auch Maddux, 1995). Hier wird davon ausgegangen, dass die Einschätzung, ein Ergebnis sei durch die eigene Person kontrollierbar und zudem sei die notwendige Fähigkeit zur Kontrolle vorhanden, positiv auf die eigene Stimmungslage und Handlungsinitiierung wirken (z. B. Maddux & Lewis, 1995; Kuhl, 1996).

Dem gegenüber besteht ein signifikanter Zusammenhang des fatalistischen und des (re)aktionalen Stils mit dem Depressionswert, so dass eine eher emotional negative Stimmungslage bei Vorhandensein dieser Zuschreibungsmuster vorherrscht. Da keine Aussage über die Wirkrichtung getroffen werden kann, könnten die Zuschreibungsmuster depressive Sichtweisen fördern oder durch diese evoziert sein (siehe Abschnitt 8.1; vgl. Abramson, Seligman & Teasdale, 1978 zum depressiven Attributionsstil; Blöschl, 1998). Unabhängig von der Wirkungsrichtung kann vermutet werden, dass fatalistische und (re)aktionale Muster aufgrund dieses Zusammenspiels eher dysfunktional und demotivierend sind.

Aufgrund der nicht zu erschließenden intrapsychischen Interpretation und emotionalen Bewertung bestimmter Zuschreibungstendenzen erscheint eine Analyse der ablaufenden Kognitionen zielführend. Hierbei könnte durch offene Interviews erfasst werden, wie das Ausmaß an erlebter Kontrollierbarkeit bei unterschiedlichen Lokationszuschreibungen ausfällt und ob unterschiedliche Muster aus Lokation, Kontrollierbarkeit und Selbstwirksamkeitserleben Aufschluss über den nachfolgenden Abstinenzprozess geben können.

Durch das vorgegebene geschlossene Frageformat konnte hier die Erhebung anhand einer großen Stichprobe unter Ausschaltung einiger zentraler Beurteilungsfehler, wie sie bei offenen Interviews auftreten, gewährleistet werden (Fisseni, 1997). Allerdings geht jede Wahl eines Instrumentariums mit dem Verzicht der Vorteile der alternativen Instrumentarien einher. So könnte in weiterführenden Studien über zusätzliche offene Interviews mehr auf die individuellen kognitiven Prozesse rückgeschlossen werden, wenngleich dabei die notwendige Reflexionsfähigkeit, die individuelle Fähigkeit zur Introspektion sowie die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten die Validität solcher Aussagen einschränken.

Ungeklärt bleibt vorerst, ob die Probanden bei der Beantwortung der Fragen tatsächlich ihre Abstinenz oder den potentiellen Misserfolg/den Rückfall als Referenzpunkt gewählt haben, was sich letztlich in der Antwortwahl und in der emotionalen Reaktionsweise niederschlägt. So zeigen die verschiedenen Studien dieser Forschungsdomäne auf, dass ein internaler Stil in Abhängigkeit davon, ob er bei Misserfolgen oder Erfolgen auftritt, ganz konträre Auswirkungen auf Handlungsentscheidungen und emotionale Zustände nach sich zieht (z. B. Maisto, Carey & Bradizza, 1999). Hier könnten ebenfalls weiterführende Studien unter Hinzunahme entsprechender offener Frageformate zur weiteren Spezifizierung ablaufender innerer Verarbeitungs- und Imaginationsprozesse aufschlussreich sein.

8.2.1 Selbstwirksamkeitserwartung, Rückfallzuschreibung und konsumbezogene Daten

Zwischen den konsumbezogenen Variablen, die zum Behandlungszeitpunkt erfasst wurden, und den Selbstwirksamkeitserwartungen zeichnet sich insgesamt ein Muster ab,

welches darauf hinweist, dass eine höhere Anzahl vorangegangener Entzugsbehandlungen und ein höherer Alkoholkonsum vor der Behandlung eher mit niedrigen Selbstwirksamkeitserwartungen einhergehen. Dieses Ergebnis repliziert frühere Befunde, die nachweisen, dass die Erfahrung eigener Erfolge oder eigenen Scheiterns das Gefühl eigener Selbstwirksamkeitserwartung stärkt bzw. schwächt (z. B. Maddux, 1995). Von größerem Interesse ist, ob die zum Follow-up-Zeitpunkt erfassten Konsumvariablen durch die Selbstwirksamkeitserwartung zum Behandlungszeitpunkt vorhergesagt werden können. Auf diese Fragestellung wird im Teil 3 der Diskussion eingegangen.

Eine (re)aktionalere Rückfallzuschreibung geht mit einem höheren Alkoholkonsum vor der Behandlung einher. Internal/stabilere Zuschreibungen stehen mit einer größeren Anzahl an Konsumtagen, jedoch weniger Entzugsbehandlungen vor der Behandlung in Zusammenhang. Hieraus ließe sich die Hypothese folgern, dass bei einer zunehmenden Anzahl an Entzugsbehandlungen und darin eingeschlossen Rückfällen der Glaube an die internale Verantwortlichkeit abnimmt. Die Ursachen könnten zum Beispiel in den *erfahrenen* Kontrollverlusten und daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen oder auch in dem Bedürfnis den eigenen Selbstwert zu schützen (wenn ich die Verantwortung nicht in mir sehe, brauche ich auch keine Schuldgefühle entwickeln) liegen. Allerdings fallen die Korrelationen zu gering aus, um weiterreichende Interpretationen zu rechtfertigen.

8.3 Diskussion Teil 3 - Determinanten des Behandlungserfolgs

8.3.1 *Selbstwirksamkeit und Veränderungsbereitschaft*

Frühere Befunde, die einen Zusammenhang zwischen der drinking refusal self-efficacy und dem Abstinenzstatus berichten (Greenfield, Hufford, Vagge, Muenz, Costello & Weiss, 2000), konnten in dieser Arbeit nicht bestätigt werden. Im Gegensatz dazu unterschieden sich Abstinente und Rückfällige hinsichtlich ihrer Abstinenz-

Selbstwirksamkeitserwartung. Demmel et al. (2006) führen die moderate Korrespondenz der unterschiedlichen Selbstwirksamkeitsmaße auf die zugrunde liegenden Referenzpunkte, welche die Probanden wählen, zurück - "whereas drinking refusal self-efficacy seems to reflect primarily past performance experiences, clients' beliefs concerning abstinence point to future success" (S. 640). Zudem scheint es so, dass durch die Single-Item-Messung des Confidence Rulers die abstinenzbezogenen und damit relevanten Selbsteinschätzungen besser adressiert werden konnten als durch das längere Inventar DTCQ-G. Abstinente und Rückfällige unterschieden sich nur hinsichtlich der abstinence self-efficacy zu beiden Messzeitpunkten und der abstinence other-efficacy voneinander (für eine differenzierte Betrachtung der unterschiedlichen Aspekte der Selbstwirksamkeitserwartung und des Befundes zur abstinence other-efficacy siehe Demmel et al., 2006). Daraus zeichnet sich, gekoppelt mit der ökonomischeren Einsetzbarkeit der Ratingskala, eine Überlegenheit dieses Verfahrens ab. Der Deckeneffekt inflationärer Selbstwirksamkeitserwartung, der bereits in zahlreichen Studien zur Selbstwirksamkeitserwartung aufgefunden wurde (z. B. Goldbeck et al., 1997; Demmel & Beck, 2004), konnte auch hier bestätigt werden. Sowohl die drinking refusal self-efficacy als auch die abstinence self-efficacy weisen einen positiven Bias auf.

Das gleiche Muster inflationärer Selbstwirksamkeitserwartung findet sich zum Follow-up-Messzeitpunkt. Interessant ist hierbei, dass für die Rückfälligen eine signifikante Abnahme der abstinence self-efficacy zu verzeichnen ist, während die Abstinente ihre Selbstwirksamkeitserwartung weder nach unten noch nach oben modifizieren. Dieser Befund steht im Widerspruch zu anderen Untersuchungen, in denen die Rückfälligen weiterhin überoptimistische Einstellungen aufwiesen und ihre Selbstwirksamkeitserwartung nicht korrigierten (z. B. Demmel, Rist & Olbrich, 2001; Maisto, McKay & O'Farrell, 1998). Bei den Rückfälligen dieser Studie kann zum Follow-up-Zeitpunkt ein mittlerer Selbstwirksamkeitserwartungswert festgestellt werden. Dies ist im Vergleich zum inflationären Wert, der bei Behandlungsende auftrat, eine deutliche Anpassung, wenngleich in Anbetracht des aktuell präsenten Scheiterns eine mittlere Selbstwirksamkeitserwartung immer noch relativ hoch erscheinen mag. Gründe für das wiederholt gefundene Phänomen überhöhter Selbstwirksamkeitserwartung wurden in zahlreichen Studien reflektiert. Ein selbstwertdienlicher Mechanismus wird von vielen Forschern als Hauptquelle beständiger Selbstwirksamkeitserwartung aufgeführt (z. B. Goldbeck et al., 1997). Auch in Untersuchungen der Gesundheitsforschung konnte der

aufgefundene Überoptimismus trotz konträrer Erfahrungen aufgezeigt werden und wurde hier als *false hope syndrome* klassifiziert (Polivy & Herman, 2002).

Im *false hope syndrome* geht die überhöhte Selbstwirksamkeitserwartung mit einem starren Festhalten an den selbstdefinierten Zielen einher. Auch dieses Phänomen konnte in der vorliegenden Arbeit repliziert werden. Die Veränderungsbereitschaft wird sowohl zum Behandlungszeitpunkt als auch zum Follow-up-Zeitpunkt überhoch eingestuft, wenngleich eine signifikante Reduktion der Veränderungsbereitschaft zum zweiten Messzeitpunkt zu verzeichnen war. Dieser Befund ist auf die modifizierte Veränderungsbereitschaft der Rückfälligen rückführbar.

Dass die Veränderungsbereitschaft hervorstechend hoch ausfällt, ist zunächst überraschend und kritisch zu hinterfragen, da man davon ausgehen kann, dass sich in der Behandlung Probanden in unterschiedlichen Phasen der Veränderungsmotivation (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) befinden, worauf entsprechend moderne Behandlungskonzepte abzielen (z. B. Miller & Rollnick, 2002). Hier wären die Entwicklung und der Einsatz weniger direkter Fragen hilfreich, um die Bereitschaft ambivalente Einstellungen kundzutun zu erhöhen. Es ist auch zu überlegen, ob eine Single-Item-Messung überhaupt in der Lage ist, diese Ambivalenzen valide abzubilden und nicht zu einer pauschalen, wenig reflektierten Antwort verleitet, bei der Teilaspekte der persönlichen Veränderungsbereitschaft verdeckt bleiben. Ferner kann vermutet werden, dass zwar eine Verbundenheit mit den Zielen existiert, nicht jedoch mit den dafür notwendigen Handlungen. Eine Zielvorstellung kann als erstrebenswert, die damit verbundenen Handlungen aber als nicht erstrebenswert oder nicht realisierbar erlebt werden (Brunstein, 1995).

Trotz der überhöhten Werte zeichneten sich die Abstinenter im Vergleich zu den Rückfälligen sowohl zum Behandlungszeitpunkt als auch zum Follow-up-Zeitpunkt durch eine höhere Veränderungsbereitschaft aus. Somit stellt die Veränderungsbereitschaft aufgrund der identifizierten Unterschiede zwischen den Rückfälligen und den Abstinenter vermutlich einen zentralen Einflussfaktor zur Erreichung des Abstinenzziels dar. Handlungstheoretische Modelle unterstreichen die Bedeutung von Veränderungsbereitschaft als selbstverpflichtende Bindung an persönliche Ziele und damit einhergehender Handlungsmotivation (Schwarzer, 1993). Dass die Bedeutsamkeit der Veränderungsbereitschaft für den Abstinenzverlauf regressionsanalytisch hier nicht nachgewiesen werden konnte (vgl. Abschnitt 8.5.3), mag daran liegen, dass ähnliche

Einflussfaktoren, wie sie bei der Selbstwirksamkeitserwartung gefunden wurden, die Varianz einschränken und in der Folge die Aussagekraft reduzieren.

Hervorgehoben werden soll, dass sich die Abstinenten von den Rückfälligen trotz inflationärer Werte durch eine signifikant höhere abstinence self-efficacy und Veränderungsbereitschaft abhoben, was die Bedeutsamkeit der beiden Konstrukte für eine erfolgreiche Zielerreichung unterstreicht.

Die signifikanten, positiven Zusammenhänge von Selbstwirksamkeitserwartungen und Veränderungsbereitschaft ordnen sich in die theoretischen Überlegungen ein, nach denen die Selbstwirksamkeitserwartung die Wahl und die Verfolgung persönlicher Ziele moderieren soll (z. B. Maddux, 1995; Killpack, 2006), wobei sich der Zusammenhang zum Nacherhebungszeitpunkt sogar noch verstärkt. Dies wird hauptsächlich durch die reduzierten Werte hinsichtlich beider Konstrukte auf Seiten der Rückfälligen moderiert.

Die hier gefundenen Antwortverzerrungen können dazu geführt haben, dass vorhandene Zusammenhänge nicht aufgedeckt werden konnten. Daher erscheint es dringend erforderlich die Gründe für diese verzerrten Muster zu spezifizieren und ihnen durch die Entwicklung entsprechender Messinstrumente Rechnung zu tragen. Gleichzeitig wird die Notwendigkeit erkennbar, Probanden hinsichtlich ihrer Antwortmuster zu differenzieren (Demmel & Rist, 2005), um Repressor, Optimisten und andere im Hintergrund wirksame Subgruppenspezifika abzugreifen.

8.3.2 Optimisten und Pessimisten

Ein erster Versuch der Heterogenität der Probanden nachzukommen, wurde durch die Bildung von zwei Subgruppen, den Optimisten und den Pessimisten, durch Median Split anhand des Selbstwirksamkeitswertes zum Behandlungsmesszeitpunkt unternommen (vgl. Demmel & Rist, 2005). Die Probanden mit einer über dem Median liegenden Selbstwirksamkeitserwartung wurden als Optimisten, die anderen Probanden als Pessimisten bezeichnet.

Tatsächlich unterschieden sich die beiden Gruppen hinsichtlich vieler Merkmale. Die Optimisten waren im Mittel älter, lebten häufiger in einer Partnerschaft und hatten weniger Entzugsbehandlungen in der Vorgeschichte. Dass eine existierende Partnerschaft als positiver stabilisierender Faktor einen Einfluss auf das eigene Selbsterleben und den emotionalen Zustand nimmt und damit auch auf die Selbstwirksamkeitserwartung, erscheint evident und konnte wiederholt empirisch abgesichert werden (z. B. Möller, Laux & Deister, 2001). Wie bereits angeführt, wird das Erleben von Misserfolgen in der Genese der Selbstwirksamkeitserwartung kontrovers diskutiert (siehe *false hope syndrome*, Polivy & Herman, 2002). Geht man von den sozial-kognitiven Theorien (Bandura, 1986; Maddux, 1995) aus, so reduzieren Misserfolge das Gefühl eigener Kompetenz. In Einklang mit dieser Theorie waren die Probanden mit einer höheren Anzahl vorangegangener Entzugsbehandlungen auch eher pessimistisch (geringere Selbstwirksamkeitserwartungen).

Die Optimisten zeichneten sich ferner durch einen Zuschreibungsstil aus, der weniger (re)aktional, weniger fatalistisch und stärker internal/stabil war als bei den Pessimisten. Setzt man dies zu dem Befund in Beziehung, dass die Optimisten sich durch positivere Konsummerkmale wie geringere Konsummengen vor Behandlung, weniger Entzugsbehandlungen in der Vorgeschichte, längere Latenz bis zum ersten Lapse nach Beendigung der Behandlung und eine Tendenz zu signifikant geringerer Rückfälligkeit auszeichnen, so erscheint in diesem Zusammenspiel aus Selbstwirksamkeitserleben und Zuschreibungsstil ein potentiell förderlicher Kognitionsstil erkennbar. Allerdings soll hier vorschnellen Interpretationen vorgebeugt werden. Die hier bei den Subgruppen der Optimisten und Pessimisten gefundenen Unterschiede sind zwar richtungsweisend, jedoch konnten die einzelnen Komponenten in der Prädiktion des Rückfallprozesses keinen nennenswerten Beitrag liefern (vgl. Abschnitt 8.3.3). Die Verflechtung von Optimismus und Zuschreibungs-Lokationsmodus spiegelt im Wesentlichen die bereits in Abschnitt 8.4 beschriebenen Zusammenhänge von Selbstwirksamkeit und Zuschreibungsmuster wider. Allerdings wird durch die Einteilung in Optimisten/Pessimisten auch ein Korrelat von eigener Selbstwirksamkeitserwartung und internaler Rückfallzuschreibung auffindbar. Eventuell wird durch die Klassifizierung in schwach und stark ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung ein Übertragungseffekt optimistischer Selbstwirksamkeitseinschätzung auf das Erleben von persönlichem Einflusspotenzial enthüllt, bzw. die Probanden, die eine internale Verantwortlichkeit wahrnehmen, glauben auch an ihre Kompetenz.

Zusammenhänge zu anderen Selbstwirksamkeitsmaßen und zur Verbundenheit mit dem Abstinenzziel sind aufgrund entsprechender Korrelationen mit der Abstinenz-Selbstwirksamkeitserwartung erwartungskonform und bilden sich daher auch in der Klassifizierung ab. Die Pessimisten haben höhere Depressionswerte, was die Befunde bezüglich der Zusammenhänge von negativen Emotionen und stimmungskongruenten Kognitionen bestätigt (z. B. Williams, 1995; Maddux, 1995). Das Muster *negativer* Selbstwirksamkeitserwartung (der Mittelwert der Selbstwirksamkeitseinschätzung der Pessimisten liegt summarisch mit $M = 6.53$, $SD = 1.86$ immer noch hoch) und (re)aktionalerer sowie fatalistischerer Rückfallzuschreibung kann somit um eine depressive Stimmungslage ergänzt werden und bildet so ein in sich schlüssiges Bild (vgl. Kuhl & Kazén, 1994). Interessanterweise zeichnet sich kein Unterschied in der Selbstwirksamkeitserwartung und der Veränderungsbereitschaft zwischen den Optimisten und den Pessimisten zum zweiten Messzeitpunkt ab. Eine signifikante Reduktion von Selbstwirksamkeitserleben und Veränderungsbereitschaft findet sich bei den zuvor optimistischen Probanden, wobei dieser Effekt besonders deutlich bei den rückfälligen Optimisten auftritt. Es erscheint so, als ob die Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft nicht unter einen kritischen Schwellenwert sinken, so dass daher bei einer überoptimistischen Sichtweise noch Anpassungen bis zu diesem Schwellenwert möglich sind. Demgegenüber haben die Pessimisten einen kritischen Minimalwert bereits erreicht und korrigieren, eventuell zur Aufrechterhaltung eines Minimums an Hoffnung, Selbstwert und Motivation, ihre Einschätzungen bei einem Rückfall nicht. Die erfolgreichen Pessimisten sind zum zweiten Messzeitpunkt zuversichtlicher. Vermutlich hat eine Integration des eigenen Erfolges in die Selbstwahrnehmung stattgefunden (siehe auch Maddux, 1995).

Hier muss darauf hingewiesen werden, dass die Einschätzung der Rückfälligen nur für eine ausgewählte Teilpopulation vorliegt - die *erreichten* Rückfälligen. Es kann vermutet werden, dass die *nicht erreichten* Rückfälligen noch stärkere Rückfälle mit einhergehender größerer Desillusionierung, inklusive geringer Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft, zu verzeichnen haben.

Dieser Befund über die Veränderlichkeit von Selbstwirksamkeitserleben und auch Veränderungsbereitschaft über die Zeit macht deutlich, wie wichtig eine zeitnahe und

wiederholte Erfassung dieses Konstrukts ist, um überhaupt valide Aussagen treffen zu können (z. B. Burling, Reilly, Moltzen & Ziff; 1989). Bei nur ungefähr einem Drittel der Probanden bleibt der Selbstwirksamkeitswert über das Zwölf-Wochen-Intervall konstant. Zunehmend wird in der Forschung ein dynamisches Konzept von kognitiven Variablen, die mit dem Rückfallprozess in Verbindung stehen, vertreten (Witkiewitz & Marlatt, 2004). Dabei wird Selbstwirksamkeitserwartung als additives Konstrukt verstanden, das sich aus einer relativ stabilen und einer situationsabhängigen variablen Selbstwirksamkeitserwartung zusammensetzt (z. B. Gwaltney, Shiffman, Balabanis et al., 2006; Gwaltney, Shiffman & Sayette, 2006). Untersuchungsdesigns, bei denen durch die Erfassung von Selbstwirksamkeitseinschätzungen das Abstinenzverhalten über einen längeren Zeitraum vorhergesagt werden soll, werden der Veränderlichkeit dieses Konstrukts Rechnung tragen müssen (z. B. DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995). Deshalb sollten Studien an die Untersuchungen von Gwaltney, Shiffman, Balabanis et al. (2006) und Gwaltney, Shiffman und Sayette (2006) anknüpfen, in denen die Selbstwirksamkeitserwartungen mehrmals täglich mittels PDAs erfasst wurden, um dynamischen Komponenten im Rückfallgeschehen, im Besonderen situationsabhängigen variablen Selbstwirksamkeitserwartungen, gerecht zu werden. Dabei können, wie hier nachgewiesen, umfangreiche Fragebögen zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung durch valide Single-Item-Messungen, die eine wiederholte Erfassung überhaupt erst realisierbar erscheinen lassen, ersetzt werden.

8.3.3 Prädiktion des Behandlungserfolgs

Entgegen früheren Befunden (z. B. Goldbeck, Myatt & Aitchison, 1997; Krampen & Fischer, 1988) lieferten weder Rückfallzuschreibungen noch Selbstwirksamkeitserwartungen einen prädiktiven Beitrag zur Vorhersage des Behandlungserfolgs. Allerdings lassen sich für einzelne Variablen, die mit dem Abstinenzstatus verbunden sind, richtungsweisende Zusammenhänge identifizieren, welche die Ergebnisse anderer Studien bestätigen.

Betrachtet man als Ergebnismaße des Behandlungserfolgs den Abstinenzstatus, die Konsummenge und die Anzahl der Konsumtage nach der Behandlung sowie die Latenz bis zum ersten Lapse, so ergibt sich bei den Rückfallzuschreibungen lediglich zwischen dem fatalistischen Zuschreibungsstil und der Konsummenge ein positiver Zusammenhang. Da eine fatalistische Rückfallzuschreibung auch mit einer geringeren Selbstwirksamkeitserwartung in Verbindung steht, unterstützt dies die Hypothese, dass externale Zuschreibungen mit einem geringeren Kontrollerleben bzw. Kontrollverhalten einhergehen. Eine Rückführung eigener Abstinenzfähigkeit auf externale Einflussfaktoren könnte den Rückgriff auf Bewältigungsfertigkeiten, d.h. eine zielführende Selbststeuerung, blockieren und zu vermehrtem Konsum führen (siehe auch Koski-Jännes, 1994).

Insgesamt scheint eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung und eine höhere Veränderungsbereitschaft eher mit geringeren konsumbezogenen Maßen (einer größeren Latenz bis zum Rückfall und weniger Konsumtagen nach Entlassung) in Verbindung zu stehen. Dies gilt für die mit den Ratingskalen gemessene abstinence self-efficacy und drinking refusal self-efficacy, nicht jedoch für den DTCQ-G, was die Überlegenheit der kurzen Skalen erneut verdeutlicht.

Da die Befunde rein korrelativ sind, sollen diese Ergebnisse eher zurückhaltend interpretiert werden. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung geht mit günstigeren Behandlungsergebnissen einher. Da der Einsatz von Bewältigungsstrategien durch eine ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung begünstigt wird (z. B. Annis & Davis, 1989), könnten auf diesem Wege Rückfälle hinausgezögert oder begrenzt werden (Lapse statt Relapse). Die Annahme, dass Selbstwirksamkeitserwartungen über den Einsatz von Bewältigungsstrategien zur Rückfallminimierung führen, steht in Einklang mit dem Rückfallmodell von Marlatt (1985b) und auch neueren Modifikationen des Modells (Witkiewitz & Marlatt, 2004). Auch die Bereitschaft zur Veränderung kann vor einem demoralisierenden Prozess, d.h. der Aufgabe von Zielen und Selbstabwertung auch bzw. gerade bei Misserfolg schützen und günstige Voraussetzungen zur Verhinderung oder zumindest Verzögerung von Fehlschlägen schaffen.

Es stellt sich die Frage, worauf die geringe *prädiktive* Aussagekraft der Konstrukte zurückzuführen ist. Erstens, das Follow-up-Ergebnis wurde durch ein Telefoninterview erfasst. Obwohl Studien die Validität von telefonischen Befragungen nachweisen konnten

(z. B. Cohen & Vinson, 1995), hätte eine persönliche Befragung einige mit telefonischen Befragungen verbundene Einschränkungen auffangen können. Zum einen konnte während des Telefonats nur unzureichend festgestellt werden, ob der Proband zum Gesprächszeitpunkt *nüchtern* war, da dies lediglich auf Basis der Selbstauskunft der Probanden und aus dem Eindruck der Interviewer ermittelt wurde. Es ist davon auszugehen, dass die Validität der Angaben *nicht nüchtern*er Probanden reduziert ist. Zum anderen konnten die Fragen nur verbal gestellt und nicht durch visuelle Präsentation der Fragen und Antwortkategorien unterstützt werden. Gerade bei den Fragen, denen mehrstufige Skalen zugrunde liegen, kann vermutet werden, dass einige Probanden rasch auf die verbalen Endpunkte zurückgegriffen haben.

Zweitens, die Evaluation des Behandlungserfolgs basierte ausschließlich auf Selbstauskünften. Es ergibt sich das beschriebene Problem der unkontrollierten Blutalkoholkonzentration, wenngleich in anderen Studien der Nachweis erbracht werden konnte, dass die Selbstauskünfte Alkoholabhängiger valide sind (Chermack, Singer & Beresford, 1998; für einen Überblick siehe Del Boca & Darkes, 2003).

Drittens, beinahe ein Drittel der Stichprobe beziehungsweise beinahe die Hälfte der als rückfällig klassifizierten Probanden, war zum Follow-up-Zeitpunkt nicht erreichbar. Auch wenn sich der intention-to-treat-Ansatz durchgesetzt hat (vgl. Kufner, 2001), geht er mit Einbußen hinsichtlich der Gültigkeit abgeleiteter Aussagen einher (siehe Shadish, Hu, Glaser, Kownacki & Wong, 1998).

Viertens, das Intervall zwischen Prä- und Postmessung betrug zwölf Wochen. Situative Einflüsse in dieser Zeit könnten Zusammenhänge zwischen den kognitiv-emotionalen Variablen und den Behandlungsergebnissen überlagert und modifiziert haben. Gerade bei der Rückführung auf Zuschreibungsmuster und Selbstwirksamkeitserwartungen mag der festgelegte Zeitraum bereits zu weit gewählt worden sein (z. B. Gwaltney, Shiffman, Balabanis et al., 2006; Gwaltney, Shiffman und Sayette, 2006; DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995).

Fünftens, die fehlende Anonymität bei der Nachbefragung könnte dazu geführt haben, dass die Probanden eher zu sozial erwünschten Antworten geneigt haben. Studien konnten den einflussnehmenden Faktor sozialer Erwünschtheit bei Alkoholabhängigen auf deren Antwortverhalten nachweisen (z. B. Margolis, 1992). Zwar wurde die anonymisierte Verwendung der Daten zugesichert, dennoch mögen die Probanden die Nachbefragung subjektiv als Bewertungssituation wahrgenommen haben.

9. ZUSAMMENFASSUNG

In der Vorhersage von Rückfallprozessen alkoholabhängiger Probanden stellen Selbstwirksamkeitserwartungen einen zentralen Prädiktor dar. Dieser Befund steht in Einklang mit sozial-kognitiven Rückfalltheorien (siehe Witkiewitz & Marlatt, 2004; Maisto et al., 1999). Moderne klientenzentrierte Behandlungsansätze versuchen daher die abstinence self-efficacy und drinking refusal self-efficacy zu stärken. Allerdings konnten Studien wiederholt belegen, dass Probanden dazu tendieren, überzuversichtlich zu sein (z. B. Burling et al., 1989), und ein Deckeneffekt die prädiktive Power von Selbstwirksamkeitserwartung einschränkt (z. B. Goldbeck et al., 1997). Weitgehend unerforscht ist bislang, welche Ursachen die inflationäre Selbstwirksamkeitserwartung hat und wie Selbstwirksamkeitserwartungen in das Zusammenspiel mit anderen, den Rückfallprozess steuernden Faktoren eingebettet sind (DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995; Demmel, Nicolai & Jenko, 2006). Eine Erklärung für den Überoptimismus könnte in einem selbstwertdienlichen Zuschreibungsmuster von Rückfällen und Abstinenz liegen (siehe Polivy & Herman, 2002).

Die vorliegende Arbeit untersucht den bislang nicht hinreichend geklärten Zusammenhang von Selbstwirksamkeitserwartungen und Rückfallzuschreibungen alkoholabhängiger Probanden und deren prädiktiven Beitrag für den Behandlungserfolg. Das Ziel des ersten Teils dieser Arbeit war die Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Zuschreibungsmustern (RZI) alkoholabhängiger Probanden bezogen auf die eigene prospektive Rückfälligkeit/Abstinenz, da eine ausführliche Sichtung der Literatur zum Vorschein brachte, dass bislang kein entsprechendes bereichsspezifisches deutschsprachiges Verfahren vorliegt.

An der vorliegenden Untersuchung nahmen 428 Probanden aus sechs verschiedenen Entzugsbehandlungen teil. Ein umfangreiches Fragebogenpaket, welches Fragen zur Rückfallzuschreibung, den IPC, ein Attributionsitem, den DTCQ-G, Single-Item-Messungen zur abstinence self-efficacy, drinking refusal self-efficacy, abstinence other-efficacy und Veränderungsbereitschaft, das BSI (Subskala Depression) sowie soziodemografische und konsumbezogene Items umfasste, wurde von den Probanden

während ihrer stationären Behandlung ausgefüllt. Eine telefonische Nachbefragung zum Behandlungserfolg sowie zur abstinence self-efficacy und Veränderungsbereitschaft fand zwölf Wochen nach der Entlassung statt. Von den 146 Probanden, die ihre Einverständniserklärung zur Nachbefragung gaben, konnten 104 zum Follow-up-Zeitpunkt erreicht werden.

Das hier exploratorisch untersuchte Instrumentarium erfasst Zuschreibungen auf drei unabhängigen Faktoren und unterstützt dabei die Annahme von Mehrdimensionalität der Zuschreibungsstile (z. B. Pfrang, 1989). Das RZI misst Rückfallzuschreibungen auf einer (re)aktionalen, einer internal/stabilen und einer fatalistischen Skala. Die Nutzung prospektiver Erwartungen zur Erfassung von Ursacheneinschätzungen stellt aufgrund der stärkeren Bedeutsamkeit zukünftiger statt retrospektiver Bewertungen für die Handlungssteuerung einen besonderen Vorteil dieses Inventars dar. Eine weitere Etablierung und Untersuchung des Messinstruments an unterschiedlichen Stichproben steht derzeit noch aus.

Die Analyse des Zusammenspiels von Selbstwirksamkeitserwartungen und Zuschreibungsmustern zeigte auf, dass Externalität und geringe Selbstwirksamkeitserwartung miteinander in Verbindung stehen. Ungeklärt bleiben die intrapsychischen Verarbeitungsmechanismen, die diesem Befund zugrunde liegen.

Von besonderem Interesse sind die Analyseergebnisse zur Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung und der Veränderungsbereitschaft zwischen den beiden Messzeitpunkten. Das Phänomen inflationärer Selbstwirksamkeitserwartung konnte auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigt und um den Befund inflationärer Veränderungsbereitschaft erweitert werden. Die überhöhte Selbstwirksamkeitserwartung ist, wie im *false hope syndrome* (Polivy & Herman, 2002) beschrieben, an ein starres Festhalten von selbstdefinierten Zielen gekoppelt. Allerdings konnten entgegen früheren Befunden (z. B. Demmel, Rist & Olbrich, 2001; Maisto, McKay & O'Farrell, 1998) bei den Rückfälligen auf beiden Konstrukten dem Misserfolg angepasste Selbsteinschätzungen identifiziert werden. Trotz einer generell überhöhten Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft hoben sich die Abstinenter von den Rückfälligen durch signifikant höhere Werte bei der abstinence self-efficacy und Veränderungsbereitschaft ab,

so dass die Bedeutsamkeit von Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft für eine erfolgreiche Zielerreichung gesichert erscheint.

Kein Zusammenhang bestand, entgegen früheren Befunden, zwischen der drinking refusal self-efficacy und dem Abstinenzstatus (Greenfield, Hufford, Vagge, Muenz, Costello & Weiss, 2000). Zudem konnten durch die Single-Item-Messung des Confidence Rulers die abstinenzbezogenen und damit relevanten Selbsteinschätzungen besser erhoben werden als mit dem DTCQ-G. Dieses Ergebnis belegt die Validität auch kurzer Skalen und vereinfacht die wiederholte Erfassung von Selbstwirksamkeitserwartungen in Untersuchungen.

Die Klassifizierung in Optimisten und Pessimisten auf Basis eines Median-Splits der abstinence self-efficacy zeigte, dass sich die Optimisten durch einen Zuschreibungsstil auszeichneten, der stärker internal/stabil, weniger fatalistisch und weniger (re)aktional war als bei den Pessimisten. Zugleich waren die Optimisten weniger depressiv und hatten positivere Behandlungsergebnisse. Das Zusammenspiel aus hoher Selbstwirksamkeitserwartung und hoher internal/stabiler, jedoch geringer fatalistischer und (re)aktionaler Zuschreibung scheint hier einen förderlichen Kognitionsstil abzubilden. Interessant ist, dass eine Anpassung überoptimistischer Selbstwirksamkeitserwartung vor allem unter den rückfälligen Optimisten zu verzeichnen ist. Die erlebten (Miss-)Erfolge werden hier scheinbar in den anschließenden Selbsteinschätzungen berücksichtigt (vgl. Maddux, 1995). Bei den Pessimisten hingegen könnte ein selbstwertdienlicher Mechanismus die Anpassung der Selbsteinschätzungen verhindern, damit die Selbstwirksamkeitserwartung nicht unter einen kritischen Schwellenwert sinkt und ein Minimum an Selbstwirksamkeitserwartung aufrecht erhalten wird.

Bei nur einem Drittel der Probanden blieb der abstinence self-efficacy-Wert über das Zwölf-Wochen-Intervall konstant. Für folgende Untersuchungen scheint eine wiederholte und zeitnahe Erhebung kognitiver Prozesse notwendig, um die den Rückfall determinierenden Faktoren abbilden zu können (z. B. Gwaltney, Shiffman, Balabanis et al., 2006; Gwaltney, Shiffman und Sayette, 2006).

LITERATURVERZEICHNIS

- Abbott, M. W. (1984). Locus of control and treatment outcome in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 45 (1), 46-52.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., & Metalsky, G. I. (1995). Hopelessness depression. In G. Buchanan & M. E. P. Seligman (Hrsg.), *Explanatory Style* (S. 113-134). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (1), 49-74.
- Ainslie, G. (1975). Specious reward: A behavioural theory of impulsiveness and impulse control. *Psychological Bulletin*, 82, 463-496.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. New York: Prentice-Hall.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR* (4th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, C. A. & Arnoult, L. H. (1985). Attributional style and the everyday problems in living: Depression, loneliness, and shyness. *Social Cognition*, 3, 16-35.
- Annis, H. M. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. In W. R. Miller & N. Heather (Hrsg.), *Treating addictive behaviors. Process of change* (S. 407-433). New York: Plenum Press.
- Annis, H. M. & Davis, C. S. (1988). Assessment of expectancies. In D. Donovan & G. Marlatt (Hrsg.), *Assessment of addictive behaviors* (S. 84-111). New York: Guilford Press.
- Annis, H. M. & Davis, C. S. (1989). Relapse prevention training: A cognitive-behavioral approach based on self-efficacy theory. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2, 81-103.

- Annis, H. M. & Graham, J. M. (1988). *Situational Confidence Questionnaire (SCQ) user's guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Annis, H. M. & Martin, G. (1985). *Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Backhaus, K., Erichson, B. & Plinke, W. (2003). *Multivariate Analyseverfahren*. Berlin: Springer.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1981). Self-referent thought: A development analysis of self-efficacy. In J. H. Flavell & L. Ross (Hrsg.), *Social cognitive development: Frontiers and possible futures* (S. 200-239). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. New York: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1989). Human agency in a social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (1990). Some reflections on reflections. *Psychological Inquiry*, 1, 101-105.
- Bandura, A. & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88 (1), 87-99.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Beltz.
- Betancourt, H. & Blair, I. (1992). A cognition (attribution)-emotion model of violence in conflict situations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18 (3), 343-350.

- Blöschl, L. (1998). Depressive Störungen: Ätiologie/ Bedingungsanalyse. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg). Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie (S. 859-868). Bern: Huber.
- Bollman, A. (1997). Differences in general and specific locus of control between newly sober and recovering alcoholics. Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences and Engineering*, 58 (3-B), 1520.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Brewin, C. (1985). Depression and causal attributions: What is their relation? *Psychological Bulletin*, 98 (2), 297-309.
- British Medical Association (BMA) (1995). *Alcohol: guidelines on sensible drinking*. London: British Medical Association.
- Brosius, G. (1989). *SPSS/ PC+. Advanced Statistics and Tables. Einführung und praktische Beispiele*. Hamburg: McGraw-Hill.
- Brunstein, J. C. (1995). *Motivation nach Misserfolg*. Göttingen: Hogrefe.
- Bühner, M. (2004). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson Education.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W. & Junge, B. (2002). *Alcohol consumption and alcohol-related problems in Germany*. Seattle, WA: Hogrefe und Huber Publishers.
- Bundesministerium für Gesundheit (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*, Schriftenreihe des BMG, Bd. 128, Baden-Baden: Nomos.
- Burling, T. A., Reilly, P. M., Moltzen, J. O. & Ziff, D. C. (1989). Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: a predictor of outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 50 (4), 354-360.

- Chen, G., Gully, S. M., Whiteman, J.-A. & Kilcullen, R. N. (2000). Examination of relationships among trait-like individual differences, state-like individual differences, and learning performance. *Journal of Applied Psychology*, 85 (6), 835-847.
- Chermack, S. T., Singer, K. & Beresford, T. P. (1998). Screening for alcoholism among medical inpatients: How important is corroboration of patient self-report? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (7), 1393–1398.
- Cohen, B. B. & Vinson, D. C. (1995). Retrospective self-report of alcohol consumption: Test-retest reliability by telephone. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19 (5), 1156-1161.
- Comrey, A. L. (1988). Factor-analytic methods of scale development in personality and clinical psychology. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56 (5), 754-761.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104.
- Creswell, C. & Myers, L. B. (2002). Do repressors differ on indirect and direct measures of attributional style? *Cognition and Emotion*, 16 (6), 831-835.
- Dahl, G. (1971). Zur Berechnung des Schwierigkeitsindex bei quantitativ abgestufter Aufgabenbewertung. *Diagnostica*, 17, 139-142.
- Davies, J. (1992). *The myth of addiction*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- de Jong-Meyer, R., Brodd, W., Schiereck, H., Schimm, A. & Skaletz, R. (1993). Merkmale von Rückfallsituationen. In R. de Jong-Meyer & T. Heyden (Hrsg.), *Rückfälle bei Alkoholabhängigen. Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses* (S. 33-49), IFT-Texte 26. München: Röttger.
- Del Boca, F. K. & Darkes, J. (2003). The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addiction*, 98 (Suppl. 2), 1–12.

- Demmel, R. (2002a). *Drinker Inventory of Consequences – dt. Version*. Unveröffentlichtes Manuskript, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.
- Demmel, R. (2002b). Inflationäre Selbstwirksamkeitserwartungen rückfälliger Patienten: Selbstüberschätzung oder Zweckoptimismus? *SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 48, 454-455.
- Demmel, R. (2005). Motivational Interviewing. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S.228-233). Berlin: Springer.
- Demmel, R. & Beck, B. (2004) Anticipated outcome of short-term treatment for alcohol dependence. Self-efficacy ratings and beliefs about the success of others. *Addictive disorders & their treatment*, 3 (2), 77-82.
- Demmel, R., Beck, B. & Lammers, A. (2003). Prediction and treatment outcome in a clinical sample of problem drinkers: self-efficacy, alcohol expectancies, and readiness to change. *German Medical Science*, 1, Doc. 6.
- Demmel, R., Beck, B., Richter, D., & Reker, T. (2004). Readiness to change in a clinical sample of problem drinkers: Relation to alcohol use, self-efficacy, and treatment outcome. *European Addiction Research*, 10, 133-138.
- Demmel, R., Nicolai, J. & Jenko, D. M. (2006). Self-efficacy and alcohol relapse: Concurrent validity of confidence measures, self-other discrepancies, prediction of treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 67 (4), 637-641.
- Demmel, R., & Rist, F. (2005). Prediction of treatment outcome in a clinical sample of problem drinkers: Self-efficacy and coping style. *Addictive Disorders and Their Treatment*, 4, 5-10.
- Demmel, R., Rist, F. & Olbrich, R. (2001) Selbstwirksamkeitserwartungen alkoholabhängiger Patienten im ersten Jahr nach stationärer Behandlung. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), *Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie* (S. 221-227). Geesthacht: Neuland.

- Derogatis, L. R. (1986). SCL-90-R. Self-Report Symptom Inventory. In Collegium Internationale Psychiatrie Scalarum (Hrsg.), *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz.
- Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13 (3), 595-605.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (2001) Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Sonderheft 2*. Hamm: Neuland.
- DiClemente, C. C., Fairhurst, S. K. & Piotrowski, N. A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. In: J. E. Maddux (Hrsg.), *Self-efficacy, Adaption and Adjustment: Theory, Research, and Application* (S. 109-141). New York: Plenum.
- Diener, C. I. & Dweck, C. S. (1978). An analysis of learned helplessness: Continuous changes in performance, strategy, and achievement cognitions following failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 451-462.
- Donovan, D. M. & O'Leary, M. R. (1978). The drinking-related locus of control scale: Reliability, factor structure, and validity. *Journal of Studies on Alcohol*, 39 (5), 759-784.
- Ellis, A. (1977). *Die rational-emotive Therapie*. München: Pfeiffer.
- Fäh, M., Sieber, M. & Uchtenhagen, A. (1991) Der Glaube ans Widerstehen können. *Sucht*, 27, 26-36.
- Festinger, L., Irie, M. & Möntmann, V. (1978). *Theorie der kognitiven Dissonanz*. Göttingen: Huber.
- Fiorentine, R. & Hillhouse, M. P. (2003). When low self-efficacy is efficacious: toward an addicted-self model of cessation of alcohol- and drug-dependent behaviour. *The American Journal on Addiction*, 12, 346-364.

- Fisseni, H.-J. (1997). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Fliegel, S., Groeger, W. M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1998) *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden* (4. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Forgas, J. P., Bower, G. H. & Moylan, S. J. (1990). Praise or blame? Affective influences on attributions for achievement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (4), 809-819.
- Forgas, J. P. & Locke, J. (2005). Affective influences on causal inferences: The effects of mood on attributions for positive and negative interpersonal episodes. *Psychology Press*, 19 (7), 1071-1081.
- Forsyth, A. D & Carey, M. P. (1998). Measuring self-efficacy in the context of HIV risk reduction: Research challenges and recommendations. *Health Psychology*, 17, 559-568.
- Forsyth, D. R. & McMillan, J. H. (1981). Attributions, affect, and expectations: A test of Weiner's three-dimensional model. *Journal of Educational Psychology*, 73, 393-403.
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Franke, G. H. (1999). *BSI. Brief Symptom Inventory – Deutsche Version. Manual*. Hogrefe: Göttingen.
- Friedenberg, L. (1995). *Psychological testing. Design, analysis, and use*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- George, D. & Mallery, P. (2004). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference, 12.0 update* (5th ed.). Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon.
- Goldbeck, R., Myatt, P. & Aitchison, T. (1997). End-of-treatment self-efficacy: a predictor of abstinence. *Addiction*, 92 (3), 313-324.

- Gore, P. A. Jr. (2006). Academic self-efficacy as a predictor of college outcomes: Two incremental validity studies. *Journal of Career Assessment*, 14 (1), 92-115.
- Greenfield, S. F., Hufford, M. R., Vagge, L. M., Muenz, L. R., Costello, M. E. & Weiss, R. D. (2000). The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women: a prospective study. *Journal of Studies on Alcohol*, 61 (2), 345-351.
- Guadagnoli, E. & Velicer, W. F. (1988). Relation and sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 103, 265-275.
- Gwaltney, C. J., Shiffman, S., Balabanis, M. H. & Paty, J. A. (2006). Dynamic self-efficacy and outcome expectancies: Prediction of smoking lapse and relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 114 (4), 661-675.
- Gwaltney, C. J., Shiffman, S. & Sayette, M. A. (2006). Situational correlates of abstinence self-efficacy. *Journal of Abnormal Psychology*, 114 (4), 649-660.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (1998). *Multivariate Data Analysis* (5th ed.). New Jersey, US: Prentice Hall.
- Heckhausen, H. (1980). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Herding, S. (1999). *Entwicklung und erste Anwendung eines Trainingsprogramms zur Rückfallprävention: Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung alkoholabhängiger Patienten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.
- Hessmann, M. & de Jong-Meyer, R. (1993). Rückfallmodelle und Rückfallbedingungen. In R. de Jong-Meyer. & T. Heyden (Hrsg.), *Rückfälle bei Alkoholabhängigen. Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses* (S. 1-32). IFT-Texte 26. München: Röttger.
- Higgins, N. C. & Hay, J. L. (2003). Attributional style predicts causes of negative life events on the attributional style questionnaire. *The Journal of Social Psychology*, 143 (2), 253-271.

- Hodgins, D. C., el-Guebaly, N. & Armstrong, S. (1995). Prospective and retrospective reports of mood states before relapse to substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63* (3), 400-407.
- Hoff, E.-H. (1989). Die Erfassung des Kontrollbewusstseins durch Interviews. In G. Krampen (Hrsg.), *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen* (S. 186-193). Göttingen: Hogrefe.
- Huckstadt, A. (1987). Locus of control among alcoholics, recovering alcoholics, and non-alcoholics. *Research in Nursing & Health, 10* (1), 23-28.
- Ito, J. R., Donovan, D. M. & Hall, J. J. (1988). Relapse prevention in alcohol aftercare: effects on drinking outcome, change process, and aftercare attendance. *Addict (83)*, 171-181.
- Izquierdo, F., de Osma, F. J. & Arnedillo, J. J. (2001) Self-concept, self-esteem, locus of control and self-efficacy in alcohol dependence. *Anales de Psiquiatría, 17* (4), 153-161.
- Jones, B. T., Corbin, W. & Fromme, K. (2001). A review of expectancy theory and alcohol consumption. *Addiction, 96*, 57-72.
- Jones, B. T. & McMahon, J. (1996). Changes in alcohol expectancies during treatment relate to subsequent abstinence survivorship. *British Journal of Addiction, 35*, 221-234.
- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E. & Thoreson, C. J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology, 83* (3), 693-710.
- Kammer, D. & Stiensmeier-Pelster, J. (1989). Erfassung des depressiven Attributionsstils: Erfahrungen mit einer deutschen Form des ACQ. In G. Krampen (Hrsg.), *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen* (S. 54-61). Göttingen: Hogrefe.
- Keyson, M. & Janda, L. *Untitled Locus of Drinking Control Scale*. Unveröffentlichtes Manuskript. St. Luke's hospital Phoenix, AZ.
- Killpack, K. (2006). A field study on the effects of gender, self-efficacy, and locus of control on goal setting and perseverance. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 66* (7-B), 3984.

- Kirsch, I. (1999). *How expectancies shape experience*, 2nd ed. Washington: American Psychological Association.
- Kivlahan, D. R., Donovan, D. M. & Walker, R. D. (1983). Predictors of relapse: Interaction of drinking-related locus of control and reasons for drinking. *Addictive Behaviors*, 8 (3), 273-276.
- Körkel, J. (2001). Rückfall und Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 519-547). Göttingen: Hogrefe.
- Körkel, J. & Lauer, G. (1995). Rückfälle Alkoholabhängiger: Ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse und -trends. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S. 158-185). Stuttgart: Enke.
- Körkel, J. & Schindler, C. (1994). Selbstwirksamkeitserwartungen junger erwachsener Alkoholabhängiger: Ausprägung und Vorhersagbarkeit. *Verhaltenstherapie*, 4, 152-161.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Koski-Jännes, A. (1994). Drinking-related locus of control as a predictor of drinking after treatment. *Addictive Behaviors*, 19 (5), 491-495.
- Krampen, G. (1981). *IPC Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1989a). Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen: Theorien, Geschichte, Probleme. In G. Krampen (Hrsg.), *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen* (S. 3-19). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1989b). Mehrdimensionale Erfassung generalisierter und bereichsspezifischer Kontrollerwartungen. In G. Krampen (Hrsg.), *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen* (S. 100-106). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1991). *Der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen im Überblick*. Göttingen: Hogrefe.

- Krampen, G. & Fischer, M. (1988). Kontrollüberzeugungen in der Alkoholismusforschung. Literaturüberblick und theoretische Bezüge. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 36 (2), 100-117.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychotroper Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47 (Sonderheft 1), 3-86.
- Küfner, H. (2001). Therapieevaluation. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 549-572). Göttingen: Hogrefe.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34, 157-272.
- Kuhl, J. (1996). Wille und Freiheitserleben: Formen der Selbststeuerung. In J. Kuhl & H. Heckhausen (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C Theorie und Forschung, Serie IV Motivation und Emotion, Band 4 Motivation, Volition und Handlung* (S. 665-765). Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (1994). Motivational and volitional determinants of depression: The degenerated-intention hypothesis. In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Volition and Personality. Action versus state orientation* (S. 297-315). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Leonard, K. E. & Blane, H. T. (1999). *Psychological theories of drinking and alcoholism* (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. *Proceeding of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association*, 7, 261-262.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others. Distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377-383.
- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1998). Die Aufgabenkonstruktion. In G. A. Lienert & U. Raatz (Hrsg.), *Testaufbau und Testanalyse* (S. 50-56). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Lindenmeyer, J. (2001). Kontrolliertes Trinken- Vier Schlussfolgerungen. *Sucht* 47 (4), 262-264.
- Lindenmeyer, J. (2005). *Lieber schlau als blau. Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit*. Weinheim: Beltz Psychologie-Verlags-Union.
- Locke, E. A., Frederick, E., Lee, C. & Bobko, P. (1984). Effect of self-efficacy, goals, and task strategies on task performance. *Journal of Applied Psychology*, 69, 241-251.
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Thang, S. & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4 (1), 87-99.
- Maddux, J. E. (1995). Self-efficacy theory. An introduction. In: J. E. Maddux (Hrsg.), *Self-efficacy, Adaption and Adjustment: Theory, Research, and Application* (S. 3-35). New York: Plenum.
- Maddux, J. E. & Lewis, J. (1995). Self-efficacy and adjustment. Basic principles and issues. In: J. E. Maddux (Hrsg.), *Self-efficacy, Adaption and Adjustment: Theory, Research, and Application* (S. 37-68). New York: Plenum.
- Maisto, S. A., Carey, K. B. & Bradizza, C. M. (1999). Social Learning Theory. In: K. E. Leonard & H. T. Blane (Hrsg.), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism* (2nd ed., S. 106- 163). New York: Guilford Press.
- Maisto, S. A., McKay, J. R. & O'Farrell, T. J. (1998). Twelve-month abstinence from alcohol and long-term drinking and marital outcomes in men with severe alcohol problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 591-598.
- Margolis, D. A. (1993) Use of locus-of-control and self-efficacy to predict outcome in alcohol treatment. *Dissertation Abstracts International*, 53 (11-B), 5984.
- Marlatt, G. A. (1985a). Cognitive factors in the relapse process. In: G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Hrsg.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (S. 128-200). New York: Guilford.
- Marlatt, G. A. (1985b). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In: G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Hrsg.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (S. 3-70). New York: Guilford.

- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Marlatt, G. A. & Rohsenow, D. J. (1981). The balanced placebo design: Methodological considerations. *Addictive Behaviors*, 6 (2), 107-122.
- Matell, M. S. & Jacoby, J. (1971). Is there an optimal number of alternatives for Likert Scale Items? Reliability and validity. *Educational and Psychological Measurement*, 31 (3), 657-674.
- Mau, W. C. (2003). Factors that influence persistence in science and engineering career aspirations. *Career Development Quarterly*, 51 (3), 234-243.
- McAuley, E., Duncan, T. E. & Russell, D. W. (1992). Measuring Causal Attributions: The revised Causal Dimension Scale (CDSII). *Society of Personality and Social Psychology*, 18 (5), 566-573.
- McAuley, E. Russel, D. W. & Gross, J. (1983). Affective consequences of winning and losing: An attributional analysis. *Journal of Sport Psychology*, 5 (3), 278-287.
- McFarland, C. & Ross, M. (1982). Impact of causal attributions on affective reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43 (5), 937-946.
- McKay, J. R., Maisto, S. A., & O'Farrell, T. J. (1993). End-of-treatment self-efficacy, aftercare, and drinking outcomes of alcoholic men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17 (5), 1078-1083.
- McKay, J. R., O'Farrell, T. J., Maisto, S. A., Connors, G. J. & Funder, D. C. (1989). Biases in relapse attributions made by alcoholics and their wives. *Addictive Behaviors*, 14, 513-522.
- Mielke, R. (1996). Lerntheoretische Persönlichkeitskonstrukte. In M. Amelang (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C Temperaments- und Persönlichkeitsunterschiede, Serie VIII Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*, Bd. 3 (S. 185-222). Göttingen: Hogrefe.
- Miller, W. R. (1996). What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon. *Addiction* 91, Supplement, 15-28.

- Miller, W. R. & Rollnick S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg: Lambertus.
- Miller, W. R. & Rollnick S. (2002). Building Motivation for Change. In W. R. Miller & S. Rollnick (Hrsg.), *Motivational interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. (S. 52-84). New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., Tonigan, J. S. & Longabough, R. (1995). *The Drinker Inventory of Consequences (DrInC): An Instrument for assessing Adverse Consequences of Alcohol Abuse*. Project MATCH. Monograph Series, 4. Rockville. MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Missel, P., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Herder, F., Jahrreiss, R., Ott, E., Quinten, C., Schneider, B. & Zemlin, U. (1997). Effektivität und Kosten in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. Ergebnisse einer klinikübergreifenden Katamnese. *Sucht aktuell*, 4, 10-22.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (2001). *Psychiatrie und Psychotherapie*. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Niaura, R. (2000). Cognitive social learning and related perspectives on drug craving. *Addiction*, 95 (2), 155-163.
- O'Sullivan, J. T. & Howe, M. L. (1966). Causal attributions and reading achievement: Individual differences in low-income families. *Contemporary Educational Psychology*, 21 (4), 363-387.
- Oziel, L. J. & Obitz, F. W. (1975). Control orientation in alcoholics related to extent of treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 36 (1), 158-161.
- Paulhus, D. L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (3), 598-609.
- Pfrang, H. (1989). Diagnostik von Kontrollüberzeugungen im Rahmen der Sozialen Lerntheorie Rotters: Unipolare und bipolare Ansätze. In G. Krampen (Hrsg.),

- Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen* (S. 93-99). Göttingen: Hogrefe.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). If at first you don't succeed. False hope of self-change. *American Psychologist*, 57, 677-689.
- Prasadarao, P. S. & Mishra, H. (1992). Drinking related locus of control and treatment attrition among alcoholics. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 8 (1-2), 43-47.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114.
- Prystav, G. (1979). Die Bedeutung der Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit von Stressoren für die Klassifikation von Belastungssituationen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8, 283-301.
- Rist, F. (2004). Beeinträchtigung kognitiver Funktionen durch chronischen exzessiven Konsum von Alkohol. In S. Lautenbacher & S. Gauggel (Hrsg.), *Die Neuropsychologie psychischer Störungen* (S. 249-274). Berlin: Springer Verlag.
- Rost, J. (1996). *Lehrbuch Testtheorie, Testkonstruktion*. Göttingen: Hogrefe.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice Hall.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General & Applied*, 80 (1), 1-28.
- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (1), 56-67.
- Rychtarik, R. G., Prue, D. M., Rapp, S. R. & King, A. C. (1992). Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 53 (5), 435-440.
- Scheller, R., Klein, M. & Zimm, S. (1995). Verläufe von Suchtkarrieren: Langzeitkatamnesen aus kritischer Perspektive. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller

- (Hrsg.), *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S. 2-13). Stuttgart: Enke.
- Schindler, C. & Körkel, J. (1994). Selbstwirksamkeitserwartungen junger erwachsener Alkoholabhängiger: Ausprägung und Vorhersagbarkeit. *Verhaltenstherapie*, 4, 152-161.
- Schindler, C. & Körkel, J. (1995). Rückfallbezogene Attributionen, Emotionen und Kompetenzerwartungen. Eine empirische Prüfung sozial-kognitiver Theorieannahmen. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S. 61-79). Stuttgart: Enke.
- Schmidt, L. G., Gastpar, M., Falkai, P., Gaebel, W. (2006). *Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie substanzbezogener Störungen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Scholz, U., Dona, B. G., Sud, S. & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18 (2), 242-251.
- Schwarzer, R. (1993). *Streß, Angst und Handlungsregulation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1989). Erfassung leistungsbezogener und allgemeiner Kontroll- und Kompetenzerwartungen. In G. Krampen (Hrsg.), *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen* (S. 127-133). Göttingen: Hogrefe.
- Seneviratne, H. & Saunders, B. (2000). An investigation of alcohol dependent respondents' attributions for their own and 'others' relapses. *Addiction Research*, 8 (5), 439-453.
- Shadish, W. R., Hu, X., Glaser, R. R., Kownacki, R. J. & Wong, T. (1998). A method for exploring the effects of attrition in randomized experiments with dichotomous outcomes. *Psychological Methods*, 3, 3-22.
- Shiffman, S., & Wills, T. A. (1985). *Coping and substance use*. New York: Academic Press.
- Sitharthan, T. & Kavanagh, D. J. (1991). Role of self-efficacy in predicting outcomes from a programme for controlled drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 27 (1), 87-94.

- Sklar, S. M., Annis, H. M. & Turner, N. E. (1997). Development and validation of the Drug-Taking-Confidence-Questionnaire: A measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 22, 655-670.
- Smith, S. A., Kass, S. J., Rotunda, R. J. & Schneider, S. K. (2006). If at first you don't succeed: Effects of failure on general and task-specific self-efficacy and performance. *North American Journal of Psychology*, 8 (1), 171-182.
- Sohns, R. & Lauer, G. (1995). Rückfallrekonstruktion mit Alkoholabhängigen. Eine qualitativ-quantitative Analyse. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S. 80-94). Stuttgart: Enke.
- Solomon, K. E. & Annis, H. E. (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behaviour. *British Journal of Addiction*, 85 (5), 659-665.
- Stajkovic, A. D. & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 124, 240-261.
- Statistical Package for the Social Sciences, SPSS (2005). Version 13.0. Prentice Hall International.
- Steyer, R., Schwenkmezger, P., Notz, P. & Eid, M. (1994). *Der Mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen (MDBF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Stiensmeier-Pelster, J. & Heckhausen, H. (2006). Kausalattribution von Verhalten und Leistung. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.) *Motivation und Handeln* (3.Aufl., S. 355-392). Heidelberg: Springer.
- Strom, J. & Barone, D. F. (1993). Self-deception, self-esteem, and control over drinking at different stages of alcohol involvement. *Journal of Drug Issues*, 23 (4), 705-714.
- Tretter, F. & Müller, A. (2001). Grundaspekte der Sucht. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.) *Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 17-32). Göttingen: Hogrefe.
- Vancouver, J. B., Thompson, C. M., Tischner, E. C. & Putka, D. J. (2002). Two studies examining the negative effect of self-efficacy on performance. *Journal of Applied Psychology*, 87 (3), 506-516.

- Veltrup, C. (1986). *Locus of control und Alkoholabhängigkeit. Zum Zusammenhang zwischen soziodemographischen, alkoholspezifischen Daten, dem Therapieerfolg und einem Persönlichkeitskonstrukt*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Hamburg.
- Veltrup, C. (1995). Eine empirische Analyse des Rückfallgeschehens bei entzugsbehandelten Alkoholabhängigen. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.) *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S. 25-35). Stuttgart: Enke.
- Vielva, I. & Iraugi, I. (2001). Cognitive and behavioral factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction*, 96, 297-303.
- Walton, M. A., Castro, F. G. & Barrington, E. H. (1994). The role of attributions in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 19 (3), 319-331.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2001). *Taschenführer zur Klassifikation Psychischer Störungen* (2. Aufl.), Verlag Hans Huber.
- Wienberg, G. (1992). *Die vergessene Mehrheit- zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen*. Bonn: Psychiatrieverlag.
- Wilken, B. (1998). *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Williams, S. L. (1995). Self-efficacy, anxiety, and phobic disorders. In: J. E. Maddux (Hrsg.), *Self-efficacy, Adaption and Adjustment: Theory, Research, and Application* (S. 69-107). New York: Plenum.
- Witkiewitz, K. & Marlatt, G. A. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. *American Psychologist*, 59 (4), 224-235.
- Wood, R. E. & Locke, E. A. (1987). The relation of self-efficacy and grade goals to academic performance. *Educational and Psychological Measurement*, 47 (4), 1013-1024.

- Wright, M. H. & Obitz, F. W. (1984). Alcoholics' and nonalcoholics' attributions of control of future life events. *Journal of Studies on Alcohol*, 45 (2), 138-143.
- Young, E. Y. & Klosko, J. S. (2006). *Sein Leben neu erfinden. Wie Sie Lebensfallen meistern*. Paderborn: Junfermann.

Anhang

Anhang A: Ergebnistabellen

Anhang B: Fragebogenpaket

Anhang C: Follow-up-Interviewleitfaden

Anhang A: Ergebnistabellen

A-1: Ergänzende soziodemografische Daten der Stichprobeneinheiten

A-2: Deskriptive Statistik ausgewählter Fragebögen für die unterschiedlichen (Teil-)Stichproben

A-3: Soziodemografische und konsumbezogene Angaben sowie IPC-Kennwerte der zufällig gebildeten Substichproben zur Kreuzvalidierung des RZI

A-4: Antwortverteilung auf die abstinence self-efficacy Ratingskala

ANHANG A-1

Ergänzende soziodemografische Daten der Stichprobeneinheiten

Tabelle A-1.1

Ergänzende soziodemografische Daten der Gesamt-, der Follow-up- und Ohne-Follow-up-Stichprobe

	Gesamt-SP	Follow-up	kein Follow-up
Familienstand	<i>N</i> = 418	<i>N</i> = 145	<i>N</i> = 273
<i>ledig</i>	<i>n</i> = 134 (32.1%)	<i>n</i> = 47 (32.4%)	<i>n</i> = 87 (31.9%)
<i>verheiratet, zus. lebend</i>	<i>n</i> = 118 (28.2%)	<i>n</i> = 46 (31.7%)	<i>n</i> = 72 (26.4%)
<i>verheiratet, getrennt lebend</i>	<i>n</i> = 41 (9.8%)	<i>n</i> = 12 (8.3%)	<i>n</i> = 29 (10.6%)
<i>geschieden</i>	<i>n</i> = 113 (27%)	<i>n</i> = 36 (24.8%)	<i>n</i> = 77 (28.2%)
<i>verwitwet</i>	<i>n</i> = 6 (1.4%)	<i>n</i> = 1 (0.7%)	<i>n</i> = 5 (1.8%)
<i>eheähnliche Gemeinschaft</i>	<i>n</i> = 6 (1.4%)	<i>n</i> = 3 (2.1%)	<i>n</i> = 3 (1.1%)
Schulbildung	<i>N</i> = 418	<i>N</i> = 146	<i>N</i> = 273
- <i>ohne Abschluss</i>	<i>n</i> = 15 (3.6%)	<i>n</i> = 7 (4.8%)	<i>n</i> = 8 (2.9%)
- <i>Sonderschule</i>	<i>n</i> = 8 (1.9%)	<i>n</i> = 4 (2.7%)	<i>n</i> = 4 (1.5%)
- <i>Hauptschule</i>	<i>n</i> = 154 (36.8%)	<i>n</i> = 60 (41.1%)	<i>n</i> = 94 (34.4%)
- <i>Realschule</i>	<i>n</i> = 88 (21%)	<i>n</i> = 34 (23.3%)	<i>n</i> = 54 (19.8%)
- <i>allg. polytechn. Oberschule</i>	<i>n</i> = 71 (16.9%)	<i>n</i> = 3 (2.1%)	<i>n</i> = 68 (24.9%)
- <i>(Fach-) Hochschulreife</i>	<i>n</i> = 78 (18.6%)	<i>n</i> = 35 (24.0%)	<i>n</i> = 43 (15.8%)
- <i>andere</i>	<i>n</i> = 5 (1.2%)	<i>n</i> = 3 (2.1%)	<i>n</i> = 2 (0.7%)
Erwerbstätigkeit	<i>N</i> = 416	<i>N</i> = 145	<i>N</i> = 271
<i>Auszubildende(r)</i>	<i>n</i> = 5 (1.2%)	<i>n</i> = 1 (0.7%)	<i>n</i> = 4 (1.5%)
<i>Angestellte(r)</i>	<i>n</i> = 87 (20.9%)	<i>n</i> = 36 (24.8%)	<i>n</i> = 51 (18.8%)
<i>Beamte(r)</i>	<i>n</i> = 7 (1.7%)	<i>n</i> = 2 (1.4%)	<i>n</i> = 5 (1.8%)
<i>(Fach-)Arbeiter(in)</i>	<i>n</i> = 98 (23.6%)	<i>n</i> = 27 (18.6%)	<i>n</i> = 71 (26.2%)
<i>Selbständige(r)/ Freiberufler(in)</i>	<i>n</i> = 29 (7%)	<i>n</i> = 15 (10.3%)	<i>n</i> = 14 (5.2%)
<i>Arbeitslose(r)/Sozialhilfeempf.</i>	<i>n</i> = 155 (37.3%)	<i>n</i> = 50 (34.5%)	<i>n</i> = 105 (38.8)
<i>Student(in)</i>	<i>n</i> = 2 (0.5%)	-	<i>n</i> = 2 (0.8%)
<i>Hausmann/ Hausfrau</i>	<i>n</i> = 11 (2.6%)	<i>n</i> = 6 (4.1%)	<i>n</i> = 5 (1.8%)
<i>Rentner(in)</i>	<i>n</i> = 15 (3.6%)	<i>n</i> = 8 (5.5%)	<i>n</i> = 7 (2.6%)
<i>Sonstige</i>	<i>n</i> = 7 (1.7%)	-	<i>n</i> = 7 (2.6%)
Psychiatrische Einrichtung	<i>N</i> = 419	<i>N</i> = 146	<i>N</i> = 273
<i>LWL-Klinik Münster</i>	<i>n</i> = 145 (34.6%)	<i>n</i> = 91 (62.3%)	<i>n</i> = 54 (19.8%)
<i>Westfälische Klinik Warstein</i>	<i>n</i> = 17 (4.1%)	-	<i>n</i> = 17 (6.2%)
<i>Otto Wagner-Spital Wien</i>	<i>n</i> = 19 (4.5%)	-	<i>n</i> = 19 (7.0%)
<i>St. Antonius Krankenhaus Hörstel</i>	<i>n</i> = 60 (14.3%)	<i>n</i> = 55 (37.7%)	<i>n</i> = 5 (1.8%)
<i>Fachklinik Kamillushaus Essen</i>	<i>n</i> = 55 (13.1%)	-	<i>n</i> = 55 (20.1%)
<i>Salus-Klinik Lindow</i>	<i>n</i> = 123 (29.4%)	-	<i>n</i> = 123 (45.1%)

Anmerkung. abweichendes *N* aufgrund von Missing Data.

Tabelle A-1.2

Ergänzende soziodemografische Daten der Abstinente und Rückfälligen

	Abstinente	Rückfällige
Familienstand	<i>N</i> = 54	<i>N</i> = 91
<i>ledig</i>	<i>n</i> = 11 (20.4%)	<i>n</i> = 36 (39.6%)
<i>verheiratet, zus. lebend</i>	<i>n</i> = 31 (57.4%)	<i>n</i> = 15 (16.5%)
<i>verheiratet, getrennt lebend</i>	<i>n</i> = 1 (1.9%)	<i>n</i> = 11 (12.1%)
<i>geschieden</i>	<i>n</i> = 9 (16.7%)	<i>n</i> = 27 (29.7%)
<i>verwitwet</i>	-	<i>n</i> = 1 (1.1%)
<i>eheähnliche Gemeinschaft</i>	<i>n</i> = 2 (3.7%)	<i>n</i> = 1 (1.1%)
Schulbildung	<i>N</i> = 54	<i>N</i> = 92
- <i>ohne Abschluss</i>	<i>n</i> = 2 (3.7%)	<i>n</i> = 5 (5.4%)
- <i>Sonderschule</i>	<i>n</i> = 1 (1.9%)	<i>n</i> = 3 (3.3%)
- <i>Hauptschule</i>	<i>n</i> = 22 (40.7%)	<i>n</i> = 38 (41.3%)
- <i>Realschule</i>	<i>n</i> = 14 (25.9%)	<i>n</i> = 20 (21.7%)
- <i>allg. polytechn. Oberschule</i>	<i>n</i> = 1 (1.9%)	<i>n</i> = 2 (2.2%)
- <i>(Fach-) Hochschulreife</i>	<i>n</i> = 13 (24.1%)	<i>n</i> = 22 (23.9%)
- <i>andere</i>	<i>n</i> = 1 (1.9%)	<i>n</i> = 2 (2.2%)
Erwerbstätigkeit	<i>N</i> = 53	<i>N</i> = 92
<i>Auszubildende(r)</i>	-	<i>n</i> = 1 (1.1%)
<i>Angestellte(r)</i>	<i>n</i> = 15 (28.3%)	<i>n</i> = 21 (22.8%)
<i>Beamte(r)</i>	<i>n</i> = 1 (1.9%)	<i>n</i> = 1 (1.1%)
<i>(Fach-)Arbeiter(in)</i>	<i>n</i> = 11 (20.8%)	<i>n</i> = 16 (17.4%)
<i>Selbständige(r)/ Freiberufler(in)</i>	<i>n</i> = 5 (9.4%)	<i>n</i> = 10 (10.9%)
<i>Arbeitslose(r)/Sozialhilfeempf.</i>	<i>n</i> = 13 (24.5%)	<i>n</i> = 37 (40.2%)
<i>Student(in)</i>	-	-
<i>Hausmann/ Hausfrau</i>	<i>n</i> = 5 (9.4%)	<i>n</i> = 1 (1.1%)
<i>Rentner(in)</i>	<i>n</i> = 3 (5.7%)	<i>n</i> = 5 (5.4%)
<i>Sonstige</i>	-	-

Anmerkung. abweichendes *N* aufgrund von Missing Data.

ANHANG A-2

Deskriptive Statistik ausgewählter Fragebögen

(des RZI, des IPC-Fragebogens, des DTCQ-G, der Ratingskalen zur Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft, des Attributionsitems, der Subskala Depression des BSI)

für die unterschiedlichen (Teil-)Stichproben

(Gesamtstichprobe, Follow-up-Stichprobe, Nicht-Follow-up-Stichprobe, die Abstinenten und die Rückfalligen)

Tabelle A-2.1

Deskriptive Statistik des RZI, des IPC-Fragebogens, des DTCQ-G, der Ratingskalen, des Attributionsitems, der Subskala Depression des BSI

	Gesamtstichprobe			
	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>n</i>
RZI R	4.15 (1.00)	1	6	419
RZI IS	4.67 (1.14)	1	6	419
RZI F	1.78 (.78)	1	5.17	419
IPC I	4.38 (.67)	2	6	417
IPC P	2.75 (.82)	1	6	417
IPC C	2.79 (.80)	1	5.63	417
DTCQ-G	72.34 (22.87)	0	100	412
abstinence self- efficacy	7.84 (2.09)	0	10	408
drinking refusal self-efficacy	8.26 (2.36)	0	10	407
Veränderungs- bereitschaft	9.05 (2.23)	0	10	407
abstinence other-efficacy	4.99 (2.15)	0	10	406
Attributionsitem	2.64 (1.96)	0	7	375
BSI-Depression	.93 (.95)	0	4	405

Tabelle A-2.2

Deskriptive Statistik des RZI, des IPC-Fragebogens, des DTCQ-G, der Ratingskalen, des Attributionsitems, der Subskala Depression des BSI

	Follow-up				Kein Follow-up				<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>n</i>			
RZI R	4.31 (.91)	1	6	146	4.06 (1.04)	1	6	273	2.41	417	.016
RZI IS	4.71 (1.10)	1	6	146	4.65 (1.17)	1	6	273	0.50	417	NS
RZI F	1.84 (.76)	1	4.67	146	1.76 (.80)	1	5.17	273	1.05	417	NS
IPC I	4.39 (.56)	3	5.88	146	4.38 (.72)	2	6	271	0.28	364.02 ^a	NS
IPC P	2.83 (.80)	1	5	146	2.71 (.83)	1	6	271	1.41	415	NS
IPC C	2.86 (.75)	1	5.25	146	2.76 (.82)	1	5.63	271	1.31	415	NS
DTCQ-G	68.50 (23.38)	0	100	145	74.43 (22.35)	0	100	267	-2.53	410	.012
abstinence self- efficacy	7.71 (2.23)	0	10	144	7.91 (2.01)	0	10	264	-0.93	406	NS
drinking refusal self-efficacy	8.11 (2.50)	0	10	143	8.34 (2.29)	0	10	264	-0.93	405	NS
Veränderungs- bereitschaft	9.15 (1.87)	0	10	143	9.00 (2.40)	0	10	264	0.68	405	NS
abstinence other-efficacy	4.62 (2.31)	0	10	141	5.18 (2.03)	0	10	265	-2.44	255.89 ^a	.015
Attributionsitem	2.55 (1.92)	1	7	136	2.69 (1.99)	0	7	239	-0.68	373	NS
BSI-Depression	1.19 (1.03)	0	4	144	.78 (.86)	0	4	261	4.04	253.66 ^a	.000

Anmerkung. ^aVarianzen sind nicht gleich in den Gruppen.

Tabelle A-2.3

Deskriptive Statistik des RZI, des IPC-Fragebogens, des DTCQ-G, der Ratingskalen, des Attributionsitems, der Subskala Depression des BSI

	Abstinente				Rückfällige				<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>n</i>			
RZI R	4.21 (.98)	1	5.71	54	4.37 (.87)	1.14	6	92	-1.02	144	NS
RZI IS	4.81 (1.12)	1	6	54	4.64 (1.09)	1.20	6	92	0.90	144	NS
RZI F	1.75 (.78)	1	4	54	1.90 (.75)	1	4.67	92	-1.15	144	NS
IPC I	4.34 (.57)	3	5.63	54	4.43 (.55)	3.25	5.88	92	-0.94	144	NS
IPC P	2.77 (.78)	1	4.38	54	2.86 (.82)	1.25	5	92	-0.70	144	NS
IPC C	2.74 (.70)	1	4	54	2.94 (.77)	1.38	5.25	92	-1.58	144	NS
DTCQ-G	72.12 (22.27)	0	100	54	66.36 (23.87)	1.25	100	91	1.44	143	NS
abstinence self- efficacy	8.37 (1.69)	1	10	54	7.31 (2.42)	0	10	90	3.09	138.69 ^a	.002
drinking refusal self-efficacy	8.44 (1.89)	0	10	54	7.91 (2.80)	0	10	89	1.36	139.32 ^a	NS
Veränderungs- bereitschaft T ₀	9.58 (1.42)	2	10	53	8.90 (2.06)	0	10	90	2.35	137.33 ^a	.02
abstinence other- efficacy	5.37 (2.20)	1	10	52	4.18 (2.27)	0	9	89	3.02	139	.003
Attributionsitem	2.36 (1.74)	1	7	50	2.66 (2.03)	1	7	86	-0.88	134	NS
BSI-Depression	1.03 (.97)	0	3.33	52	1.29 (1.06)	0	4	92	-1.42	142	NS

Fortsetzung Tabelle A-2.3

	Abstinente				Rückfällige				<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>n</i>			
abstinence self-efficacy T ₁	8.55 (1.74)	4	10	53	5.40 (3.42)	0	10	48 ^b	5.75	68.20 ^a	.000
Veränderungsbereitschaft T ₁	9.34 (1.86)	0	10	53	7.18 (3.56)	0	10	50 ^b	3.83	72.98 ^a	.000

Anmerkung. ^aVarianzen sind nicht gleich in den Gruppen, ^babstinence self-efficacy und Veränderungsbereitschaft erhoben zum Follow-up-Zeitpunkt, daher basiert die Stichprobe der Rückfälligen hier auf den erreichten Probanden.

ANHANG A-3

Soziodemografische und konsumbezogene Angaben sowie IPC-Kennwerte der zufällig gebildeten Substichproben zur Kreuzvalidierung des RZI

Tabelle A-3

Soziodemografische und Konsumvariablen und IPC-Kennwerte der Teilstichproben zur Kreuzvalidierung des RZI

	Teilstichprobe 1 (n = 209)	Teilstichprobe 2 (n = 210)
Alter		
<i>M (SD)</i>	44.57 (7.18)	43.05 (8.61)
Geschlecht		
<i>männlich</i>	80.9%	78.6%
Raucher		
<i>Ja</i>	75.1%	83.3%
Familienstand	<i>N = 209</i>	<i>N = 209</i>
<i>ledig</i>	<i>n = 62 (29.7%)</i>	<i>n = 72 (34.4%)</i>
<i>verheiratet, zus. lebend</i>	<i>n = 57 (27.3%)</i>	<i>n = 61 (29.2%)</i>
<i>verheiratet, getrennt lebend</i>	<i>n = 24 (11.5%)</i>	<i>n = 17 (8.1%)</i>
<i>geschieden</i>	<i>n = 58 (27.8%)</i>	<i>n = 55 (26.3%)</i>
<i>verwitwet</i>	<i>n = 3 (1.4%)</i>	<i>n = 3 (1.4%)</i>
<i>eheähnliche Gemeinschaft</i>	<i>n = 5 (2.4%)</i>	<i>n = 1 (0.5%)</i>
Schulbildung	<i>N = 209</i>	<i>N = 210</i>
<i>- ohne Abschluss</i>	<i>n = 10 (4.8%)</i>	<i>n = 5 (2.4%)</i>
<i>- Sonderschule</i>	<i>n = 5 (2.4%)</i>	<i>n = 3 (1.4%)</i>
<i>- Hauptschule</i>	<i>n = 75 (35.9%)</i>	<i>n = 79 (37.6%)</i>
<i>- Realschule</i>	<i>n = 41 (19.6%)</i>	<i>n = 47 (22.4%)</i>
<i>- allg. polytechn. Oberschule</i>	<i>n = 40 (19.1%)</i>	<i>n = 31 (14.8%)</i>
<i>- (Fach-) Hochschulreife</i>	<i>n = 37 (17.7%)</i>	<i>n = 41 (19.5%)</i>
<i>- andere</i>	<i>n = 1 (0.5%)</i>	<i>n = 4 (1.9%)</i>
Erwerbstätigkeit	<i>N = 209</i>	<i>N = 207</i>
<i>Auszubildende(r)</i>	<i>n = 1 (0.5%)</i>	<i>n = 4 (1.9%)</i>
<i>Angestellte(r)</i>	<i>n = 45 (21.5%)</i>	<i>n = 42 (20.3%)</i>
<i>Beamte(r)</i>	<i>n = 4 (1.9%)</i>	<i>n = 3 (1.4%)</i>
<i>(Fach-)Arbeiter(in)</i>	<i>n = 44 (21.1%)</i>	<i>n = 54 (26.1%)</i>
<i>Selbständige(r)/ Freiberufler(in)</i>	<i>n = 15 (7.2%)</i>	<i>n = 14 (6.8%)</i>
<i>Arbeitslose(r)/Sozialhilfeempf.</i>	<i>n = 78 (37.3%)</i>	<i>n = 77 (37.2%)</i>
<i>Student(in)</i>	<i>n = 1 (0.5%)</i>	<i>n = 1 (0.5%)</i>
<i>Hausmann/ Hausfrau</i>	<i>n = 7 (3.3%)</i>	<i>n = 4 (1.9%)</i>
<i>Rentner(in)</i>	<i>n = 10 (4.8%)</i>	<i>n = 5 (2.4%)</i>
<i>Sonstige</i>	<i>n = 4 (1.9%)</i>	<i>n = 3 (1.4%)</i>
Anzahl voriger Entzugsbehandlungen	<i>N = 199</i>	<i>N = 193</i>
<i>M (SD)</i>	4.8 (8.79)	3.52 (6.75)

Fortsetzung Tabelle A-3

	Teilstichprobe 1 (n = 209)	Teilstichprobe 2 (n = 210)
Frequenz, Tage t_0^a	$N = 204$	$N = 208$
$M (SD)$	19.81 (10.14)	19.65 (10.74)
Quantität t_0 , Gramm ^b	$N = 190$	$N = 190$
$M (SD)$	214.05 (116.21)	196.65 (100.75)
IPC I	$N = 209$ 4.40 (0.68)	$N = 208$ 4.37 (0.65)
IPC P	$N = 209$ 2.72 (0.83)	$N = 208$ 2.78 (0.81)
IPC C	$N = 209$ 2.80 (0.79)	$N = 208$ 2.79 (0.81)

Anmerkung. abweichendes N aufgrund von Missing Data.

ANHANG A-4

Antwortverteilung auf die abstinence self-efficacy Ratingskala

Tabelle A-4

Antwortverteilung auf die abstinence self-efficacy Ratingskala

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
abstinence self-efficacy T ₀	0.7	0.7	1.5	1.2	2.2	10.0	4.4	10.0	26.0	18.6	24.5
abstinence self-efficacy T ₁	8.9	1.0	1.0	2.0	5.0	12.9	0.0	11.9	16.8	11.9	28.7

Anmerkung. Die in **fett** gedruckten Zahlen markieren die am häufigsten gewählte Kategorie. ($n = 408$ für T₀; $n = 100$ für T₁)

Anhang B: Fragebogenpaket

entsprechend der Reihenfolge in der Untersuchung

B-1: Aufklärung & Einverständnis

B-2: Deckblatt

B-3: Craving # 1

B-4: Soziodemografische und konsumbezogene Fragen inklusive Drinker Inventory of Consequences (DrInC)

B-5: Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen (MDBF) # 1

B-6: Importance/ Confidence Ruler

B-7: Fragen zur Rückfallzuschreibung

B-8: IPC-Fragebogen

B-9: Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-G)

B-10: Craving # 2

B-11: Attributionsitem

B-12: Brief Symptom Inventory (BSI), Subskala Depression

B-13: Craving # 3

B-14: Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen (MDBF) # 2

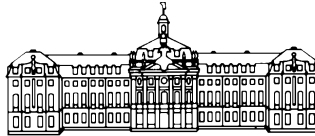
B-15: Comprehensive Alcohol Expectancy Questionnaire

B-16: Craving # 4

B-17: Einverständnis Follow-up

ANHANG B-1

Aufklärung & Einverständnis



WESTFÄLISCHE
WILHELMS-UNIVERSITÄT
MÜNSTER

Die Universität Münster führt in Kooperation mit einer Reihe verschiedener Kliniken in Deutschland und Österreich eine umfangreiche Befragung alkoholabhängiger Patienten durch. In der ersten Hälfte des Jahres 2004 werden mehrere hundert Patienten befragt und um Angaben zu ihrer Person (Alter, Familienstand etc.) sowie zum Konsum von Alkohol gebeten. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sollen einen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung leisten.

Das Ausfüllen der Fragebögen nimmt einige Zeit in Anspruch (ca. 90 Minuten). Dennoch möchten wir Sie bitten, diese im deutschsprachigen Raum bislang einmalige Studie zu unterstützen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und erst nach Anonymisierung aller Daten für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet. Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit – ohne Angaben von Gründen und ohne nachteilige Folgen – widerrufen. Ihre Einverständniserklärung wird vor der Auswertung Ihrer Angaben vom Fragebogen getrennt.

Vielen Dank!

Einverständniserklärung

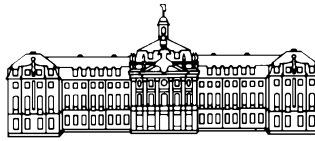
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Angaben im Rahmen eines Forschungsprojekts der Universität Münster anonym und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

ANHANG B-2

Deckblatt



WESTFÄLISCHE
WILHELMS-UNIVERSITÄT
MÜNSTER

Benutzen Sie beim Ausfüllen des Fragebogens bitte einen Kugelschreiber oder etwas Ähnliches (keinen Bleistift) und beantworten Sie bitte jede Frage: Wir können lediglich vollständige Fragebögen auswerten. Antworten Sie bitte möglichst spontan: Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Vielen Dank!

Datum:	Kennung:
--------	----------

ANHANG B-3

Craving # 1

Bitte kreuzen Sie eine Ziffer an!

Wie stark ist Ihr Verlangen nach Alkohol im Moment?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

nicht vorhanden

sehr stark

ANHANG B-4

**Soziodemografische und konsumbezogene Fragen
inklusive Drinker Inventory of Consequences (DrInC)**

Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

Alter: _____ Jahre (bitte eintragen)

Datum der stationären Aufnahme: _____ (bitte eintragen)

Datum des letzten Alkoholkonsums: _____ (bitte eintragen)

Geschlecht:

1 weiblich
2 männlich

Familienstand:

1 ledig
2 eingetragene Lebenspartnerschaft
3 verheiratet, zusammenlebend
4 verheiratet, getrennt lebend
5 geschieden
6 verwitwet

Partnerbeziehung:

1 allein stehend
2 zeitweilige Beziehung(en) (länger als ein Monat)
3 feste Beziehung (länger als ein halbes Jahr)

Staatsangehörigkeit:

1 deutsch
2 andere: _____ (bitte eintragen)

Muttersprache(n):

1 deutsch
2 andere: _____ (bitte eintragen)

höchster erreichter Schulabschluss:

0 kein Abschluss
1 Sonderschulabschluss
2 Hauptschul-/Volksschulabschluss
3 Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss
4 Abschluss der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule
5 (Fach-)Abitur
6 anderer Schulabschluss: _____ (bitte eintragen)

Hochschulabschluss (Universität, FH etc.):

0 nein
1 ja

- Berufsausbildung:**
- 0 keine
 - 1 abgebrochen
 - 2 abgeschlossen (Lehre etc.)

Die folgende Frage bezieht sich auf die Tätigkeit, die Sie überwiegend ausüben. Wählen Sie bitte nur eine Antwortkategorie aus.

- Erwerbstätigkeit:**
- 1 Auszubildende(r)
 - 2 Umschüler(in)
 - 3 Angestellte(r)
 - 4 Beamte(r)
 - 5 Arbeiter(in)/Facharbeiter(in)
 - 6 Selbständige(r)/Freiberufler(in)
 - 7 Arbeitslose(r)
 - 8 Sozialhilfeempfänger(in)
 - 9 Schüler(in)
 - 10 Student(in)
 - 11 Grundwehr-/Zivildienstleistender
 - 12 Elternzeit ("Erziehungsurlaub")
 - 13 Hausmann/Hausfrau
 - 14 Rentner(in)
 - 15 sonstige: _____ (bitte eintragen)

Alkoholkonsum: An wie vielen Tagen haben Sie während der letzten 30 Tage vor Abstinenzbeginn Alkohol getrunken? _____ (bitte eintragen: 0 – 30)

Hinweis: Bei der folgenden Frage sind Mehrfachantworten möglich. Sie können zum Beispiel angeben, dass Sie Bier und Spirituosen getrunken haben oder ausschließlich Wein etc.

Wenn Sie während der letzten 30 Tage vor Abstinenzbeginn Alkohol getrunken haben: Wie viele Gläser von welchen Getränken haben Sie dann an einem typischen Tag getrunken?

Bier (0,33 l)	_____	Gläser
Bier (0,5 l)	_____	Gläser
Wein/Sekt (0,25 l)	_____	Gläser
Spirituosen (0,02 l)	_____	Gläser

Anzahl bisheriger Entzugsbehandlungen wegen Alkohol: _____ (bitte Anzahl eintragen)

Erste Entzugsbehandlung wegen Alkohol: _____ (bitte das Jahr eintragen)

Bitte geben Sie an, ob der Konsum von Alkohol bei Ihnen in den letzten sechs Monaten die beschriebenen Folgen hatte.

-
- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. Ich bin mit dem Auto oder Motorrad gefahren, obwohl ich etwas getrunken habe. | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich habe etwas Peinliches gesagt oder getan, weil ich zu viel getrunken habe. | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich habe schlecht geschlafen, weil ich zu viel getrunken habe. | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich hatte einen Kater. | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich habe mich übergeben müssen, weil ich zu viel getrunken habe. | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
-

- Rauchen Sie?**
- 0 nein
1 nicht mehr
2 ja

Wenn "ja":
An wie vielen Tagen haben Sie während der letzten 30 Tage
geraucht?
_____ (bitte eintragen: 0 – 30)

Wenn "ja":
Bezogen auf die letzten 30 Tage: Wie viel haben Sie an so einem
Tag im Durchschnitt geraucht? _____ (bitte eintragen)

Vielen Dank!

ANHANG B-5

Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen (MDBF) # 1

Im Moment fühle ich mich ...	überhaupt nicht					sehr
	1	2	3	4	5	
1. zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. ausgeruht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. ruhelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. schlecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. schlapp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. gelassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. müde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9. unruhig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10. munter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11. unwohl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12. entspannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	überhaupt nicht					sehr

ANHANG B-6

Importance/Confidence Ruler

Bitte kreuzen Sie jeweils eine Ziffer an!

Wie wichtig ist es Ihnen, keinen Alkohol mehr zu trinken? Wie denken Sie im Moment darüber?		
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10		
unwichtig		sehr wichtig

Wie zuversichtlich sind Sie, dass es Ihnen gelingen wird, nach Abschluss der Behandlung keinen Alkohol mehr zu trinken?		
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10		
überhaupt nicht zuversichtlich		absolut zuversichtlich

Wie sicher sind Sie, dass Sie dem Verlangen nach Alkohol jetzt widerstehen könnten?		
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10		
überhaupt nicht sicher		absolut sicher

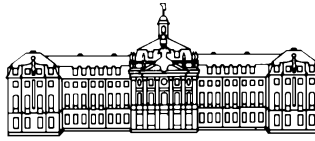
Wie zuversichtlich sind Sie, dass es Ihren Mitpatienten gelingen wird, nach Abschluss der Behandlung keinen Alkohol mehr zu trinken?		
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10		
überhaupt nicht zuversichtlich		absolut zuversichtlich

Wie wichtig ist es Ihnen, mit dem Rauchen aufzuhören? Wie denken Sie im Moment darüber?		
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10		
unwichtig		sehr wichtig

Wenn Sie sich jetzt vornehmen würden, mit dem Rauchen aufzuhören: Wie zuversichtlich sind Sie, dass Ihnen das gelingen würde?		
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10		
überhaupt nicht zuversichtlich		absolut zuversichtlich

ANHANG B-7

Fragen zur Rückfallzuschreibung



WESTFÄLISCHE
WILHELMS-UNIVERSITÄT
MÜNSTER

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Aussagen über die Ursachen von Rückfällen. Sie haben die Möglichkeit, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Kreuzen Sie bitte jeweils das Kästchen an, das Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

Hier ein Beispiel für die Beantwortung der Aussagen:

Ob ich abstinent bleibe oder nicht . . .

entscheidet sich während der Behandlung

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

Ist diese Aussage für Sie **sehr falsch**, durchkreuzen Sie bitte

Ist diese Aussage für Sie **falsch**, durchkreuzen Sie bitte

--

Ist diese Aussage für Sie **eher falsch**, durchkreuzen Sie bitte

-

Ist diese Aussage für Sie **eher richtig**, durchkreuzen Sie bitte

+

Ist diese Aussage für Sie **richtig**, durchkreuzen Sie bitte

++

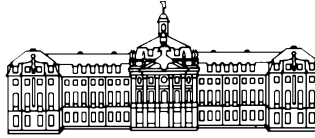
Ist diese Aussage für Sie **sehr richtig**, durchkreuzen Sie bitte

+++

Vielen Dank!

ANHANG B-8

IPC-Fragebogen



WESTFÄLISCHE
WILHELMS-UNIVERSITÄT
MÜNSTER

Auf den folgenden Seiten werden Sie noch einmal gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Sie haben wieder die Möglichkeit, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Kreuzen Sie bitte jeweils das Kästchen an, das Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

Hier ein Beispiel für die Beantwortung der Aussagen:

“Ich bin ein lebhafter Mensch.”

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

Ist diese Aussage für Sie **sehr falsch**, durchkreuzen Sie bitte

Ist diese Aussage für Sie **falsch**, durchkreuzen Sie bitte

--

Ist diese Aussage für Sie **eher falsch**, durchkreuzen Sie bitte

-

Ist diese Aussage für Sie **eher richtig**, durchkreuzen Sie bitte

+

Ist diese Aussage für Sie **richtig**, durchkreuzen Sie bitte

++

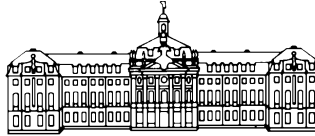
Ist diese Aussage für Sie **sehr richtig**, durchkreuzen Sie bitte

+++

Vielen Dank!

ANHANG B-9

Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-G)



WESTFÄLISCHE
WILHELMS-UNIVERSITÄT
MÜNSTER

Auf den folgenden Seiten werden Situationen beschrieben, in denen es möglicherweise schwierig ist, dem Verlangen nach Alkohol zu widerstehen. Wir möchten Sie bitten, jede Situationsbeschreibung sorgfältig zu lesen und sich vorzustellen, Sie wären jetzt in dieser Situation. Entscheiden Sie bitte möglichst spontan, ob Sie dem Verlangen nach Alkohol in der jeweiligen Situation eher leicht oder eher schwer widerstehen könnten.

Kreuzen Sie bitte die "100" an, wenn Sie sich ganz sicher sind, dass Sie dem Verlangen nach Alkohol in dieser Situation widerstehen könnten.

Kreuzen Sie bitte die "80" an, wenn Sie sich 80% sicher sind, dass Sie dem Verlangen nach Alkohol in dieser Situation widerstehen könnten.

Kreuzen Sie bitte die "60" an, wenn Sie sich 60% sicher sind, dass Sie dem Verlangen nach Alkohol in dieser Situation widerstehen könnten.

Kreuzen Sie bitte die "40" an, wenn Sie sich 40% sicher sind, dass Sie dem Verlangen nach Alkohol in dieser Situation widerstehen könnten.

Kreuzen Sie bitte die "20" an, wenn Sie sich 20% sicher sind, dass Sie dem Verlangen nach Alkohol in dieser Situation widerstehen könnten.

Kreuzen Sie bitte die "0" an, wenn Sie sich ganz sicher sind, dass Sie dem Verlangen nach Alkohol in dieser Situation nicht widerstehen könnten.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Es kann zum Beispiel sein, dass Sie dem Verlangen nach Alkohol in einer bestimmten Situation widerstehen können, in einer anderen Situation aber wieder nicht.

Vielen Dank!

Ich könnte dem Verlangen nach Alkohol widerstehen, ...	gar nicht sicher 0%						ganz sicher 100%					
1. wenn ich mich insgesamt deprimiert fühlte.	0	20	40	60	80	100						
2. wenn ich mich körperlich unwohl oder krank fühlte.	0	20	40	60	80	100						
3. wenn ich keinen Ausweg mehr sähe.	0	20	40	60	80	100						
4. wenn ich sehen wollte, ob ich kontrolliert trinken kann.	0	20	40	60	80	100						
5. wenn ich an einem Ort wäre, an dem ich früher Alkohol gekauft oder getrunken habe.	0	20	40	60	80	100						
6. wenn ich mich in Gegenwart einer anderen Person unwohl fühlte.	0	20	40	60	80	100						
7. wenn es mir bei einer privaten Einladung unangenehm wäre, den mir angebotenen Alkohol abzulehnen.	0	20	40	60	80	100						
8. wenn ich mich gemeinsam mit alten Freunden/ Freundinnen amüsieren wollte.	0	20	40	60	80	100						
9. wenn ich niemandem meine Gefühle mitteilen könnte.	0	20	40	60	80	100						
10. wenn ich von mir selbst enttäuscht wäre.	0	20	40	60	80	100						
11. wenn ich mich langweilte.	0	20	40	60	80	100						
12. wenn ich mir beweisen wollte, dass Alkohol kein Problem für mich darstellt.	0	20	40	60	80	100						
13. wenn Freunde oder Freundinnen, mit denen ich unterwegs bin, wiederholt vorschlagen würden, dass wir gemeinsam etwas trinken sollten.	0	20	40	60	80	100						
14. wenn andere mich unfair behandelten oder meine Pläne störten.	0	20	40	60	80	100						
15. wenn ich mich einsam fühlte.	0	20	40	60	80	100						
16. wenn ich wacher, munterer oder unternehmungslustiger werden wollte.	0	20	40	60	80	100						
17. wenn ich vor lauter Freude über etwas ganz außer mir wäre.	0	20	40	60	80	100						

Ich könnte dem Verlangen nach Alkohol widerstehen, ...	gar nicht sicher 0%						ganz sicher 100%
18. wenn ich mich ängstlich oder angespannt wegen etwas fühlte.	0	20	40	60	80	100	
19. wenn ich herausfinden wollte, ob ich gelegentlich etwas Alkohol trinken könnte, ohne erneut in die Abhängigkeit zu rutschen.	0	20	40	60	80	100	
20. wenn ich mich zu Hause unter starkem Druck fühlte, den Erwartungen anderer Familienangehöriger nicht entsprechen zu können.	0	20	40	60	80	100	
21. wenn ich in Gesellschaft von Freunden/Freundinnen mehr Spaß haben wollte.	0	20	40	60	80	100	
22. wenn ich mit anderen an meiner Arbeitsstelle oder während meiner Ausbildung nicht gut zurecht käme.	0	20	40	60	80	100	
23. wenn ich wegen etwas Schuldgefühle bekäme.	0	20	40	60	80	100	
24. wenn ich vor etwas, von dem ich mich überwältigt fühlte, entfliehen wollte.	0	20	40	60	80	100	
25. wenn es zu Hause Krach gäbe.	0	20	40	60	80	100	
26. wenn ich mit einem Freund oder einer Freundin feiern wollte.	0	20	40	60	80	100	
27. wenn ich mich unter Druck fühlte, weil jemand mit meiner Leistung am Arbeitsplatz oder während meiner Ausbildung nicht zufrieden ist.	0	20	40	60	80	100	
28. wenn ich mich geärgert hätte, wie etwas gelaufen ist.	0	20	40	60	80	100	
29. wenn ich nicht wüßte, was ich machen soll.	0	20	40	60	80	100	
30. wenn ich mich daran erinnerte, wie gut es täte, etwas Alkohol zu trinken oder beschwipst zu werden.	0	20	40	60	80	100	
31. wenn ich Mut bräuchte, um jemandem die Stirn zu bieten.	0	20	40	60	80	100	
32. wenn ich in einer Gruppe wäre, in der alle anderen Alkohol trinken.	0	20	40	60	80	100	

ANHANG B-10

Craving # 2

Bitte kreuzen Sie eine Ziffer an!

Wie stark ist Ihr Verlangen nach Alkohol im Moment?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

nicht vorhanden

sehr stark

ANHANG B-11

Attributionsitem

Bitte kreuzen Sie eine Ziffer an!

Versuchen Sie bitte, sich an Ihren letzten Rückfall zu erinnern:
Worin sehen Sie die wichtigste Ursache für diesen Rückfall?

Dass ich rückfällig wurde, ...

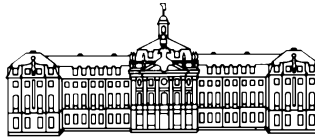
1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7

lag ausschliesslich
an mir

lag ausschliesslich
an anderen Personen
oder an den äußeren
Umständen

ANHANG B-12

Brief Symptom Inventory (BSI), Subskala Depression



WESTFÄLISCHE
WILHELMS-UNIVERSITÄT
MÜNSTER

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar **während der vergangenen sieben Tage bis heute**. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort “den besten Eindruck” machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...					
1. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
2. Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
3. Schwermut	0	1	2	3	4
4. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
5. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
6. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4

ANHANG B-13

Craving # 3

Bitte kreuzen Sie eine Ziffer an!

Wie stark ist Ihr Verlangen nach Alkohol im Moment?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

nicht vorhanden

sehr stark

ANHANG B-14

Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen (MDBF) # 1

Im Moment fühle ich mich ...	überhaupt nicht					sehr
	1	2	3	4	5	
13. zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
14. ausgeruht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
15. ruhelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
16. schlecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
17. schlapp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
18. gelassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
19. müde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
20. gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
21. unruhig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
22. munter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
23. unwohl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
24. entspannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	überhaupt nicht					sehr

ANHANG B-15




Comprehensive Alcohol Expectancy Questionnaire, standard version

WESTFÄLISCHE
WILHELMS-UNIVERSITÄT
MÜNSTER

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Aussagen über die Wirkung von Alkohol. Wir möchten Sie bitten, zwei verschiedene Fragen zu beantworten:

- (1) Wirkt Alkohol bei Ihnen in der jeweils beschriebenen Art und Weise?
- (2) Wie angenehm bzw. unangenehm ist – oder wäre – diese Wirkung Ihrer Meinung nach?

Beide Aspekte sollen jeweils anhand einer fünfstufigen Skala beurteilt werden:


WENN ICH ALKOHOL GETRUNKEN HABE, ...	1 = keinesfalls	1 = sehr unangenehm
	2 = wahrscheinlich nicht	2 = unangenehm
	3 = vielleicht	3 = weder noch
	4 = ziemlich wahrscheinlich	4 = angenehm
	5 = ganz sicher	5 = sehr angenehm
		 
habe ich weniger Hunger.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Wenn Sie zum Beispiel der Meinung sind, dass Alkohol bei Ihnen “keinesfalls” so wie beschrieben wirkt, kreuzen Sie bitte die “1” an. Wenn Alkohol bei Ihnen “ganz sicher” in der beschriebenen Art und Weise wirkt, kreuzen Sie bitte die “5” an etc. Beurteilen Sie danach bitte, wie angenehm bzw. unangenehm diese Wirkung ist oder wäre (wenn Sie der Ansicht sind, dass Alkohol bei Ihnen nicht wie beschrieben wirkt): Wenn die jeweilige Wirkung Ihrer Ansicht nach zum Beispiel “unangenehm” ist, kreuzen Sie bitte die “2” an. Empfinden Sie die beschriebene Wirkung von Alkohol hingegen als “angenehm”, kreuzen Sie bitte die “4” an usw.

Wichtig ist, dass Sie beide Fragen unabhängig voneinander beantworten. Es ist beispielsweise denkbar, dass jemand unter Alkohol “ganz sicher” weniger Hunger hat als sonst und diese Wirkung als “sehr angenehm” empfindet, während eine andere Person diesen Effekt hingegen als “sehr unangenehm” empfindet.

Uns interessiert, wie Alkohol **bei Ihnen** wirkt und wie Sie diese Wirkung beurteilen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Die Wirkung von Alkohol kann von Person zu Person sehr verschieden sein und unterschiedlich erlebt werden!


Anhang B

WENN ICH ALKOHOL GETRUNKEN HABE, ...		1 = keinesfalls 2 = wahrscheinlich nicht 3 = vielleicht 4 = ziemlich wahrscheinlich 5 = ganz sicher	1 = sehr unangenehm 2 = unangenehm 3 = weder noch 4 = angenehm 5 = sehr angenehm
1. finde ich alles irgendwie lustiger – auf jeden Fall lache ich mehr.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2. fange ich an, mich in den Vordergrund zu spielen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
3. bin ich mutiger.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4. verliere ich schneller die Geduld und gerate in Rage.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
5. bin ich ausgeglichener.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
6. bin ich weniger leistungsfähig.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
7. kann ich keinen klaren Gedanken mehr fassen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
8. bin ich witziger.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
9. fühle ich mich schlapp.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
10. fühle ich mich nicht mehr so in Eile oder unter Zeitdruck.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
11. kann ich mich auf Partys besser vergnügen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
12. kann ich meine Probleme und Sorgen vergessen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
13. fühle ich mich benommen und schwindlig.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
14. bin ich in ausgelassener Stimmung.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
15. bin ich gesprächiger.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
16. fällt es mir schwerer, über knifflige Probleme nachzudenken.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
17. steigt mein Selbstvertrauen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
18. kann ich besser einschlafen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Anhang B

WENN ICH ALKOHOL GETRUNKEN HABE, ...	1 = keinesfalls 2 = wahrscheinlich nicht 3 = vielleicht 4 = ziemlich wahrscheinlich 5 = ganz sicher		1 = sehr unangenehm 2 = unangenehm 3 = weder noch 4 = angenehm 5 = sehr angenehm
			⊗ ☺
19. bin ich nicht mehr so angespannt.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
20. reagiere ich langsamer als sonst.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
21. werde ich müde.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
22. bin ich lockerer und ungezwungener.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
23. kann ich besser abschalten.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
24. kann ich mich schneller wieder ab- reagieren, wenn ich wütend bin.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
25. fällt es mir leichter, auf andere Menschen zuzugehen.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
26. bin ich risikobereiter.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
27. bin ich in romantischer Stimmung.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
28. fühle ich mich anderen eher verbunden.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
29. kann ich einer Unterhaltung nicht mehr richtig folgen.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
30. genieße ich Sex noch mehr.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
31. lassen Schmerzen, die ich habe, deutlich nach.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
32. habe ich Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
33. stelle ich mich ungeschickt an.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
34. werde ich schneller aggressiv.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
35. bin ich reizbar und aufbrausend.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
36. empfinde ich stärker beim Sex.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
37. bin ich nicht mehr so schüchtern.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
38. kann ich Schmerzen besser ertragen.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5

Anhang B

WENN ICH ALKOHOL GETRUNKEN HABE, ...	1 = keinesfalls 2 = wahrscheinlich nicht 3 = vielleicht 4 = ziemlich wahrscheinlich 5 = ganz sicher		1 = sehr unangenehm 2 = unangenehm 3 = weder noch 4 = angenehm 5 = sehr angenehm
			⊖ ☺
39. werde ich träge.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
40. gehe ich eher aus mir heraus.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
41. bin ich gefühlvoller.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
42. bin ich nicht mehr so verspannt.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
43. breche ich eher einen Streit vom Zaun.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
44. wird mir übel.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
45. habe ich Schwierigkeiten, eine Situation richtig einzuschätzen.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
46. habe ich mehr Lust auf Sex.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
47. bin ich unbefangener.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
48. ist es mir nicht mehr so wichtig, was andere von mir denken.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
49. flirte ich eher.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
50. lerne ich leichter neue Leute kennen.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5
51. fühle ich mich energiegeladener und voller Tatendrang.	1 2 3 4 5	Diese Wirkung des Alkohols ist/wäre	1 2 3 4 5

ANHANG B-16

Craving # 4

Bitte kreuzen Sie eine Ziffer an!

Wie stark ist Ihr Verlangen nach Alkohol im Moment?

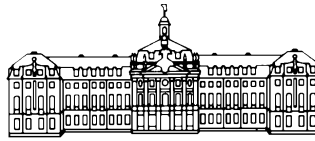
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

nicht vorhanden

sehr stark

ANHANG B-17

Einverständnis Follow-up



WESTFÄLISCHE
WILHELMS-UNIVERSITÄT
MÜNSTER

Einverständniserklärung

Ich bin heute über Ziel, Ablauf und Dauer des Forschungsprojekts “Erwartungen alkoholabhängiger Patienten” informiert worden. Ich erkläre mich damit einverstanden, an dieser Studie teilzunehmen. Diese Teilnahme beinhaltet das Ausfüllen von Fragebögen sowie eine telefonische und/oder eine schriftliche Nachbefragung nach Ablauf von drei Monaten.

Ich wurde darüber informiert, dass die erhobenen Daten – unter Einhaltung der Vorschriften des Datenschutzes – ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken auf elektronischen Datenträgern gespeichert und mittels statistischer Verfahren zusammengefasst und ausgewertet werden. In wissenschaftlichen Berichten werden nur Sammelstatistiken veröffentlicht, d.h. eine Zuordnung der erhobenen Daten zu bestimmten Personen ist nicht möglich.

Die vorliegende Einverständniserklärung bezieht sich lediglich auf Daten, die im Rahmen der genannten Untersuchung erhoben werden, und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen widerrufen werden.

Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	

.....
(Ort, Datum)

Entlassung am

.....
(Unterschrift)

Anhang C: Follow-up-Interviewleitfaden

Datum:	_____
Kennung:	_____
Beginn des Gesprächs:	_____ (Uhrzeit bitte eintragen)
Ende des Gesprächs:	_____ (Uhrzeit bitte eintragen)

Guten Tag! Maria Jenko, Westf. Klinik Münster. Sie haben während der Behandlung in der Westf. Klinik Münster unseren Fragebogen ausgefüllt und sich bereit erklärt, zwölf Wochen nach Abschluss der Behandlung noch mal ein paar Fragen zu beantworten. Deswegen rufe ich heute an. Haben Sie einen Moment Zeit? Dauert fünf bis zehn Minuten ...
Sie wurden vor zwölf Wochen entlassen, also am _____ 2004. Stimmt das?

Die Fragen, die ich Ihnen heute stelle, beziehen sich immer auf die Zeit nach der Entlassung aus der Westf. Klinik Münster.

Konsum / Rückfall

Zuerst möchte ich Ihnen ein paar Fragen zum Alkoholkonsum stellen ...

Haben Sie nach Abschluss der Behandlung in Münster (in der WKM) Alkohol getrunken?

- nein
 ja

Wenn "ja":

Wie viele Tage nach Abschluss der Behandlung haben Sie erstmals wieder Alkohol getrunken? _____ (bitte eintragen: 0 – 30)

Wann war das? _____ (Datum bitte eintragen)

Wie lange dauerte dieser Rückfall? _____ (bitte eintragen: 0 – 30)

Alles in allem, an wie vielen Tagen haben Sie seit der Entlassung aus Münster (aus der WKM) Alkohol getrunken?
--

während der letzten zwölf Wochen Alkohol getrunken?

_____ (bitte Anzahl der Tage eintragen: 0 – 84)

Datum:	Kennung:
--------	----------

Wenn Sie seit der Entlassung aus Münster (aus der WKM) Alkohol getrunken haben: Was haben Sie dann an einem typischen Tag getrunken? Bier, Wein oder hochprozentigen Alkohol? ... Und wie viele Gläser?

Bier (0.33 l) _____ Gläser
Bier (0.5 l) _____ Gläser
Wein/Sekt (0.25 l) _____ Gläser
Spirituosen (0.02 l) _____ Gläser

Behandlung

Entwöhnung / Rehabilitation

Schloss sich an die Behandlung in Münster (in der WKM) eine ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung an?

- nein
- ja, ambulant
- ja, stationär

Wenn "ja":

Wie lange dauerte diese Entwöhnungsbehandlung? _____ Wochen (bitte eintragen)

Wann begann diese Entwöhnungsbehandlung? _____ (Datum bitte eintragen)

(Qualifizierter) Entzug / Entgiftung

Schlossen sich an die Behandlung in Münster (in der WKM) weitere ambulante oder stationäre Entzugsbehandlungen an?

- nein
- ja, ambulant Wenn "ja": Anzahl der Entzugsbehandlungen _____ (bitte eintragen)
- ja, stationär Wenn "ja": Anzahl der Entzugsbehandlungen _____ (bitte eintragen)

Wenn "ja":

Wann begann diese (die erste) Entzugsbehandlung? _____ (Datum bitte eintragen)

Datum:	Kennung:
--------	----------

Teilstationäre Behandlung / Tagesklinik

Schloss sich an die Behandlung in Münster (in der WKM) eine teilstationäre Behandlung an?

- nein
 ja

Wenn "ja":

Wie lange dauerte diese teilstationäre Behandlung? _____ Wochen (bitte eintragen)

Wann begann diese teilstationäre Behandlung? _____ (Datum bitte eintragen)

Motivation

Abschließend möchte ich Ihnen noch zwei Fragen stellen . . .

Wie wichtig ist es Ihnen, keinen Alkohol mehr zu trinken? Wie denken Sie im Moment darüber?		
	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	
unwichtig		sehr wichtig

Wie zuversichtlich sind Sie, dass es Ihnen künftig gelingen wird, keinen Alkohol mehr zu trinken?		
	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	
überhaupt nicht zuversichtlich		absolut zuversichtlich

Das war es auch schon! Vielen Dank! Möchten Sie noch etwas über unsere Untersuchung wissen?

Stand der Patient während des Gesprächs unter dem Einfluss von Alkohol?

- nein
 ja

DANKSAGUNG

An erster Stelle möchte ich Herrn PD Dr. Ralf Demmel für die Förderung und intensive Unterstützung meines Promotionsvorhabens danken sowie für die umfassende und konstruktive Betreuung, empathische Ermutigung und nachhaltige Stärkung meiner Dissertations-Selbstwirksamkeitserwartung.

Frau Prof. Dr. de Jong-Meyer möchte ich für die Begleitung meiner Entwicklung zur klinischen Psychologin, die Supervision und Bekräftigung meiner ersten therapeutischen Erfahrungen in der Behandlung alkoholabhängiger Patienten während des Studiums und die Begutachtung meiner Doktorarbeit danken.

Ich danke der Christoph-Dornier-Stiftung, im besonderen Herrn Prof. Dr. Fred Rist, Herrn Prof. Dr. Wolfgang Fiegenbaum und Herrn Fabian Andor, die über ein Promotionsstipendium und Doktorandensymposien den *Stein ins Rollen* gebracht haben.

Spezieller Dank gebührt natürlich den Teilnehmern meiner Studie, den Behandlungseinrichtungen, aus denen ich die Probanden rekrutieren durfte, und den Diplomanden, die einen Teil der Stichprobenerhebung betreut haben.

Ich möchte mich bei meinen Freunden für ihr offenes Ohr, ihre Ratschläge, ihren Glauben – einfach für ihr Dasein bedanken. Danke vor allem Dr. Tanja Upatel, Sascha Serwe und meinem Bruder Jürgen Jenko.

Mein herzlicher Dank geht an Matthias Walter, der mit mir die Höhen und Tiefen dieser Dissertation durchlebt, mir immer wieder den Rücken gestärkt und nie an dem Erfolg meines Vorhabens gezweifelt hat.

Aus tiefstem Herzen danke ich meinem Vater Johannes Jenko, der meinen Lebensweg geprägt, liebevoll begleitet und ermöglicht hat.

ERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich, dass ich die Arbeit selbständig verfasst, keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen, sie noch in keinem anderen Prüfungsverfahren vorgelegt und keine anderen als die in der Dissertation aufgeführten Quellen benutzt habe und dass es sich bei dem eingereichten Exemplar um ein Original handelt.

Düsseldorf,
(Ort, Datum)

(Unterschrift)

CURRICULUM VITAE / LEBENSLAUF

