

Kognitive Stile Alkoholabhängiger – eine vergleichende empirische Untersuchung

Master-Thesis

vorgelegt im Rahmen des Master-Studienganges Suchttherapie an der KFH Köln

von Martin Orlicek - Hans-Wild-Str. 38 - 50823 Köln

Matrikel-Nr.: 277025

Erstprüfer:

Prof. Dr. Michael Klein

Zweitprüferin:

Dr. Sabine Rienas

Vorwort

1. Einleitung	1
2. Vorüberlegungen und Hypothese	3
3. Definitionen zentraler Begriffe	
5	
3.1 Kognitionen & kognitiver Stil	5
3.2 Persönlichkeit	5
3.3 Suchtpersönlichkeit?	
6	
3.4 Eigenschaften suchtkranker Menschen	
7	
3.4.1 Barnes	7
3.4.2 Cloninger	8
3.4.3 Cox	8
3.4.4 Feuerlein, Küfner und Soyka	8
3.4.5 Klein und Vaillant	
10	
3.4.6 Kruse, Körkel und Schmalz	10
3.4.7 Leonard und Blane	10
3.4.8 Rost	11
3.4.9 Sher	11
3.4.10 Tarter und Edwards	11
3.4.11 Vollmer	12
4. Kognitive Therapie	13
4.1 REVT von Albert Ellis	
14	

**5. Beschreibung vergleichbarer vorhergehender Untersuchungen
und des Erhebungsinstruments**

22

5.1 Vergleichbare Untersuchungen

22

5.1.1 Fragebogen irrationaler Einstellungen (FIE) von Klages 22

5.1.2 Irrational Beliefs Inventory (IBI) von Koopmans, Sanderman, Timmerman und
Emmelkamp 23

5.2 Fragebogen 23

5.2.1 Selbstkontrolle 24

5.2.2 Selbstwert 24

5.2.3 Temperament & Devianz

25

5.2.4 Sozialverhalten 25

5.2.5 Ressourcen & Defizite 25

5.2.6 Irrationale Ideen

26

5.3 Aufbau der Untersuchung 26

5.3.1 Teilnehmer der Untersuchung 26

5.3.2 Resonanz der Befragung

26

6. Datenerhebung

29

7. Ergebnisse	30
7.1 Grunddaten	30
7.2 Skalen-Vergleich Klienten und Kollegen	36
7.2.1 Skala Selbstkontrolle	36
7.2.2 Skala Selbstwert	39
7.2.3 Skala Temperament & Devianz	42
7.2.4 Skala Sozialverhalten	47
7.2.5 Skala Ressourcen & Defizite	52
7.2.6 Skala Irrationale Ideen	55
7.2.7 Vergleich Top und Low Box Klienten und Kollegen	61
7.2.8 Summenscore Klienten und Kollegen	62
Inhalt	Seite
<hr/>	
7.3 Vergleich Klienten untereinander	65
7.3.1 Skalenvergleich Klienten Gruppe A und B	65
7.3.2 Vergleich Top und Low Box Klienten untereinander	71
7.3.3 Vergleich der Klientengruppen über Summenscore	72
8. Überprüfung der Hypothese & Ausblick	
8.1 Überprüfung der Hypothese	73
8.2 Ausblick	75

9. Abstract

77

10. Literatur

78

Tabellenverzeichnis

Seite

Tabelle 1 – Auflistung fehlender Angaben (Missings)

28

Tabelle 2 – Kreuztabelle Vergleich Geschlechterverteilung

30

Tabelle 3 – Kreuztabelle Schulbildung Klienten und Kollegen

30

Tabelle 4 – Kreuztabelle Berufsausbildung Klienten und Kollegen

31

Tabelle 5 – Kreuztabelle Alter Klienten und Kollegen	
32	
Tabelle 6 – Kreuztabelle Lebensform Klienten und Kollegen	
32	
Tabelle 7 – Kreuztabelle Geschlecht und Lebensform bei Klienten und Kollegen	33
Tabelle 8 – Abstinenzdauer der Klienten	
34	
Tabelle 9 – Alkoholkonsummuster der Kollegen	34
Tabelle 10 – Top und Low Box Klienten & Kollegen für alle Skalen	
61	
Tabelle 11 – Signifikanzberechnung Summenscore Vergleich Kollegen & Klienten	
63	
Tabelle 12 – Binnenvergleich Klienten Top und Low Box	71

Anlagen

Seite

- 1 – Fragebogen mit Begleitschreiben
81
- 2 – Auflistung der Items nach Skalen geordnet
90
- 3 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Selbstkontrolle 2
94
- 4 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Selbstkontrolle 6
95
- 5 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Selbstkontrolle 7
96
- 6 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Selbstwert 3
97
- 7 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Selbstwert 5
98
- 8 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Selbstwert 19
99
- 9 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Temperament & Devianz4
100
- 10 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Temperament & Devianz9
101
- 11 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Temperament & Devianz11
102
- 12 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Temperament & Devianz12
103
- 13 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Temperament & Devianz16
104
- 14 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Sozialverhalten3
105
- 15 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Sozialverhalten4
106

16 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Sozialverhalten	5
107	
17 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Sozialverhalten	12
108	
18 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Ressourcen & Defizite	7
109	
19 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Ressourcen & Defizite	13
110	
20 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten Ressourcen & Defizite	16
111	
21 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten irrationale Ideen	2
112	
22 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten irrationale Ideen	3
113	
23 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten irrationale Ideen	4
114	
24 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten irrationale Ideen	5
115	
25 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten irrationale Ideen	8
116	
26 – signifikante Items Vergleich Klienten und Kollegen - Häufigkeiten irrationale Ideen	13
117	
27 – Skalenvergleich Summenscore Klienten und Kollegen	118
28 – Darstellung tendenziell signifikanter Items Vergleich Klienten und Kollegen	
119	

Anlagen

Seite

29 – signifikante Items Vergleich Klienten untereinander - Häufigkeiten Selbstkontrolle	1
120	

30 – signifikante Items Vergleich Klienten untereinander - Häufigkeiten Selbstkontrolle3	
121	
31 – signifikante Items Vergleich Klienten untereinander - Häufigkeiten Sozialverhalten1	
122	
32 – signifikante Items Vergleich Klienten untereinander - Häufigkeiten Ressourcen4	123
33 – signifikante Items Vergleich Klienten untereinander - Häufigkeiten irrationale Ideen1	
124	
34 – T-Test zur Ermittlung der Signifikanz beim Skalenvergleich der Klienten untereinander	
125	
Erklärung	126

Vorwort

Zunächst ein stilistischer Hinweis: Aufgrund der vom Verfasser empfundenen besseren Lesbarkeit wurde beim Anfertigen dieser Arbeit ausschließlich die männliche Form verwendet.

Bei der vorliegenden Arbeit bin ich vielfältig unterstützt worden. Insbesondere danke ich Herrn Prof. Michael Klein und Frau Dr. Rienas für die ermutigende Betreuung der Arbeit, Frau Dr. Hoff für die Lösung gefühlt unlösbarer statistischer Probleme, Herrn Dr. Bernhard Schoenemann als Vorgesetzter im Gesundheitsamt für die Rückendeckung bei diesem Projekt, Annette Koertzsohn als maßgeblich Leid tragende Arbeitskollegin für die Kompensation meiner Praxisausfälle, und für die Lektoren stellvertretend Martin „PD“ Kraus und vor allem Jeanette Wolff.

Ganz besonderen Dank schulde ich aber vor allem meiner Familie, Barbara, Johan, Matilda und ... ?, ohne die weder diese noch alle anderen vorangegangenen Arbeiten realisierbar gewesen wären.

1. Einleitung

Die Klienten der stadtinternen Suchtberatungsstelle der Stadtverwaltung Köln, in der der Verfasser arbeitet, zeigen häufig das von vielen Suchtkranken bekannte Verhalten. Sie überzeichnen, dramatisieren und wehren sich gegen Veränderungen. Oft können gemeinsam vereinbarte therapeutische Ziele nicht bearbeitet werden, weil die Klienten sie bewusst oder unbewusst torpedieren. Es ist ihnen scheinbar aber auch nicht möglich, zum Ausdruck zu bringen, wenn sich eine in den Therapiesprächen vereinbarte Übung oder Hausaufgabe als zu schwierig erweist. In Krisen verwerfen manche alle mühsam einstudierten Rückfallpräventionskonzepte und kommen anschließend, am Boden zerstört, wieder in die Therapie zurück.

Dann wieder sind sie hoch motiviert, aufmerksam, dankbar, verlängern oft aus eigenem Antrieb die Therapie, bleiben der Beratungsstelle zum Teil über zwei Jahrzehnte treu. Ist das alles irrationales Verhalten? Und spezifisch für suchtkranke Menschen? Sich gegen Veränderungen zu sperren, Vereinbarungen nicht einhalten zu können, zu stolz oder zu durcheinander zu sein, über ein Problem zu sprechen? Oder ist das einfach menschliches, nicht pathologisches Verhalten?

Diese Untersuchung dient der Beantwortung der aus oben beispielhaft genannten Alltagsbeobachtungen resultierenden Frage, ob Suchtkranke tatsächlich anders, unvernünftiger denken und auch dementsprechend handeln. Wenn dem so wäre, hätte dies bedeutsame Folgen für eine Suchttherapie. Der Behandler könnte sich auf die spezifische Denkweise „der“ Suchtkranken einstellen - wenn es die monolithische Denkweise „des“ suchtkranken Patienten denn gäbe.

Das Ziel dieser Arbeit ist, Erkenntnisse zum kognitiven Stil suchtkranker Menschen zu gewinnen und daraus Interventionen für die therapeutische Arbeit abzuleiten.

Zum Aufbau der Arbeit: Im folgenden Kapitel 2 wird zunächst die Fragestellung in Form einer Hypothese konkretisiert. Es folgen unter 3. die Definition der zentralen Begriffe der Untersuchung sowie ein Überblick über Suchtkranken zugeschriebene kognitive Merkmale und Persönlichkeitseigenheiten. Im anschließenden Kapitel 4 werden die für diese Untersuchung maßgeblichen Kognitiven Therapien, insbesondere nach Aaron T. Beck und Albert Ellis, skizziert. Der für diese Untersuchung entwickelte Fragebogen wird hinsichtlich seiner Gestaltung und Zielsetzung unter 5. beschrieben, ebenso wie der

Aufbau der Untersuchung. Merkmale der Datenerhebung finden sich unter 6. Die Ergebnisse der Berechnungen werden in

Kapitel 7 dargestellt. Unter 8. folgen Zusammenfassung und Ausblick. Ein abschließendes Abstract findet sich in Kapitel 9.

Eine typische Frage in der Erfassung irrationaler Kognitionen soll in der vorliegenden Arbeit zumindest ansatzweise behandelt werden: Sind die „irrational beliefs“ und andere scheinbar typische Persönlichkeitsmerkmale vor der Suchterkrankung oder durch die Abhängigkeit des Betroffenen entstanden? Das heißt, sind sie Ursache oder Wirkung der Abhängigkeitserkrankung? Die Ätiologie, die „Lehre von den Ursachen, bes. der Krankheiten“ (Burfeind-Wahrig, 1991, S. 75) der Erkrankung spielt in der psychotherapeutischen Behandlung der Sucht eine erhebliche Rolle. Daher wird in dieser Untersuchung (in Kapitel 3.4) auch der Frage nach der Entstehungsgeschichte von kognitiven Merkmalen bei abhängigkeitskranken Menschen nachgegangen.

2. Vorüberlegungen und Hypothese

Abhängigkeit ist irrational. Irrational bedeutet „mit dem Verstand nicht erfassbar; vernunftswidrig; unberechenbar; von lat. irrationalis: «unvernünftig, ohne Anwendung der Vernunft»“(Burfeind-Wahrig, 1991, S. 332). Eine stoffgebundene Suchterkrankung beispielsweise ist etwas Unvernünftiges, weil man durch diese Krankheit häufig seine Gesundheit, seine berufliche Laufbahn und seine sozialen Beziehungen gefährdet. Also ist eine Suchterkrankung irrational. Aber ist denn beispielsweise eine Alkoholabhängigkeit nicht auch, zumindest offiziell, eine Krankheit? Haben Krankheiten etwas mit Vernunft zu tun? Verhält man sich also unvernünftig, wenn man suchtkrank wird? Oder ist das Suchtverhalten nicht Folge oder zumindest Ausdruck einer Erkrankung? Ist Abhängigkeit also wirklich irrational? Ist sie nicht einfach erlerntes Fehlverhalten? Oder ein Instrument familiär-systemischer Homöostase – um also einen Familienverbund im Gleichgewicht zu halten? Gibt es nicht eine inhärente Logik in jeder Abhängigkeitserkrankung?

In der vorliegenden Arbeit wird der kognitive Stil alkoholabhängiger Menschen mit dem nicht Suchtkranker verglichen. Der kognitive Ansatz greift dabei auf tief wurzelnde Ursprünge zurück. Nicht nur die häufig zitierten Stoiker bilden das Fundament der Kognitiven Therapie, wie Albert Ellis anführt, sondern seine REVT ist ebenso von Voltaire, Schopenhauer und Spinoza beeinflusst (Lotz, 2003). Auch René Descartes hat sich mit der Bedeutung der Vernunft für das Individuum auseinander gesetzt. Seine bedeutendste Schrift, „Discours de la méthode ...“ erschien in deutscher Übersetzung als „Abhandlung über die Methode, seine Vernunft richtig zu leiten und die Wahrheit in den Wissenschaften zu suchen“ (Küng, 1978, S. 769). Dies bedeute eben auch, dass der einzelne Mensch auf die Kraft seines Geistes vertrauen soll. Der naturwissenschaftlich geprägte (und ausgebildete Jurist) Descartes setzte der Gottesgewissheit die Selbstgewissheit entgegen. Descartes Position „Der Mensch ist das Zentrum, und zwar auf eigenen Füßen“ (Küng, 1978, S. 36), drückt sich im Leitgedanken aus, dass das zweifelnde und Sinn suchende Individuum über den Akt des Zweifelns seine existenzielle Selbstgewissheit zurück gewinnt. Die berühmte Formel „Ich denke, also bin ich“ führt letztendlich zu der Abwandlung, „ich bin so, wie ich denke“.

Bezogen auf die Arbeit mit suchtkranken Menschen bedeutet das, der Mensch ist nicht nur selbst verantwortlich für sein Dasein und sein Abhängigsein. Er kann es auch in hohem Maße durch seine Art zu denken beeinflussen. Im Persönlichkeitsbild der Kognitiven Therapien, insbesondere in der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie (siehe 4.1) ist der gedankliche Stil einer Person entscheidend für ihre emotionale Verfassung. Diese wiederum bestimmt das Handeln oder Unterlassen eines Menschen. Somit werden durch diese therapeutischen

Veränderungen die Persönlichkeitsdimensionen des Denkens, der Emotionen und des Verhaltens berührt und verändert.

Die in Kapitel 1 skizzierten Alltagsbeobachtungen in der praktischen beratenden wie therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken legen die Vermutung nahe, dass Suchtkranke, im konkreten Fall alkoholabhängige Menschen, kognitive Verzerrungen aufweisen. Um dies zu überprüfen, ist diese Arbeit konzipiert worden.

Die Forschungshypothese (H^1) lautet daher, „Alkoholabhängige Menschen zeigen im Vergleich zu nicht Suchtkranken deutliche kognitive Unterschiede.“ Die Nullhypothese (H^0) würde davon ausgehen, dass zwischen den beiden zu vergleichenden Gruppen hinsichtlich ihres kognitiven Stils keine signifikanten Unterschiede bestehen. Die Signifikanzgrenze wird in dieser Untersuchung mit 5% festgelegt (vgl. Bortz, 1995, S. 25-27).

Die kognitiven Unterschiede werden mit Hilfe von Skalen gemessen, die unter 5.2.1 bis 5.2.6 näher beschrieben worden sind. Zunächst jedoch folgt eine Definition der zentralen Begriffe dieser Untersuchung.

3. Definitionen zentraler Begriffe

3.1 Kognitionen & kognitiver Stil

Der Begriff Kognition geht auf das lateinische „cognitio = das Wahrnehmen, Erkennen“ (Burfeind-Wahrig, 1991, S. 379) zurück und deutet schon von der Etymologie her einen intellektuellen Vorgang an, der nur einen Teil des menschlichen Daseins erfasst. In der verhaltenstherapeutischen Terminologie lautet die Definition folgendermaßen: „der Begriff «Kognition» bezeichnet bestimmte Phänomene oder Klassen von Phänomenen, wie etwa Denken, Wahrnehmen, Vorstellen (Kognitive [sic] Prozesse) oder Wissen bzw. Bewusstseinsinhalte (kognitive Strukturen)“, wie Fliegel et al. beschreiben (Fliegel, Groeger, Künzel, Schulte und Sorgatz, 1998, S. 198). Die Persönlichkeit eines Menschen zeigt sich nicht nur in seinem kognitiven Stil, wie unter Kapitel 3.2 näher erläutert wird. Der Mensch verfügt nicht nur über gedankliche Möglichkeiten, er nimmt nicht nur wahr und erkennt. Sein Leben ist gleichermaßen von Emotionen und unbewusstem wie bewusstem Verhalten, von seinem Temperament und seinem Kommunikationsstil geleitet. Dies alles macht die Gesamtpersönlichkeit eines Menschen aus, die im Folgenden näher definiert werden soll.

3.2 Persönlichkeit

Was also macht die Wesensart des Menschen aus? Dörner und Plog zitieren Karl Jaspers, demzufolge Persönlichkeit „... das Ganze der verständlichen Zusammenhänge, besonders des Trieb- und Gefühlslebens, der Wertungen und Strebungen, des Willens“ bedeute (Dörner, 1992, S. 70).

Pervin sieht die Persönlichkeit als „jene Charakteristika einer Person, welche die Grundlage der konstanten Muster des Fühlens, Denkens und Verhaltens ausmachen“ (Pervin, 2000, S. 24). Diese seien gleichwohl nicht als lebenslang feststehend anzusehen. Pervin führt hier Mischel an: „Walter Mischel, der ... die traditionellen Persönlichkeitstheorien kritisierte, weil sie sich auf stabile beständige innere Persönlichkeitsstrukturen berufen, was dazu führt, dass das menschliche Verhalten als beinahe unveränderlich angesehen wird“. Als Einflussfaktoren sieht Pervin unter Heranziehung von Mischel insbesondere „Veränderungen der Umgebung oder der externen Bedingungen“ (Pervin, 2000, S. 37). Diese Sichtweise bedeutet für den therapeutischen Prozess, dass auch eine schwere und chronifizierte Erkrankung keineswegs als eine kaum beeinflussbare Konstante akzeptiert werden muss. Der Optimismus, der aus einer der Kernaussagen von Carl Rogers, Begründer der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie,

spricht, findet sich auch in den Kognitiven Therapien wieder: „... der Mensch bewegt sich grundsätzlich auf Selbstverwirklichung, Reife und Sozialisation hin“ (Rogers zitiert nach Pervin, 2000, S. 174). Dieser am Wachstum des Menschen ausgerichteten Grundhaltung schließen sich auch die Vertreter der Kognitiven Theorien an: „Die sozial-kognitive Theorie sieht die Person als aktiven Organismus“ (Pervin, 2000, S. 382). Darüber hinaus versucht der Mensch nach Fiedler „auch gesellschaftlich-kulturellen Anforderungen und Erwartungen zu entsprechen und seine zwischenmenschlichen Beziehungen auf der Suche nach einer persönlichen Identität mit Sinn zu füllen“ (Fiedler, 1995, S. 3).

Der Mensch wird also u.a. sowohl von seiner Kommunikativität, seiner Bereitschaft zur Veränderung, seinem Temperament, seinem Sozialverhalten und seinen Denkweisen geprägt. Wo findet sich nun der Suchtkranke in diesen Persönlichkeitsbildern wieder? Orientierungshilfe gibt das klassische Schema von Eysenck, das den Menschen hinsichtlich der Persönlichkeitsdimensionen folgendermaßen einteilt:

1. Introversion / Extraversion („unsozial, ruhig und passiv / sozial, aus sich herausgehend und aktiv“)
2. Neurotizismus (zum Beispiel emotional ausgeglichen / unausgeglichen)
3. Psychotizismus: Menschen, die bei dieser Dimension einen hohen Wert erzielen, seien „einsam, empfindungslos, sorglos um andere und in Opposition zu akzeptierten sozialen Gebräuchen“ (Pervin, 2000, S. 232-234)

Cox beispielsweise (siehe Kapitel 3.4.3) sieht bei suchtkranken Menschen gerade in diesem dritten Bereich Auffälligkeiten. Im folgenden Kapitel werden die von einigen Autoren beobachteten Persönlichkeitseigenschaften von Abhängigkeitskranken zusammengestellt. Eingangs erfolgt zunächst

ein Überblick über Suchterkrankungen aus der Perspektive verschiedener psychotherapeutischer Richtungen.

3.3 Suchtpersönlichkeit?

Die Verhaltenstherapie greift bei der Behandlung der Sucht auf das lerntheoretische Paradigma zurück. Dieses besagt, „ (...) dass deviantes, süchtiges Verhalten ein erlerntes Verhalten sei, dass folglich in einer Verhaltenstherapie wieder verlernt werden könne“ (Bohlen, 1998, S. 84). Eine besondere Rolle spielt dabei die Wiederholungswahrscheinlichkeit von Suchtverhalten, die über Konditionierungsprozesse abläuft: „Wenn (...) der Alkoholkonsum das Erleben eigener Kompetenzen (z.B. «aus sich herausgehen können»), freundlich-positiv gefärbte Selbstsicht oder Kreativität ... fördert sowie die Beendigung unangenehmer Affekte (z.B. Spannungszustände) bewirkt, wird zukünftiger Alkoholkonsum wahrscheinlicher“ (Kruse, 2001, S. 164). Damit ist noch keine Abhängigkeit beschrieben, aber ein funktionaler Konsum, der als schädlicher Gebrauch einer späteren, schwereren Suchtproblematik den Weg bereitet.

3.3 / 3.4 / 3.4.1 – Seite 7

Aus systemisch-familiärentherapeutischer Sicht dient „Suchtverhalten (...) dazu, Nähe, Distanz und Abgrenzungsverhalten so zu regulieren, dass daraus keine bedrohlichen Beziehungskonflikte resultieren“ (Kruse, 2001, S. 166). Eine psychoanalytische Erklärung für eine Abhängigkeit ist, dass viele Suchtkranke

„... innere oder äußere Reize und Affekte nicht differenziert und spezifisch erleben, sondern von ihnen förmlich überrollt werden (...). Der Alkohol stellt ein probates Mittel dar, diese anflutenden, ängstigenden und drängenden Urgefühle auf Abstand zu halten (...). Die Alkoholismussymptome werden also nicht als Krankheit im herkömmlichen Sinne verstanden, sondern ganz im Gegenteil, als ein verzweifelter und oft von vornherein zum Scheitern verurteilter Versuch, die aus einem Defekt des Ichs resultierende innere Notlage zu reparieren“ (Kruse, 2001, S. 162). Was helfen uns diese Erklärungen und Definitionen bei der Suche nach dem kognitiven Schema „des“ Suchtkranken? Ein differenzierterer Blick mittels einiger Untersuchungen scheint angebracht.

3.4 Eigenschaften suchtkranker Menschen

In diesem Kapitel werden Persönlichkeitsmerkmale sowohl auf der emotionalen wie auch kognitiven und Verhaltensebene zusammengefasst. Diese bilden mit den in Kapitel 4.1 und 4.2 genannten Merkmalen das theoretische Fundament für die Skalen, auf denen das Erhebungsinstrument basiert.

3.4.1 Barnes

Für die häufig gestellte Frage, ob Sucht eine Folge einer negativen seelischen Entwicklung oder eine Bedingung dafür ist, bietet sich die Differenzierung von Barnes an: Er unterscheidet zwischen einer klinischen Alkoholikerpersönlichkeit und einem „präalkoholischen“ Typus (Klein, 1992). Erstere entspricht dem bereits in Therapie befindlichen Abhängigen, der möglicherweise auch schon Persönlichkeitsveränderungen erlitten hat. Der präalkoholische Typus stelle eine Person vor Beginn der Suchtkarriere dar (Klein, 1992).

Barnes verwendet den Begriff der Alkoholikerpersönlichkeit in seiner Beschreibung des klinischen Typus. Demnach zeigt ein abhängigkeitskranker Mensch folgendes Persönlichkeitsbild :

- ▶ Er verfüge über ein schwaches Ich, was bedeute: geringe Geschlechtsidentität, Feindseligkeit, negatives Selbstkonzept, Unreife und Impulsivität, niedrige Frustrationstoleranz, vorwiegend Ausrichtung auf die Gegenwart,
- ▶ der Patient nehme Reize verstärkt wahr, was sich in erhöhter Sensibilität und einer Neigung zu Hypochondrie und Todesangst zeige,
- ▶ es zeige sich im allgemeinen Verhalten der Person eine Feldabhängigkeit, so dass dieser Mensch eher passiv und abhängig von seiner Umgebung agiere und sich im sozialen Umgang undifferenziert zeige.

3.4.1 / 3.4.2 / 3.4.3 / 3.4.4 – Seite 8

- ▶ Darüber hinaus zeige dieser klinische Alkoholiker häufig neurotische Störungen wie etwa Angst und Depressionen (Barnes zitiert nach Feuerlein, 1998, S.69).

3.4.2 Cloninger

Recht populär geworden ist die Typologie von Cloninger, der in seiner Studie zwei Gruppen von Alkoholkranken unterscheidet.

Typ A ist erst nach dem 25. Lebensjahr abhängig geworden, verfügt über keine genetische Vorbelastung, trinkt eher reaktiv und nicht so exzessiv wie Typ B. Dieser hat schon deutlich vor dem 25. Lebensjahr Alkoholprobleme entwickelt, stammt häufig aus einer genetisch vorbelasteten Familie, hat

kriminelle Probleme und zeigt ein hohes Maß an Verhaltensauffälligkeit. Dies zeigt sich in drei Merkmalen:

- ▶ ein hohes Ausmaß an Neugierde und Reizhunger („novelty seeking“),
- ▶ hohe Abhängigkeit von Verstärkung, Verhalten ist auf unmittelbare Belohnung ausgerichtet, demzufolge auch geringe Hemmschwelle zum Konsum („reward dependence“)
- ▶ und wenig Tendenz zu Schadens- und Schmerzvermeidung; negative Folgen des Konsums werden ausgeblendet oder in Kauf genommen („harm avoidance“, in: Klein, 1992, S. 27; vgl. auch Gastpar, 1999)

3.4.3 Cox

Die Typologie von Cloninger wurde unter anderem von Cox aufgegriffen. Dieser sieht einige charakteristische Persönlichkeitszüge, die prädisponierend seien für eine spätere Abhängigkeit: „Die Forschung zur präalkoholischen Persönlichkeit (...) nennt als häufig bestätigte Merkmalsbereiche für spätere Suchtentwicklung »mangelnde Ich-Stärke«, »geringes Selbstwertgefühl«, »Störungen der Impulskontrolle«, »soziopathisches bzw. antisoziales Verhalten«, »Ablehnung gesellschaftlicher Werte«, »Nonkonformität«, »Aggressivität« und »Hyperaktivität«“(Klein, 1992, S. 45).

3.4.4 Feuerlein, Kufner und Soyka

Feuerlein et al. äußern sich zurückhaltend gegenüber dem Konstrukt der prämorbidem Alkoholikerpersönlichkeit. Die „prämorbidem Persönlichkeit von Alkoholabhängigen ist empirisch wenig untersucht worden“ (Feuerlein, 1998, S. 67) konstatieren sie. Gleichwohl zitieren sie die Oakland Growth Study von 1968, die in

korrelationsstatistischen Untersuchungen an späteren Problemtrinkern einige Auffälligkeiten notiert habe. Die untersuchten (ausschließlich männlichen) Personen verfügen demnach über eine

- ▶ nicht kontrollierte Impulsivität,
- ▶ vermehrte Extraversion,
- ▶ eine Betonung der Männlichkeit,
- ▶ geringere Produktivität,
- ▶ ein weniger ruhiges Wesen,

- ▶ sie seien empfindlicher
- ▶ und von sozialen Bedingungen leichter beeinflussbar (vgl. Feuerlein, 1998, S. 67-68).

Feuerlein et al. sehen selbst prämorbid Persönlichkeitsmerkmale, nämlich

- ▶ einen Mangel an Selbstkontrolle und Selbstwertgefühl,
- ▶ eine gesteigerte Impulsivität und Aggressivität,
- ▶ dissoziale und soziopathische Züge bei den später Abhängigkeitskranken,
- ▶ eine Neigung zu hypomanischen und depressiven Verstimmungen,
- ▶ Hyperaktivität,
- ▶ histrionische und dependente Persönlichkeitszüge
- ▶ und Zusammenhänge zwischen sowohl Hyperaktivität als auch als antisoziale

Persönlichkeitstendenzen und späterem Alkoholismus (Feuerlein, 1998).

Für die Behandlung von suchtkranken Menschen verweisen Feuerlein et al. allerdings darauf, dass es nicht nur auf die Feststellung von prä- oder postmorbiden Merkmalen des Patienten ankommt: „Bei der Beurteilung der Persönlichkeitsstruktur von Alkoholikern ist zu bedenken, dass sie eine Resultante darstellt aus der Grundpersönlichkeit, den normalpsychologisch bedingten Reifungs- und Alterungsveränderungen und den Veränderungen, die dem Krankheitsprozess zuzuschreiben sind“ (Feuerlein, 1998, S. 67).

Analog zur von Cox skizzierten prämorbid Persönlichkeit sehen Feuerlein et al. eine postmorbid Persönlichkeit. Diese, bei bestehender Alkoholkrankheit des Betroffenen, zeige folgende Merkmale:

- ▶ erhöhte Depressivität,
- ▶ geringes Selbstwertgefühl,
- ▶ geringere Frustrationstoleranz.
- ▶ und Abweichung von der sozialen Norm sowohl in Einstellung als auch Verhalten .

3.4.5 Klein & Vaillant

Klein zitiert Vaillant, der das Bemühen, „ (...) die Ätiologie des Alkoholismus zu erforschen“ als einen Versuch sehe, „einen Fisch im Wasser mit Hilfe eines Gewehrs zu erlegen“.

Vaillant kommt zu dem Schluss, dass „ (...) Alkoholismus häufiger die Ursache als das Resultat von Persönlichkeitsstörungen ist“. Aber auch er sieht prämorbid Faktoren:

- ▶ Alkoholismus bei Eltern oder nahen Verwandten
- ▶ und/oder eine sehr instabile Kindheitssituation (Klein, 1992, S. 19-21).

Die u.a. von Cloninger beschriebenen antisozialen Verhaltensweisen sieht auch Klein: „Schließlich zeigen Alkoholiker in fast allen Untersuchungen stärkeres antisoziales Verhalten ... als Patienten anderer psychiatrischer Krankheitsgruppen“ (Klein, 1992, S. 45). Sein Fazit bezüglich des Gesamtbildes von Suchtkranken fällt folgendermaßen aus: „Die vermutlich treffendste Erklärung, warum nie die Alkoholikerpersönlichkeit gefunden werden konnte, besteht darin, dass mehrere Formen des Alkoholismus vorliegen, die auch persönlichkeitsabhängig sind“ (Klein, 1992, S. 42-43).

3.4.6 Kruse, Körkel und Schmalz

Dem schließen sich auch o.g. Autoren an: „Charakteristische Persönlichkeitseigenschaften oder gar –strukturen im Sinne einer prämorbidem Persönlichkeit, die treffsicher mit einer späteren Abhängigkeit einhergehen müssten, ließen sich bisher empirisch nicht feststellen (...) Driessen und Hill (1998) stellen in ihrer Übersichtsarbeit über Alkoholismus und psychiatrisch klassifizierbare Persönlichkeitsstörungen heraus, dass weder eine einzige noch mehrere Suchtpersönlichkeiten existieren“ (Kruse et al., S. 160).

3.4.7 Leonard und Blane

Die Struktur einer Persönlichkeit stelle ein wichtiges Kriterium für die Entwicklung von Suchtproblemen dar, aber, so Leonard et al., die vorliegenden Erkenntnisse erlauben keinen sicheren Aufschluss darüber, wer mit welchem Persönlichkeitsprofil später treffsicher abhängig wird und wer nicht:

„ (...) existing evidence does not suggest that personality variation alone will ever provide a complete accounting of who does and who does not develop an alcohol use disorder“.

Hinweise auf spätere Suchtprobleme gebe es, wie etwa genetische Vorbelastung („genetic transmission“), mangelhafte Stressverarbeitungsstrategien („stress and coping“), die physische Verträglichkeit von Alkohol

(„ethanol reactivity“) und sozial- und entwicklungspsychologische Prozesse („social-psychological and developmental processes“; Leonard, 1999, S. 89-90 (Übersetzung des Verfassers)).

3.4.8 Rost

Rost, hier stellvertretend für die psychoanalytische Literatur aufgeführt, spricht von einer Annahme einer prämorbidem Persönlichkeit, die allerdings nicht weiter beschrieben wird. Er orientiert sich an der Typologie der Alkoholiker nach Jellinek, die allerdings nur hinsichtlich Konsummuster und Ausprägung der körperlichen wie seelischen Abhängigkeit Aufschlüsse bietet. Persönlichkeitseigenschaften von abhängigkeitskranken Menschen, prä- oder postmorbid, werden nur sehr grob skizziert: disponierend für Sucht sei, ein „elternloses Heimkind“ zu sein oder ein „in der Kindheit verwöhnter Beamter“ (Rost, 1987, S. 22). Dabei gelte „für alle psychischen Strukturen und Erkrankungen, dass es die eindeutige Wahrheit über deren Mechanismen [der Sucht] nicht gibt“ (Rost, 1987, S. 24).

3.4.9 Sher

Sher hat Merkmale des „prealcoholic male“ gefunden, also eines männlichen Risikokonsumenten. Dieser Typ sei gekennzeichnet beispielsweise durch Impulsivität, Aufsässigkeit und Aggressivität (Sher, 1991, S. 72). Des Weiteren konstatiert er analog zu Feuerlein, dass Hyperaktivität gepaart mit Verhaltensauffälligkeiten bei Heranwachsenden Indikatoren für spätere Alkoholprobleme seien (vgl. Sher, 1991, S. 79).

3.4.10 Tarter und Edwards

Der Temperamentsansatz von Tarter und Edwards sieht folgende Persönlichkeitsmerkmale, die als Risikofaktoren für eine mögliche spätere Abhängigkeitserkrankung gelten:

- ▶ ein erhöhtes Aktivitätsniveau,
- ▶ eine verstärkte Emotionalität,
- ▶ eine mangelnde Soziabilität,
- ▶ eine geringe Aufmerksamkeitsspanne
- ▶ und eine „verlangsamte Rückkehr zur entspannten Ausgangslage“, was in etwa einer eingeschränkten Entspannungsfähigkeit entspricht („soothability“ (Übersetzung des Verfassers)).

Diese Eigenschaften seien aber nur als Hinweise zu verstehen, kategorisch halten Tarter und Edwards fest: „Eine typische Alkoholikerpersönlichkeit gibt es nicht“ (zitiert nach Feuerlein, 1998, S. 69).

3.4.11 Vollmer

Dieser Autor stellt fest, dass bei Suchtkranken antisoziale Verhaltensweisen beobachtbar seien. Diese Symptomatik könne allerdings vor dem Drogenkonsum auftreten oder als Folge davon.

Kennzeichnende Persönlichkeitseigenschaften von suchtkranken Menschen seien geringe Selbstaufmerksamkeit und geringe Selbstbeobachtungsfähigkeiten, dies aber eindeutig durch den Drogenkonsum ausgelöst (Tretter, 2001).

Zusammenfassung

Es ergeben sich aus der einschlägigen Literatur einige Hinweise auf Risikofaktoren für eine spätere Abhängigkeit, jedoch ist die Existenz sowohl einer präalkoholischen als auch einer Alkoholikerpersönlichkeit als nicht bewiesen zu bezeichnen. Die vorliegende Arbeit dient, wie bereits unter Kapitel 1 beschrieben, der Überprüfung kognitiver Stile von suchtkranken Menschen. Dem bei dieser Untersuchung eingesetzten Fragebogen liegen sowohl die zuvor skizzierten Persönlichkeitseigenschaften als auch die nun folgenden theoretischen Annahmen der beiden bekanntesten Kognitiven Therapien nach Ellis und Beck zugrunde.

Die im Eingangskapitel aufgestellte Behauptung, Abhängigkeit sei irrational, greift einen in den Kognitiven Therapien von Albert Ellis und Aaron T. Beck wichtigen Begriff auf. In der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie (REVT) spielen „irrational beliefs“, also irrationale Bewertungen (Lotz, 2003), eine erhebliche Rolle. Das Pendant dazu lautet in der Kognitiven Therapie der Sucht von Beck „sich widersprechende Grundannahmen“ (Beck, 1997, S.49-50). Suchtkranke haben in der Theorie der Kognitiven Therapie häufig unangepasste Kognitionen und dysfunktionale Kernannahmen. In der REVT gibt es einen ganzen Katalog an „irrationalen Überzeugungen, die psychische Störungen verursachen und aufrechterhalten“ (Ellis, 1997, S. 133). Beispielsweise verfügen sie über das ständige Bedürfnis, sich auf andere, stärkere Menschen stützen zu müssen oder haben die Überzeugung, „Ich kann nicht fröhlich sein, wenn ich keine Drogen nehme“ (Beck, 1997, S. 26). Manche Menschen haben den mehr oder weniger unbewussten Wunsch, von nahezu allen anderen Menschen geliebt werden zu müssen (vgl. Ellis, 1997, S. 134-137). Dies führt häufig zu Konflikten und zu unangemessenen, negativen Emotionen und Verhaltensweisen und somit zu subjektiver Belastung. Gedanken dieser Art sind selbstschädigend, häufig in sich unlogisch und empirisch nicht belegbar (vgl. Wilken, 2003, S. 18).

In keiner Darstellung der Kognitiven Therapien darf das Epiktet zugeschriebene Zitat fehlen, dass es nicht die Dinge seien, die die Menschen beunruhigen, sondern deren Vorstellungen von den Dingen. „Bereits Sokrates, (...), Aristoteles und die nachfolgenden philosophischen Schulen der Kyniker und Stoiker bekräftigen, dass die Art und Weise des Denkens eng mit emotionalem Erleben verbunden ist“ (Stavemann, 2003, S. 1). Sowohl Ellis als auch Beck waren ursprünglich Psychoanalytiker, haben also ein Verfahren angewendet, das sich weniger mit gedanklichen Verzerrungen als unter anderem mit verdrängten Traumata und unregulierten Triebwünschen beschäftigt. Die philosophischen Wurzeln haben auch in der praktischen Anwendung der Kognitiven Therapien bleibende Spuren hinterlassen. Gerade der Aspekt der Gewissheit spielt beispielsweise in der REVT eine bedeutsame Rolle. Die REVT und die Kognitive Therapie nach Beck sind aus einer Vielzahl kognitiver Verfahren für diese Untersuchung ausgewählt worden. Dies hat den Hintergrund, dass gerade die REVT sich sehr dezidiert mit irrationalen Ideen auseinander gesetzt und diese in einem Katalog zusammen gestellt hat. Die Kognitive Therapie nach Beck, ursprünglich für die Behandlung von depressiven Menschen konzipiert, verfügt über ein

differenziertes Modell zur Behandlung von Suchtkranken. Diese beiden Verfahren werden im folgenden kurz dargestellt.

4.1 REVT von Albert Ellis

Auch die REVT beruft sich auf die Klassiker und führt als philosophische Grundlagen die Stoiker, Kant, John Dewey und Bertrand Russell an (Lotz, 2003). Letzterer stellte fest: „Es besteht nämlich die Idee, rationelles Denken ertöte, wenn man ihm freies Spiel lässt, das Gemütsleben. Dieser Glaube scheint mir auf einer völlig irrigen Auffassung von der Rolle der Vernunft im menschlichen Leben zu beruhen“ (Lotz, 2003, S. 16). Diese Vernunft ist dem Menschen gegeben, gleichwohl macht er mitunter nur spärlich Gebrauch davon. Der Mensch wird in der REVT als ein sowohl „ (...) immens rationales als auch ein unerhört irrationales Wesen“ gesehen. Eine Grundvoraussetzung einer erfolgreichen rational-emotiven Therapie ist somit, dass der Patient erkennt, „dass seine emotionalen oder psychischen Störungen weitgehend eine Folge seines irrationalen oder unlogischen Denkens sind und dass er sich weitgehend von (...) seinen Schwierigkeiten befreien kann, wenn er lernt, sein rationales Denken zu maximieren und sein irrationales Denken zu minimieren“ (Ellis, 1993, S. 35).

Irrationalität bedeutet in der REVT „unlogisch“, „nicht empirisch verifizierbar“ und vor allem nicht zielführend (Lotz, 2003, S. 27-29). Der Grund für diese Irrationalität liegt in fehlerhaften Bewertungsmustern, die anhand des ABC-Schema verdeutlicht werden können.

Mit diesem Modell wird die fälschliche Annahme beschrieben, dass man durch ein auslösendes Ereignis A die Konsequenz C zu erdulden hat. Ein Beispiel: Auf eine Kritik des Vorgesetzten (A) folgt die emotionale Reaktion der Niedergeschlagenheit (C). Dabei wird übersehen, dass es in diesem Fall entscheidend darauf ankommt, wie der Betroffene zu Kritik steht. Wenn er sie als notwendige und sinnvolle Rückmeldung betrachtet, wird seine Reaktion (C) nicht Niedergeschlagenheit sein. Das bedeutet, dass zwischen dem auslösenden Ereignis und der Konsequenz ein Bewertungssystem bestehen muss, welches Ellis als B (für „belief“) bezeichnet.

In der Therapie werden diese irrationalen Bewertungen folgendermaßen bearbeitet:

1. Vermittlung des Kognitiven Modells
2. Explorieren hemmender oder störender Kognitionen und deren Gefühls- und Verhaltensfolgen
3. z.B.: Sokratischer Dialog: Aufgreifen von Äußerungen des Patienten und logische Überprüfung an der Realität
4. Konstruieren alternativer und zielführender Kognitionen
5. Einübung derselben (Lotz, 2003)

Die Methode des Sokratischen Dialogs (siehe auch Stavemann, 2001) ist nur eine von vielen Techniken, die in der REVT angewendet werden. Andere sind z.B. Imaginationsübungen oder „Shame-attacking exercises“, die sich bei ängstlichen und mit Minderwertigkeitsgefühlen beladenen Klienten bewährt haben (Lotz, 2003, S. 43-45).

Kognitionen werden in der REVT wie folgt definiert: Die „geistige Verarbeitung von Worten“ („mental processing of words“), beziehungsweise das „Selbstgespräch“ („self-talk“) und „verinnerlichte Sätze“ („internalized sentences“) sind die zentralen Begriffe (Lotz, 2003, S. 14). In der Theorie der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie haben nicht nur suchtkranke, sondern die meisten Menschen irrationale Gedanken. Sie zeigen eine Empfindlichkeit für Unannehmlichkeiten, die Ellis als „discomfort disturbance“ beschreibt (Ellis, 2004, S. 214) oder weisen eine geringe Frustrationstoleranz auf. Nur bei einigen wenigen führen diese Gedanken und Empfindlichkeiten zu einer psychischen Störung. Prädisponierend für seelische Probleme sind insbesondere absolute Forderungen („musturbations“), die durch ihre dogmatischen und unerfüllbaren Ansprüche zu selbstbezogener Angst führen („ego anxiety“) oder durch ihre extremen Forderungen an andere zu „discomfort anxiety“, also Angst vor Unannehmlichkeiten (Wilken, 2003, S. 20).

Die Sucht hat in der Theorie der REVT häufig folgenden Hintergrund:

1. Eine Suchtentwicklung kann entstehen, wenn ein Mensch mit Kränkungen nicht angemessen umgehen kann. Um diese, als narzisstische Verletzung empfundene Kränkung zu kompensieren, greift der Betroffene zum Suchtmittel.
2. Die hervor stechende Persönlichkeitseigenschaft bei diesem Typus ist die zwanghafte Suche nach Aufregung. Hier findet sich eine Analogie zu Cloningers Typ B und zu dessen Persönlichkeitsmerkmal des „novelty seeking“ (siehe auch 3.4.2.). Der Betroffene kann sich selbst kaum aushalten und sucht nach Ablenkung. Er pflegt einen sehr impulsiven Umgang mit Suchtmitteln und kann mit Frustrationen, ähnlich wie Typ 1, nur inadäquat umgehen. Abweisungen und Kränkungen werden als seelisch bedrohlich wahr genommen. Die schädlichen Folgen des Konsums werden ausgeblendet.
3. Im Modell des in der REVT „störungsbedingte Sucht“ genannten Typs geht die Abhängigkeitsentwicklung auf eine zugrunde liegende neurotische Störung zurück (Ellis, 2004, S. 217). Dies kann ein perfektionistisches oder narzisstisches Selbstbild oder auch eine schwere seelische Erkrankung sein, beispielsweise eine Depression. Die Sucht entwickelt sich in diesem Modell immer als Sekundärsymptom, so dass im Grunde eine Komorbidität vorliegt. Der Konsum von Drogen oder Alkohol hat Linderungscharakter für eine primäre Erkrankung. Diese Hierarchie ist den Patienten häufig

bewusst, insofern bagatellisieren sie ihren Konsum als nur reaktiv und - im Behandlungssetting - als therapeutisch nicht relevant.

Prädispositionelle Merkmale der Suchtentwicklung, wie sie Beck (siehe auch 4.2) anführt, werden von den Vertretern der REVT nicht formuliert. Ebenso wird keine konkrete Aussage zur Ätiologie der Sucht außer einer vagen Heranziehung der bei Suchtkranken besonders geringen Frustrationstoleranz gemacht. Aber es gibt eine Auflistung pathologisierender irrationaler Gedanken, die einige Ähnlichkeiten zur Aufzählung von Beck aufweisen. In der REVT gelten diese irrationalen Ideen als Ausgangspunkt, „ (...) die psychische Störungen verursachen und aufrechterhalten und die fast zwangsläufig neurotisierend wirken müssen“ (Ellis, 1993, S. 54). Das bedeutet, dass diese irrationalen Ideen auch wegbereitend für eine spätere Suchtentwicklung sein können. Diese auch als Irrglauben bezeichneten Überzeugungen sind im folgenden kurz aufgeführt.

Irrglaube Nr. 1:

Es ist notwendig, von praktisch jeder anderen Person geliebt oder anerkannt zu werden. Dies schließt unter anderem ein, dass Gleichgültigkeit von anderen nur sehr schwer ertragen werden kann.

Irrglaube Nr. 2:

Man darf sich nur dann als wertvoll empfinden, wenn man in jeder Hinsicht kompetent, tüchtig und leistungsfähig ist.

Irrglaube Nr. 3:

Bestimmte Menschen sind böse und schlecht und müssen dafür bestraft werden.

Irrglaube Nr. 4:

Es ist schrecklich und katastrophal, wenn die Dinge nicht so sind, wie man sie gerne haben möchte.

Irrglaube Nr. 5:

Menschliches Leiden hat äußere Ursachen, man hat wenig Einfluss auf Kummer und seine psychischen Probleme.

Irrglaube Nr. 6:

Man muss sich über tatsächliche oder eingebildete Gefahren Sorgen machen und sich mit der Möglichkeit ihres Eintretens befassen.

Irrglaube Nr. 7:

Es ist leichter, bestimmten Schwierigkeiten auszuweichen, als sich ihnen zu stellen.

Irrglaube Nr. 8:

Man sollte sich auf andere verlassen und man braucht einen Stärkeren, auf den man sich stützen kann.

Irrglaube Nr. 9:

Die eigene Vergangenheit hat entscheidenden Einfluss auf unser Leben und unser Verhalten. Was sich früher auf unser Leben ausgewirkt hat, muss es auch weiterhin tun.

Irrglaube Nr. 10:

Man muss sich ausgiebig mit den Problemen und Verhaltensschwierigkeiten anderer beschäftigen.

Irrglaube Nr. 11:

Für jedes menschliche Problem muss es eine absolut richtige, perfekte Lösung geben (Ellis, 1997, S. 134-157).

Irrglaube Nr. 12:

Die Vorstellung, dass es unmöglich ist, mit Wahrscheinlichkeiten oder Unsicherheiten zu leben (Lotz, 2003, S. 28).

Die Kernthemen der irrationalen Ideen sind demnach Kompetenz und Erfolg, faire Behandlung, Liebe und Anerkennung, Sicherheit und Bequemlichkeit (vgl. Lotz, 2003, S.29). Diese Überzeugungen haben für die Betroffenen einen imperativen Charakter, prägen ihr Denken und somit auch ihre Gefühlswelt. Wenn ein Mensch ein derart negatives Selbstbild und auch eine dementsprechende Zwanghaftigkeit aufweist, ist Alkoholmissbrauch eine weitere Falle. Im Suchtkonzept der REVT spielt auch der Symptomstress (Wilken, 2003) eine wichtige Rolle. Der Alkohol- oder Drogenkonsum führt häufig zu negativen sozialen Konsequenzen. Dies können partnerschaftliche Probleme sein, in dessen Folge sich der Betroffene selbst abwertet. Dies wiederum führt zu weiterem Unbehagen und erneutem Konsum, um diesen unangenehmen emotionalen Zustand zu lindern. Diese Verkettung lässt sich in der REVT bearbeiten, indem dem Klienten signalisiert wird, dass er ein wertvoller Mensch, sein Verhalten aber irrational und schädlich ist. Zum Menschenbild der REVT heißt es in Lotz: „Jeder Mensch sollte zu jedem Zeitpunkt unbedingt akzeptiert werden, was zum Beispiel eine deutliche Verurteilung von unmoralischem Verhalten keineswegs ausschließt“ (Lotz, 2003).

4.2 Kognitive Therapie von Aaron T. Beck

Beck et al. haben mit der „Kognitiven Therapie der Sucht“ eine umfassende Abhandlung über die Behandlung abhängigkeitskranker Menschen vorgelegt. Dabei berufen sie sich u.a. auf das kognitive Modell zur Sucht von Marlatt (Beck, 1997). Die darin enthaltenen Persönlichkeitsfaktoren Selbstwirksamkeit, Wirkungserwartungen, Kausalattributionen und Entscheidungsprozesse finden sich auch in der Therapie von Beck wieder (vgl. Beck, 1997, S. 33-34). In der Kognitiven Therapie betrachtet der Therapeut die Sucht „als ein technisches Problem (...)“, für das es auch eine technische Lösung gibt“ (Beck, 1997, S. 43). Ähnlich einfach werden bei Beck auch die therapeutischen Ziele formuliert: Das subjektiv erlebte Maß an Kontrollfähigkeit soll erhöht und die empfundene Hilflosigkeit gegenüber dem Suchtmittelverlangen verringert werden (vgl. Beck, 1997, S.43). Weiterhin geht es um die „antiempirical cognitions“, um eine zu Ungunsten der Patienten verzerrte Sicht der Realität, um systematische Denkfehler und um eine Überprüfung ihrer Wahrnehmung an der äußeren Realität (Wilken, 2003, S. 25-30). Diese Markenzeichen beziehen sich aber generell auf die Kognitive Therapie nach Beck und sind nicht exklusiv für sein Suchtkonzept.

In der Kognitiven Therapie der Sucht gibt es eindeutige Aussagen zur Ätiologie der Erkrankung: „Die suchtspezifischen Gedanken entstehen erst, wenn die Betroffenen schon süchtig sind (d.h. sie sind ein Charakteristikum der Störung). Sie sind also keine prädispositionellen Faktoren“ (Beck, 1997, S. 40). Nichtsdestotrotz gebe es sogar eine Reihe von prädisponierenden Persönlichkeitsmerkmalen, die Beck et al. detailliert aufgelistet haben:

1. allgemein hohe Sensibilität für unangenehme Gefühle
2. geringe Motivation, Kontrolle über sich selbst auszuüben
3. Impulsivität
4. Suche nach Erregung und geringe Toleranz gegenüber Langeweile
5. geringe Frustrationstoleranz
6. in vielen Fällen unzureichende soziale Alternativen des Lustgewinns

7. und ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit jemals ein bestimmtes Ziel zu erreichen (vgl. Beck, 1997, S. 41-42).

Der Begriff der Frustrationstoleranz spielt auch bei Beck eine bedeutende Rolle. Wenn eine Person diesbezüglich Defizite aufweist, zeigt sich dies in einer

- ▶ Tendenz, andere für die eigene Frustration verantwortlich zu machen,
- ▶ dem starken Wunsch, das Gegenüber zu bestrafen und
- ▶ das Übersehen anderer Möglichkeiten der Problembewältigung.

4.2 – Seite 19

Die Sucht entstehe zunächst über einen Konsum als Reaktion auf Angst oder negative Stimmungen, im Sinne einer Selbstmedikation. Dieser Konsum bewirke oder verstärke finanzielle, soziale und medizinische Probleme, die die weitere Einnahme von Suchtmitteln wahrscheinlich machen. Weitere Konsummotive seien:

- Entzugserscheinungen werden als nicht aushaltbar eingeschätzt, so dass das Suchtverhalten aufrecht erhalten wird.
- Der Betroffene fühlt sich hilflos bei der Kontrolle des Verlangens.
- Der Wunsch nach Vergnügen wird eng mit der Einnahme von Suchtmitteln assoziiert.
- Ebenfalls gibt es ein starkes Bedürfnis, „high“ zu sein und Alltagsprobleme hinter sich zu lassen. Häufig spielt auch Gruppendynamik eine Rolle, die sich darin ausdrückt, ein Rauscherlebnis mit anderen teilen zu wollen.
- Über Drogeneinnahme ist die Steigerung von sozialen Kompetenzen wie etwa Selbstvertrauen, Wortgewandtheit und Kreativität möglich.
- Dazu können negative Gefühle wie Angst, Anspannung, Traurigkeit oder Langeweile über Suchtmittel verringert oder gar ausgeschaltet werden (vgl. Beck, 1997, S. 23).

Bei suchtkranken Menschen bestehe gerade zu ein „Netzwerk von *dysfunktionalen Grundannahmen* ([Hervorhebung im Original] Beck, 1997, S. 26), die sich einem suchtkranken, aber abstinentmotivierten Menschen in den Weg stellen. Diese Grundannahmen sind deswegen dysfunktional, weil sie überwiegend negativ gefärbt sind, den Suchtmittelkonsum rechtfertigen und somit einleiten. Sie lauten beispielsweise: „Ich kann nicht fröhlich sein, wenn ich keine Drogen nehme“, „Ich habe mich besser unter Kontrolle, wenn ich etwas getrunken habe“ oder „Wenn ich nichts nehmen kann, kann ich den Schmerz ... nicht aushalten“ (Beck, 1997, S. 27). Auch eine Ambivalenz gegenüber Suchtmitteln führt nach Auffassung von Beck et al. häufig zu Konsum, weil Suchtkranke diesen Spannungszustand schwer aushalten können (Beck, 1997, S. 56-57). Dazu kommt ein häufig langjährig etabliertes System

der Konfliktvermeidung: „Süchtige neigen dazu, ihre Probleme zu minimieren, zu ignorieren oder zu verleugnen oder sie attribuieren diese Probleme anderweitig“ (Beck, 1997, S.42). Verschärfend kommt hinzu, dass viele Suchtkranke zusätzliche psychische Störungen aufweisen (vgl. Beck, 1997, S. 30-31).

In der Theorie der Kognitiven Therapie der Sucht ist das Selbstkonzept von Suchtkranken negativ gefärbt. Die Grundannahmen der Süchtigen begünstigen daher das Auftreten von Verlangen nach Drogen. Wichtiger Baustein in der Kognitiven Therapie der Sucht ist dem entsprechend das Erlernen spezieller Techniken zur Reduzierung von Verlangen (vgl. Beck, 1997, S.36).

4.2 – Seite 20

Grundannahmen, ein wesentlicher Bestandteil des Therapiekonzepts nach Beck, können wie folgt charakterisiert werden:

Diese bestehen aus

- a) persönlichen Grundüberzeugungen und
- b) solchen Überzeugungen, die sich auf ihre soziale Stellung beziehen.

Ein suchtkranker Mensch hat demnach in der Regel ein eher negatives Selbstbild und auch eine als schwach empfundene Stellung in seinem Umfeld. Dies ergänzt sich bei Beck analog zur kognitiven Triade der Depression (Beck, 1997, S. 235-237) um eine negative Zukunftsperspektive. In einer Risikosituation löst diese negative Sicht entsprechend negative Gefühle aus. Der Betroffene entwickelt nun über sogenannte automatische Gedanken eine Verschärfung seiner schlechten Stimmung. Die automatischen Gedanken beziehen sich auf sein Gefühl der Minderwertigkeit, Verlangen nach dem Suchtmittel kommt auf. Der nächste Schritt ist die Antizipation des Konsums. Wenn der Betroffene zu diesem Zeitpunkt eine positive Drogenwirkung antizipiert, ist der Konsum praktisch eingeleitet. Über Erlaubnis erteilende Gedanken, die beispielsweise den einmaligen Entschädigungscharakter der Situation suggerieren, wird die Drogeneinnahme schließlich gerechtfertigt. Dies geschieht beispielsweise durch die Annahme des Betroffenen, durch den Konsum größeres seelisches Übel zu vermeiden. Ein anderer Erlaubnis gebender Gedanke kann der Ermöglichung eines sozialen Kontaktes dienen, im Sinne von Dörner und Plog, die in Suchtverhalten grundsätzlich „Abwehr der Begegnungsangst“ sehen (Dörner, 1992, S. 249).

Diese Gedanken legitimieren den Konsum von Suchtmitteln für den Betroffenen und lassen ihn damit sinnvoll erscheinen. Sie sind durch eine gewisse Formelhaftigkeit gekennzeichnet und können, wenn sie in der Therapie ins Bewusstsein gerufen werden, dem Klienten ein tieferes Verständnis für seine Konsummotive geben.

Zur Methodik der Kognitiven Therapie der Sucht: die praktische Vorgehensweise ähnelt der Behandlung von depressiven und anderen seelisch kranken Menschen, denen sich Beck zeitlich vor den Abhängigkeitskranken zugewandt hat. Zunächst werden

- allgemeine und suchtspezifische Grundannahmen ermittelt.
- Danach werden die „automatischen Gedanken“ zu Tage gefördert.
- Es folgt die Erstellung eines Fallkonzeptes und
- die Vermittlung des Kognitiven Modells.
- Im Anschluss wird die Zielsetzung der Therapie festgelegt und hiernach über folgende Methoden eine Veränderung der Kognitionen des Klienten bewirkt:

4.2 – Seite 21

- Sokratischer Dialog (siehe hierzu auch Stavemann, 2002)
- Analyse der Vor- und Nachteile des Suchtverhaltens
- Identifikation und Modifikation suchtspezifischer Grundannahmen (z.B. Wirkungserwartungen)
- Downward-Arrow-Technik (vgl. Beck, 1997, S. 148-150)
- Gedankentagebuch
- Imaginationstechniken
- Techniken aus der Verhaltenstherapie wie beispielsweise Expositionsverfahren
- Erarbeiten rationaler Gegengedanken, und Einüben derselben

Abschließend bleibt festzuhalten, dass trotz der klar an intellektuellen Vorgängen ansetzenden Behandlung nach Beck eine therapeutische Grundhaltung erforderlich ist, die sich „durch Wärme, Empathie und Echtheit auszeichnen“ sollte (Beck, 1997, S. 143).

5. Beschreibung vergleichbarer vorhergehender Untersuchungen und des Erhebungsinstruments

5.1 Vergleichbare Untersuchungen

5.1.1 Fragebogen irrationaler Einstellungen (FIE) von Klages

Der 1989 veröffentlichte FIE von U. Klages beinhaltet wie der Fragebogen der vorliegenden Arbeit unter anderem Dimensionen irrationaler Überzeugungen nach Ellis. In vier Skalen (negative Selbstbewertung; Abhängigkeit; Internalisierung von Misserfolgen; Irritierbarkeit) und 30 Items geht es um die Erfassung von kognitiven Problembereichen eines Patienten. Die Skala „Abhängigkeit“ erfasst weniger die Tendenz zu Suchtverhalten, als vielmehr eine Neigung, „die Anerkennung durch andere Personen [als] einen zentralen Wert in ihrem Leben zu sehen“ (Klages, 1989, S. 7). Der FIE ist für eine breite Anwendung konzipiert worden und aus der langjährigen Praxis des Autors mit Stress- und Schmerzbewältigung und aus dessen Erfahrungen als kognitiver Verhaltenstherapeut entstanden. Der Fragebogen ist u.a. bei sechs verschiedenen Stichproben angewandt worden:

- Studenten,
- nicht näher definierte „Normalpersonen“ (Bekannte und Verwandte der o.a. Studenten),
- Verhaltenstherapie-Klienten mit folgenden Störungsbildern: phobische Störungen; generalisiertes Angstsyndrom; dysthyme Störungen; Zwangssyndrome),
- Teilnehmer von Stressbewältigungskursen,
- Kopfschmerzpatienten
- und Rheumapatienten (vgl. Klages, 1989, S. 10).

Klages hatte im Vorfeld einige Untersuchungen zum Thema Alkohol durchgeführt, beispielsweise „Ein Vergleich von Alkoholismus-Patienten, längerfristig abstinenten Alkoholikern und Normalpersonen auf

dem Freiburger Persönlichkeits-Inventar“ (Zeitschrift für Klinische Psychologie; 1985, 14 (1), S. 53-59). Nach der Beschreibung aus dem Handbuch zum FIE kann dieses Instrument in der Behandlung von Suchtkranken angewendet werden, ist aber nicht spezifisch dafür konzipiert.

5.1.2 Irrational Beliefs Inventory (IBI) von Koopmans, Sanderman, Timmerman und Emmelkamp

Der 1994 am Northern Centre for Healthcare Research der Universität Groningen entwickelte IBI hat wie der FIE ein breites Anwendungsspektrum. Er dient der Feststellung irrationalen Denkens und dessen Bedeutung als entscheidenden Faktoren bei späteren Erkrankungen: „The (...) Irrational Beliefs Inventory (...) was developed (...) for the assessment of irrational thinking (...) irrational beliefs or cognitions are considered to be critical determinants of pathology“ (Bridges und Sanderman, 2002, S. 65).

Seit seiner Einführung ist er in verschiedenen Studien angewendet worden, unter anderem bei Patienten mit Depressionen, sozialen Ängsten, Glauben an Übersinnliches („paranormal beliefs“) und Angst vor zahnärztlicher Behandlung („dental phobia“). In fünf Skalen (worrying; rigidity; problem avoidance; demand for approval; emotional irresponsibility) und 50 Fragen geht es um die Messung irrationaler Gedanken und auch um eine Abgrenzung: Bei den Vorläufern des Tests (dem Rational Beliefs Inventory und dem Irrational Beliefs Test) konnte die Trennlinie zwischen gedanklichen Verzerrungen und negativen Emotionen nicht herausgearbeitet werden (Bridges und Sanderman, 2002, S. 66).

5.2 Fragebogen

In der vorliegenden Arbeit ist unter Zuhilfenahme von sechs Persönlichkeitsbereichen untersucht worden, ob es unterschiedliche kognitive Muster bei suchtkranken und nicht suchtkranken Menschen gibt. Diese Persönlichkeitsbereiche finden sich in den unten aufgeführten Skalen wieder. Zu diesem Zweck ist ein voll standardisierter Fragebogen entwickelt worden (siehe Anlage 1). Bei der Auswahl des Instruments war maßgeblich, eine möglichst umfangreiche Teilnehmerzahl und damit eine große Stichprobe zu erreichen. Zu Beginn und am Ende sind die Fragen zu den unter 5.2.1 bis 5.2.6

beschriebenen Skalen aufgeführt. In der Mitte des Bogens wurden einige grundlegende statistische Angaben erbeten zu:

- Geschlecht
- Alter
- Schulbildung
- Berufsbildung
- Lebensform

Diese Fragen und die 96 Items des Bogens sind für beide Personengruppen gleich (zu den Adressaten des Fragebogens siehe 5.3.1). Die einzige Abweichung gibt es bei den Fragen zum Konsum von Alkohol: bei den Klienten der Suchtberatungsstelle wurde die Angabe der Abstinenzdauer erbeten. Die nicht suchtkranken Mitarbeiter der Stadtverwaltung Köln wurden hinsichtlich ihres Alkoholkonsums in Bezug auf andere und in absoluter Menge befragt.

Die 96 Aussagen des Bogens sind sechs Skalen zugeordnet, die im Folgenden näher beschrieben werden:

5.2.1 Selbstkontrolle (10 Items)

Zu Selbstkontrolle im Sinne dieser Untersuchung gehören

- das Maß an Ordnungsliebe (Klages, 1989),
- die Ausprägung von Pedanterie,
- die Motivation, sich zu disziplinieren und zu kontrollieren
- sowie das Zutrauen, dies zu können (Beck, 1997)
- und die Fähigkeit, die Befriedigung von Bedürfnissen aufschieben zu können (Beck, 1997).

5.2.2 Selbstwert (20 Items)

Hierzu gehören

- das Selbstbild und das Selbstwertgefühl des Betroffenen (Tretter, 2001; Klein, 1992),
- die Einschätzung, wichtige persönliche Ziele erreichen zu können (Beck, 1997),

- den Bedarf an äußerer Anerkennung (Stavemann, 2003),
- das Ausmaß an Experimentierfreudigkeit und Unbekümmertheit (Tretter, 2001),
- Fehlerfreundlichkeit (hier verstanden als ein akzeptierender Umgang mit eigenen Schwächen und Fehlleistungen; Klages, 1989),
- der Grad an Empfindlichkeit und Kränkbarkeit (Feuerlein, 1998),
- und ein Hang zu Schuldgefühlen (Klages, 1989).

5.2.3 Temperament und Devianz (22 Items)

Darunter werden subsumiert

- das Maß an Zustimmung oder Ablehnung gesellschaftlicher Werte (Cox zitiert nach Klein, 1992),
- der Grad an Aggressivität (Cox zitiert nach Klein, 1992) und Impulsivität (Beck, 1997),
- ein Hang zu Eigenbrötlertum und Nonkonformität (hier definiert als der starke Wunsch, sich von anderen Menschen abheben zu wollen; Cox zitiert nach Klein, 1992),
- Tendenzen zu antisozialem Verhalten (Cox zitiert nach Klein, 1992),
- die Sensibilität für unangenehme Gefühle (Beck, 1997),
- die Toleranz gegenüber Reizmangel (z.B. der Umgang mit Langeweile; Beck, 1997),
- eine Tendenz zu Weltschmerz (Klages, 1989),
- Leiden an sich selbst und das Ausmaß an hypochondrischen Neigungen (Barnes zitiert nach Feuerlein, 1998),
- sowie ein Verlangen nach Glücks-, Rausch und Lusterleben (Beck, 1997).

5.2.4 Sozialverhalten (13 Items)

wird in dieser Untersuchung verstanden als

- Umgang mit Konflikten (Tretter, 2001),
- „soziale Strategien zum Lustgewinn“ (Beck, 1997, S.42),
- die Fähigkeit, Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und zu unterhalten (Dörner, 1992),

- Fähigkeit, Hilfe in Anspruch nehmen zu können und somit eigene Grenzen zu akzeptieren (Klages, 1989),
- und eine Neigung, sich unterzuordnen und anzupassen (Stavemann, 2003).

5.2.5 Ressourcen und Defizite (16 Items)

Mit Hilfe dieser Skala werden folgende Eigenschaften abgefragt:

- die Problemlösekompetenz (Beck, 1997),
- das Aushalten von Ungewissheiten (Lotz, 2003),
- die Frustrationstoleranz (Beck, 1997),
- und das Ausmaß an Selbstständigkeit und Initiative (in Abgrenzung von einer Konsum- und Versorgungshaltung; vgl. Dörner, 1992, S. 245-248).

5.2.6 / 5.3 / 5.3.1 – Seite 26

5.2.6 Irrationale Ideen (15 Items)

Diese sind am Katalog der irrationalen Ideen von Albert Ellis orientiert (siehe dazu auch 4.1, Irrglauben Nr. 1 bis 12).

Die zuvor aufgeführten Skalen mit ihren Unterpunkten skizzieren die kognitiven Merkmale, die bei einem Blick durch die Literatur in Bezug auf suchtkranke Menschen aufgeführt werden. Dabei ist zu beachten, dass eine solche Auflistung immer nur subjektiv sein kann. Die irrationalen Ideen sind nicht *die* Wegbereiter einer Suchterkrankung, Ellis sieht sie aber als Risikofaktoren (vgl. Ellis, 2004, S. 214).

5.3 Aufbau der Untersuchung

5.3.1 Teilnehmer der Untersuchung

Der Fragebogen ist an zwei Personengruppen verteilt worden. Zum einen haben 49 Klienten der stadtinternen Suchtberatungsstelle der Stadtverwaltung Köln Fragebogen bekommen. Diese Klienten werden in der Beratungsstelle aufgrund einer Alkoholabhängigkeit oder –gefährdung behandelt. Die Behandlung erfolgt in Beratungs- und Therapiegesprächen und in gruppentherapeutischen Sitzungen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung befanden sich über 50 Klienten in Betreuung, entweder in Einzeltherapie und/oder in einer der vier Therapiegruppen.

Aus Operationalisierungsgründen wurde im weiteren Verlauf der Arbeit zur Kennzeichnung der Untersuchungsgruppe der Klienten die Begriffe „Suchtkranke“ und „alkoholabhängige Menschen“ synonym verwendet.

Die zweite Personengruppe besteht aus Kollegen des Verfassers, Mitarbeiter der Stadtverwaltung Köln. Die Fragebögen sind bei stadinternen Suchtpräventionsveranstaltungen, bei Personalratsitzungen und bei diversen Kontakten mit den einzelnen Dienststellen verteilt worden.

Bei der Ausgabe der Bögen erfolgte im Übrigen keine Auslese, wer bereit war, an der Untersuchung teilzunehmen, hat einen Bogen erhalten.

5.3.2 Resonanz der Befragung

Im Vorfeld wurden auf der Dienststelle des Verfassers Bedenken hinsichtlich der Anonymität der Befragung geäußert. Inhaltlich umstritten waren insbesondere die Fragen zum Konsummuster der Kollegen. Auf Vorgesetztenebene wurde die Vermutung geäußert, dass gerade persönlich bekannte Kollegen keine Angaben

5.3.2 – Seite 27

über ihr Trinkverhalten machen würden. Diese Sorge stellte sich als unbegründet heraus, wie Tabelle 1 (Missings) illustriert. Die Verteilung der Bögen wurde mit dem zuständigen Abteilungsleiter besprochen, die Rückmeldungen auf die Gesamtktion waren durchweg erfreulich. Es meldeten sich sogar Teilnehmer (aus der Gruppe der nicht Suchtkranken), die noch weitere Fragebögen für interessierte Kollegen anforderten und ausdrücklich um einen Ergebnisbericht nach Auswertung der Untersuchung baten. Ein Kollege, der auf anderem Wege bereits einen Bogen bekommen hatte, unterstützte die Untersuchung besonders nachdrücklich. Am Ende einer Präventionsveranstaltung des Verfassers, als die Teilnehmer gebeten wurden, auch je einen Bogen auszufüllen, ergriff dieser ebenfalls an der Veranstaltung teilnehmende Kollege das Wort und warb darum, sich gewissenhaft diesem Bogen zu widmen. Es sei ein absolut interessantes und unterstützenswertes Projekt.

Lediglich von Seiten des Personalrates wurde mit Hinweis auf das Landespersonalvertretungsgesetz moniert, dass die Verteilung der Bögen nicht mit dem Gesamtpersonalrat abgestimmt gewesen sei.

Von den insgesamt 49 an Klienten ausgehändigte Fragebögen sind 44 zurück gesandt worden, 43 davon fristgerecht. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 89,8%. Die hohe Motivation, an der Befragung teilzunehmen, mag darauf zurückzuführen sein, dass die weit überwiegende Zahl der Klienten per Auflage des Arbeitgebers in die Suchtberatungsstelle gekommen ist. Die Klienten erleben die Therapeuten der Beratungsstelle als gewisse Kontrollinstanz und zeigen sich häufig sehr engagiert.

Aufgrund des Zwangscharakters der Therapie ist eine Beurteilung durch die Therapeuten der Beratungsstelle für die Betroffenen von hoher Bedeutung.

Das Ausmaß der Kooperativität zeigte sich unter anderem darin, dass zwei Klienten erneut Fragebögen erbat. Der eine hatte den Bogen verloren, der andere hatte hinterher gemerkt, dass er den Bogen falsch ausgefüllt hatte. Drei weitere Klienten verzichteten auf die anonyme Abgabe durch Einwurf ins Postfach und baten um eine individuelle Auswertung. Sie wollten gerne ihr eigenes kognitives Profil erfahren.

Es gab keine Rückmeldungen über technische Probleme beim Ausfüllen der Bögen. Der Zeitaufwand wurde von den Klienten im nachhinein als vertretbar geschildert (zwischen 10 und 75 Minuten Bearbeitungszeit). Besonders bemerkenswert verhielt sich ein Klient, der aufgrund einer Lese- und Rechtschreibschwäche Hemmungen hatte, den Bogen selbst auszufüllen und bat, dies per Interview mit dem Verfasser erledigen zu können. Er wisse, dass alle anderen aus seiner Therapiegruppe den Bogen schon ausgefüllt hätten, da wolle er nicht abseits stehen.

Die Resonanz bei den Kollegen war zahlenmäßig weitaus schwächer: 115 Kollegen sind Bögen zugegangen, 69 sind zurück gesandt worden, 67 davon fristgerecht. Dies ergibt eine Quote von exakt 60%. Daraus errechnet sich eine Gesamtrücklaufquote von 68,9%. Die geringere Rücksenderate der Kollegen erklärt sich

möglicherweise aus den selteneren Kontakten zum Verfasser und der hohen Arbeitsbelastung auf vielen städtischen Dienststellen. Denkbar ist allerdings auch schlichtes Desinteresse an der Untersuchung.

Das Antwortverhalten der Teilnehmer wurde in folgender Darstellung erfasst:

Tabelle 1: Auflistung fehlender Angaben (Missings)

MISSINGS:	Klienten	Kollegen
Angaben zu ... ↓		
Geschlecht	1x	4x
Berufliche Laufbahn	---	2x
Lebensform	1x	2x
Abstinenzdauer	7x	Klientenspezifische Frage
Relativer Konsum	Kollegenspezifische Frage	1x
Andere Fragen	7x	6x
Auslassung 2. Teil des	2x	---

Fragebogens (= 46 Fragen)		
Missing-Rate	43 Klienten x 102 Fragen = 4386 Werte, davon 108 Auslassungen = 2,46% Missing-Rate	67 Kollegen x 103 Fragen = 6901 Werte, davon 15 Auslassungen = 0,22% Missing-Rate
	Gesamt-Missing-Rate: 1,1%	

Sowohl die teilnehmenden Klienten als auch die Kollegen haben demnach die Fragebögen mit großer Sorgfalt bearbeitet.

6. Datenerhebung

Bei der Auswertung der Daten ist die SPSS Version 12.0 verwendet worden. Bei der Eingabe wurden insgesamt 34 Items umkodiert, da sie entsprechend ihrer Skala negativ formuliert worden waren. Die einzige offene Frage aus dem Fragebogen, die sich auf die Abstinenzdauer der Klienten bezog, ist nachträglich standardisiert worden.

Basisstatistische Angaben wurden zum Geschlecht, zum Alter, zur schulischen und beruflichen Bildung und zur Lebensform erbeten. Diese Referenzdaten sind nominalskaliert und über den Chi Quadrat-Test auf ihre Signifikanz getestet worden. Die Ratingskalen sind intervallskaliert, die Differenz zwischen zwei Werten ist von empirischer Bedeutung (Bühl, 2002). Daher ist zur Signifikanzprüfung der T-Test mit zwei unabhängigen Variablen angewendet worden. Dieser ergab weit überwiegend

Varianzenhomogenität, so dass für die Ratingskalen von einer Normalverteilung ausgegangen werden kann.

7. Ergebnisse

7.1 Grunddaten

Bei der Auswertung der Basisstatistik zeigt sich das unterschiedliche Profil von Klienten und Kollegen.

Tabelle 2 – Kreuztabelle Geschlechterverteilung

Status * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Status	Kollege	Anzahl	29	34	63
		% von Status	46,0%	54,0%	100,0%
		% von Geschlecht	72,5%	52,3%	60,0%
	Klient	Anzahl	11	31	42
		% von Status	26,2%	73,8%	100,0%
		% von Geschlecht	27,5%	47,7%	40,0%
Gesamt	Anzahl	40	65	105	
	% von Status	38,1%	61,9%	100,0%	
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Hier fällt der deutlich höhere Anteil an Männern unter den Klienten auf, das Geschlechtergefälle zeigt sich auch im Signifikanztest: $p = 0,004$ (χ^2).

Tabelle 3 – Kreuztabelle Schulbildung Klienten und Kollegen

	Volksschule	Hauptschule	Realschule	Gymnasium	anderer Abschluss	Gesamt
Kollege						
Anzahl	3	5	11	38	10	67
% von Status	4,5%	7,5%	16,4%	56,7%	14,9%	100%
% von Schulabschluss	33,3%	45,5%	47,8%	79,2%	52,6%	60,9%
Klient						
Anzahl	6	6	12	10	9	43
% von Status	14,0%	14,0%	27,9%	23,3%	20,9%	100%
% von Schulabschluss	66,7%	54,5%	52,2%	20,8%	47,4%	39,1%
Gesamt						
Anzahl	9	11	23	48	19	110
% von Status	8,2%	10,0%	20,9%	43,6%	17,3%	100%
% von Schulabschluss	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Mehr als doppelt so viele nicht suchtkranke städtische Mitarbeiter haben im Vergleich zu den Klienten (die ebenfalls städtische Beschäftigte sind) einen gymnasialen Abschluss. Prozentual haben die Kollegen auch seltener „nur“ einen Volks- oder Hauptschulabschluss. Dies könnte zu der Annahme verleiten, dass ein geringerer schulischer Abschluss ein Risikofaktor für eine Alkoholerkrankung wäre. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass die Auswahl der Kollegen maßgeblich für diesen Unterschied ist: die Kollegen, mit denen der Verfasser in Kontakt steht, sind zu einem größeren Teil Führungskräfte, die in

den Präventionsveranstaltungen der Suchtberatungsstelle geschult werden. Zwar ist bei der Ausgabe der Fragebögen darauf geachtet worden, alle Berufsgruppen mit entsprechender Verteilung schulischer Bildung zu berücksichtigen. Dennoch spielt die Verteilungspraxis eine wichtige Rolle bei oben angegebenem Ergebnis. Die Irrtumswahrscheinlichkeit p liegt in diesem Fall bei $= 0,012 (\chi^2)$.

Tabelle 4 – Kreuztabelle Vergleich Berufsausbildung Klienten und Kollegen

	Keine abgeschlossene Ausbildung	Betriebliche Ausbildung	FH-Abschluss	Hochschulabschluss	anderer Abschluss	Gesamt
Kollege						
Anzahl	1	13	36	10	5	65
% von Status	1,5%	20%	55,4%	15,4%	7,7%	100%
% von Schulabschluss	14,3%	43,3%	85,7%	71,4%	31,3%	60,2%
Klient						
Anzahl	6	17	6	4	10	43
% von Status	14,0%	39,5%	14%	9,3%	23,3%	100%
% von Schulabschluss	85,7%	56,7%	14,3%	28,6%	66,7%	39,8%
Gesamt						
Anzahl	7	30	32	14	15	108
% von Status	6,5%	27,8%	38,9%	13,0%	13,9%	100%
% von Schulabschluss	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Die Klienten der Beratungsstelle zeigen ein deutlich anderes berufliches Profil. Der Anteil an betrieblichen Ausbildungen ist fast doppelt so hoch wie bei den nicht suchtkranken städtischen Mitarbeitern. Auch die Zahl der Ungelernten ist erheblich höher als bei den Kollegen. Auf der anderen Seite haben fast vier Mal mehr Kollegen einen Fachhochschulabschluss als die Klienten. Fraglich ist, wie die Angabe „anderer Abschluss“ interpretiert werden kann. Da keine ergänzenden Hinweise von den 23,3% der Klienten gemacht worden sind, kann nur spekuliert werden, ob hier Berufsfachschulabschlüsse oder andere Qualifikationen erworben worden sind.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die nicht suchtkranken Mitarbeiter durchschnittlich einen höheren beruflichen Ausbildungsstand haben als die Klienten, was sich auch in einem sehr hohen Signifikanzwert ausdrückt ($p = 0,000 [\chi^2]$).

Tabelle 5 – Kreuztabelle Alter Klienten und Kollegen

Status * Alter Kreuztabelle

			Alter					Gesamt
			20-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60+x Jahre	
Status	Kollege	Anzahl	5	14	27	19	2	67
		% von Status	7,5%	20,9%	40,3%	28,4%	3,0%	100,0%
		% von Alter	100,0%	93,3%	56,3%	54,3%	28,6%	60,9%
	Klient	Anzahl	0	1	21	16	5	43
		% von Status	,0%	2,3%	48,8%	37,2%	11,6%	100,0%
		% von Alter	,0%	6,7%	43,8%	45,7%	71,4%	39,1%
Gesamt	Anzahl		5	15	48	35	7	110
	% von Status		4,5%	13,6%	43,6%	31,8%	6,4%	100,0%
	% von Alter		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Die stärkste Altersgruppe stellen bei beiden Stichproben die 40-49jährigen. Der Unterschied liegt in der Altersverteilung: es gibt nur einen einzigen Klienten unter 40 Jahren, während 28,4% der befragten Kollegen zwischen 20 und 39 Jahre alt sind. 31,4% der Kollegen entfallen auf die Altersgruppe 50 bis „60+x“, bei den Klienten ist der äquivalente Wert 48,8%. Die Klienten sind also älter und altersbezogen weitaus weniger gestreut ($p = 0,007 [\chi^2]$).

Tabelle 6 – Kreuztabelle Lebensform Klienten und Kollegen:

Status * Lebensform Kreuztabelle

			Lebensform		Gesamt
			allein lebend	Partnerschaft/Ehe	
Status	Kollege	Anzahl	14	51	65
		% von Status	21,5%	78,5%	100,0%
		% von Lebensform	36,8%	73,9%	60,7%
	Klient	Anzahl	24	18	42
		% von Status	57,1%	42,9%	100,0%
		% von Lebensform	63,2%	26,1%	39,3%
Gesamt	Anzahl		38	69	107
	% von Status		35,5%	64,5%	100,0%
	% von Lebensform		100,0%	100,0%	100,0%

($p = 0,000 [\chi^2]$)

Die nicht Suchtkranken leben fast doppelt so häufig in einer festen Partnerschaft wie die Klienten. Ob das Alleinleben nun Folge der Suchterkrankung ist oder Bedingung dafür, kann aus den vorliegenden Daten nicht geschlossen werden. Es zeigt sich aber noch einmal deutlich, dass die Lebenssituation der beiden Stichproben erheblich voneinander abweicht.

	Jahre	5 Jahre	Jahre	Jahr					
N	4	3	3	12	5	4	3	3	37
%	10,8	8,1	8,1	32,4	13,5	10,8	8,1	8,1	100

Die Klienten sind im Rahmen der Basisfragen auch nach der Dauer ihrer Abstinenz befragt worden. Diese Angabe ist nicht weiter spezifiziert worden, es wurde also aus Vereinfachungsgründen nicht nach Suchtmitteln differenziert. Es zeigte sich insgesamt eine recht breite Verteilung. Die Mehrheit gab an, zwischen einem und 3 Jahren alkoholabstinenz zu sein. Da die Klienten im Regelfall eine Auflage über 12 Monate Teilnahme an der Therapie bekommen, können die 10 Klienten, die mehr als 3 Jahre trocken sind, nur freiwillige Besucher unserer Suchtberatungsstelle sein. Dies zeigt auch die hohe Bindung an unsere Institution. Sieben Klienten machten keine Angaben.

Tabelle 9 – Alkoholkonsummuster der Kollegen

RELATIVER KONSUM →	deutlich unterdurchschnittlich	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich	deutlich überdurchschnittlich	Gesamtzahl
N	21	12	26	6	1	66
Männlich	12	7	10	4	1	34
/ weiblich	8	3	15	2	---	28
% N	31,8	18,2	39,4	9,1	1,5	100
KONKRETER KONSUM →	gar kein Alkohol	maximal 3 Flaschen Bier oder ähnliches wöchentlich	maximal 5 Flaschen Bier oder ähnliches wöchentlich	maximal 8 Flaschen Bier oder ähnliches wöchentlich	mehr als 8 Flaschen Bier oder ähnliches wöchentlich	Gesamtzahl
N	12	28	14	9	4	67
Männlich	8	12	9	2	2	33
/ weiblich	4	13	4	7	2	30
% N	17,9	41,8	20,9	13,4	6	100

Immerhin einer der 66 befragten Kollegen hat angegeben, deutlich überdurchschnittlich zu konsumieren. Die Mehrheit der Kollegen pflegt nach eigenen Angaben eher einen moderaten Umgang mit Alkohol. Die Zahl der Abstinenzler ist statistisch überdurchschnittlich, wenn man sich an der gängigen 5%-Formel (vgl. Feuerlein, 1998, S. 108) orientiert, nach der dieser Prozentsatz der Bevölkerung gar keinen Alkohol konsumiert.

Vier Kollegen haben keine Angaben zu ihrem Geschlecht gemacht, dazu einer weder zum Geschlecht noch zum relativen Konsum. Die Fragen zum konkreten Konsum sind hingegen von allen 67 Kollegen beantwortet worden. Gerade wegen der Fragen zum Konsum hatte es im Vorfeld der Untersuchung Überlegungen seitens des Arbeitgebers und insbesondere des Personalrates gegeben, ob denn derartige Fragen statthaft seien. Mit Hinweis auf Freiwilligkeit und Anonymität der Befragung konnten diese Bedenken jedoch ausgeräumt werden.

Die Selbsteinschätzung der Kollegen hinsichtlich ihres Konsums erstaunt durch ihre Offenheit. Immerhin haben sich 10,6% der Kollegen (n=7) als überdurchschnittliche bis deutlich überdurchschnittliche Alkoholkonsumenten eingeordnet. Dies könnte für ein hohes Vertrauen in die vertrauliche Behandlung der Daten sprechen. Wenn die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen, betreiben sogar 16,4% (n=11) der Kollegen einen schädlichen Alkoholkonsum.

Die oben genannten Mengenangaben zum konkreten Konsum gehen zurück auf die Empfehlung der Britischen Ärztesvereinigung, einen wöchentlichen Konsum von 112g bei Frauen und 168g bei Männern nicht zu überschreiten (British Medical Association. Aus: Homepage Kontrolliertes Trinken.

www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/web/1_betroffene/was

ist_definitionen.asp?x=3&x2=2; 12.05.05, 17.22Uhr). Diese Grenzwerte werden sowohl in der therapeutischen Praxis der Suchtberatungsstelle als auch in Präventionsseminaren des Verfassers verwendet.

Zusammenfassung

Die Klienten sind mehrheitlich männlich, verfügen über eine weniger qualifizierte schulische wie berufliche Ausbildung als ihre nicht suchtkranken Kollegen, sind deutlich älter und leben häufiger allein. Somit ist bei den beiden verglichenen Stichproben nicht von einer Normalverteilung auszugehen, das heißt, Klienten und Kollegen sind von ihren soziodemographischen Eckdaten nur begrenzt miteinander vergleichbar. Ob sich dies auch bei ihren kognitiven Merkmalen widerspiegelt, soll im folgenden Kapitel betrachtet werden.

7.2 Skalen-Vergleich Klienten und Kollegen

Von den insgesamt 96 Items lagen bei einer Prüfung über den T-Test 24 unter der Signifikanzgrenze von 0,05. Diese sind im Folgenden, geordnet nach Skalen, dargestellt. Neben den statistischen Kennwerten zur Stichprobengröße n , der Signifikanz, der Standardabweichung, dem Median und dem Mittelwert sind auch die Top und Low Boxes angegeben. Diese sind wie folgt definiert worden:

Low Boxes: 1 (= überhaupt nicht zutreffend) und 2 (= kaum zutreffend)

Top Boxes: 4 (= überwiegend zutreffend) und 5 (= absolut zutreffend)

7.2.1 Skala Selbstkontrolle (10 Items)

Bei dieser wie auch allen folgenden Skalen wurden Arbeitshypothesen aufgestellt. Diese sollen die Richtung und den Zweck der Befragung kenntlich machen.

Bei den Fragen zur Selbstkontrolle wurde folgende Arbeitshypothese zugrunde gelegt:

Alkoholabhängige Menschen zeigen deutlich weniger Selbstkontrollfähigkeit und Selbstdisziplin als nicht suchtkranke Menschen.

Bei der Überprüfung der insgesamt zehn Items wurden drei gefunden, bei denen sich deutliche Differenzen zeigten. Diese lauten wie folgt:

Selbstkontrolle2 (entspricht Frage 5 im Fragebogen):
„Ich habe einen geordneten und strukturierten Lebenswandel“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,011	Klienten	Kollegen
N	43	67
Median	4	4
Standardabweichung	0,87856	0,90828
Mittelwert	3,8837	3,4328
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 55,8% <u>5 = 20,9%</u> 76,7%	4 = 41,8% <u>5 = 9%</u> 50,8%

Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 2,3%	1 = 3%
	<u>2 = 4,7%</u>	<u>2 = 10,4%</u>
	7%	13,4%

Hier zeigt sich eine sehr viel höhere Zustimmung zu dieser Aussage durch die Klienten. Wenn diese Selbsteinschätzung zutreffend und auf die Allgemeinheit übertragbar wäre, hätten alkoholabhängige Menschen ein geordneteres Leben als nicht suchtkranke Menschen. Die Kollegen scheinen sich diesbezüglich eher durchschnittlich einzuschätzen.

Selbstkontrolle6 - Frage 76:

„Es bereitet mir Unbehagen, wenn ich mit einem Chaos konfrontiert werde“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,007	Klienten	Kollegen
N	41	67
Median	3	3
Standardabweichung	1,08986	0,95228
Mittelwert	3,3659	2,8209
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 29,3% <u>5 = 17,1%</u> 46,4%	4 = 23,9% <u>5 = 1,5%</u> 25,4%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 2,4% <u>2 = 22,0%</u> 24,4%	1 = 9% <u>2 = 26,9%</u> 35,9%

Hier deutet sich ebenfalls aus den Top Boxes an, dass die Klienten sich in einem deutlich höheren Maß als ordnungsbedürftig bzw. chaosunverträglich sehen. Die Beantwortungsmöglichkeit 3 = „teilweise zutreffend“ wurde bei den Klienten nur in 29,2% der Fälle gewählt im Vergleich zu 38,7% bei den Kollegen (vgl. Anlage 4).

Selbstkontrolle7 - Frage 81:

“Ich verlasse meinen Arbeitsplatz grundsätzlich so, wie ich ihn auch morgens vorzufinden wünsche“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,002	Klienten	Kollegen
N	41	67
Median	4	3
Standardabweichung	1,14445	1,24189
Mittelwert	3,8780	3,1343
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 31,7% <u>5 = 36,6%</u> 68,3%	4 = 31,3% <u>5 = 13,4%</u> 44,7%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 4,9% <u>2 = 7,3%</u> 12,2%	1 = 11,9% <u>2 = 22,9%</u> 34,8%

Bei Selbstkontrolle 7 geht die Irrtumswahrscheinlichkeit gegen Null. Dies bedeutet, dass hier ein sicherer Unterschied zwischen den beiden Stichproben gefunden werden konnte. Die Top und Low Boxes gehen weit auseinander, auch die Mittelwerte weichen erheblich voneinander ab. Bei diesem Item ist explizit nach einer Neigung zu Pedanterie gefragt worden, die offenbar bei den Klienten stärker ausgeprägt ist.

Zusammenfassung Skala Selbstkontrolle

Bei dieser kleinsten Skala mit nur zehn Items finden sich drei signifikante Items, die darauf hindeuten, dass alkoholranke Menschen ein geordnetes Leben einer chaotischen Existenz vorziehen und dass ihre emotionale Reaktion auf ein Durcheinander – in welchem Kontext auch

immer – stärker ist als bei nicht suchtkranken Menschen. Darüber hinaus gibt es Anzeichen für eine Neigung zur Pedanterie.

Auf der anderen Seite gibt es bei 70% der Items keine statistisch relevanten Unterschiede zwischen den beiden Stichproben.

7.2.2 Skala Selbstwert (20 Items)

In dieser Rubrik finden sich Aussagen, die auf das Selbstvertrauen, den Bedarf an Wertschätzung von außen und auch auf eine seelische Robustheit schließen lassen. Die Arbeitshypothese lautet *Suchtkranke Menschen sind empfindlicher, weniger selbstbewusst und pessimistisch, was ihre eigene Leistungsfähigkeit anbelangt.*

Bei dieser Skala wurden ebenfalls drei Items gefunden, bei denen deutliche Unterschiede im Vergleich zu den nicht suchtkranken Kollegen auftraten.

Selbstwert3 - Frage 11:
 „Ich zweifele oft daran, das Erreichen zu können, was ich mir vorgenommen habe“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,014	Klienten	Kollegen
N	43	67
Median	3	4
Standardabweichung	1,02082	0,93623
Mittelwert	3,3488	3,8209
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 30,2% <u>5 = 14%</u> 44,2%	4 = 52,2% <u>5 = 20,9%</u> 73,1%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 2,3% <u>2 = 18,6%</u> 20,9%	1 = 3% <u>2 = 6%</u> 9%

Selbstzweifel wie in der oben formulierten Aussage treten offenbar deutlich höher bei den nicht suchtkranken Kollegen auf. 73,1% der Kollegen haben dieser Aussage überwiegend oder absolut zugestimmt. Dies könnte für ein höheres Maß an kritisch gefärbtem Introspektionsvermögen sprechen, aber auch für eine pessimistischere und weniger unbekümmerte Grundhaltung.

Selbstwert5 - Frage 27:
„Ich hadere häufig mit mir selbst“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,014	Klienten	Kollegen
N	43	67
Median	3	4
Standardabweichung	1,07370	1,1354
Mittelwert	3,1163	3,6567
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 27,9% <u>5 = 9,3%</u> 37,2%	4 = 37,3% <u>5 = 25,4%</u> 62,7%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 7% <u>2 = 20,9%</u> 27,9%	1 = 4,5% <u>2 = 13,4%</u> 17,9%

Auch diese Aussage wurde erheblich öfter von den Kollegen als zutreffend angesehen, 62,7% stimmten dem überwiegend oder absolut zu. Bei den Klienten verteilen sich die Antwortmöglichkeiten gleichmäßiger. Der hier nicht aufgeführte Wert der teilweisen Zustimmung ist der am häufigsten angegebene mit 34,9% im Vergleich zu 19,4% bei den Kollegen (vgl. Anlage 7).

Selbstwert19 - Frage 95:

„Ich habe oft das Gefühl, ich habe etwas falsch gemacht“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,005	Klienten	Kollegen
N	41	67
Median	3	4
Standardabweichung	0,97530	1,00901
Mittelwert	2,7317	2,1642
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 31,7% <u>5 = 9,8%</u> 41,5%	4 = 46,3% <u>5 = 25,4%</u> 71,7%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 2,4% <u>2 = 19,5%</u> 21,9%	1 = 4,5% <u>2 = 4,5%</u> 9%

Bei diesem Item ist explizit nach diffusen Schuldgefühlen gefragt worden. Erneut zeigen sich die Klienten in ihrem Antwortverhalten als deutlich robuster und unbekümmerter. Denkbar wäre aber auch ein gering ausgeprägtes Reflexionsvermögen bei den Suchtkranken. Die überwiegende bis absolute Zustimmung der Kollegen zu dieser Aussage übertrifft die der Klienten um mehr als 30%. Die Antwortmöglichkeit „teilweise zutreffend“ ist auch hier bei den Klienten mit 36,6% (zu 19,3% bei den Kollegen) der am häufigsten gewählte Wert (vgl. Anlage 8).

Zusammenfassung Skala Selbstwert

Die Skala Selbstwert ist mit 20 Items die zweitgrößte Einheit in diesem Fragebogen. Daran gemessen sind drei signifikante Aussagen, bei denen sich Klienten von Kollegen deutlich voneinander abheben, sicher nicht beweiskräftig für ein gänzlich unterschiedliches Selbstwertgefühl und Selbstbild der beiden Vergleichsgruppen. Überraschend ist aber, dass die Klienten sich zumindest teilweise unbekümmerter, optimistischer und von weniger Selbstzweifeln belastet sehen.

7.2.3 - Seite 42

7.2.3 Skala Temperament & Devianz (22 Items)

In dieser Skala wurden unter anderem Begriffe erfragt wie die der Aggressivität, dem Drang nach Kick-Erlebnissen oder der Tendenz, negative Stimmungen schnell aufzuspüren und sich ihnen hinzugeben. Die Arbeitshypothese lautet in diesem Fall: *Suchtkranke sind aggressiver und anfälliger für unangenehme Gefühle als nicht suchtkranke Menschen.*

Bei dieser Skala wiesen 5 von 22 Items einen signifikanten Unterschied zwischen Klienten und Kollegen aus:

Temperament4 - Frage 9:

„Ich habe eine sehr starke Abneigung gegen stupide und eintönige Tätigkeiten“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,046	Klienten	Kollegen
N	43	67
Median	4	4
Standardabweichung	1,13389	1,19758
Mittelwert	4,0000	3,5373
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 27,9% <u>5 = 44,2%</u> 72,2%	4 = 28,4% <u>5 = 25,4%</u> 53,8%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 2,3% <u>2 = 11,6%</u>	1 = 7,5% <u>2 = 10,4%</u>

	13,9%	17,9%
--	-------	-------

Die Fähigkeit, auch wenig anspruchsvolle, bisweilen stumpfe Tätigkeiten duldsam ausüben zu können, scheint bei den Kollegen höher ausgeprägt zu sein. Die Empfindlichkeit gegenüber Reizmangel und Monotonie bei Suchtkranken wird bei Beck ausführlich beschrieben (vgl. Beck, 1997, S.56). Allerdings liegt der Signifikanzwert nahe am Grenzbereich und immerhin geben auch mehr als 50% der Kollegen an, solche Tätigkeiten eher abzulehnen.

Temperament9 - Frage 30:
 „Ich träume oft von einem glücklichen und aufregenden Leben“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,000	Klienten	Kollegen
N	43	67
Median	3	2
Standardabweichung	1,14604	1,07792
Mittelwert	3,1395	2,2537
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 16,3% <u>5 = 16,3%</u> 32,6%	4 = 7,5% <u>5 = 4,5%</u> 12%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 7% <u>2 = 20,9%</u> 27,9%	1 = 26,9% <u>2 = 37,3%</u> 64,2%

Diese Aussage lässt die Interpretation zu, dass man bei hoher Zustimmung beispielsweise zu Realitätsflucht neigt oder aber einfach nur träumerisch und fantasiebegabt veranlagt ist. Die Beschäftigung mit einer alternativen Existenz scheint eher auf die Klienten zuzutreffen, die diese Aussage fast drei Mal so häufig mit „überwiegend zutreffend“ oder „absolut zutreffend“ beantwortet haben. Ähnlich stark differiert das Maß der Ablehnung, die Low Boxes unterscheiden sich um

36,3%. Dies könnte auch für die Bodenständigkeit der Kollegen sprechen, die diese Aussage fast zu 2/3 überwiegend oder komplett ablehnen.

Temperament11 - Frage 44:
 „Wenn ich traurig bin, fühle ich mich diesem Gefühl absolut ausgeliefert“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,000	Klienten	Kollegen
N	43	67
Median	3	2
Standardabweichung	1,11270	0,91794
Mittelwert	3,0000	2,2836
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 20,9% <u>5 = 9,3%</u> 30,2%	4 = 10,4% <u>5 = 0%</u> 10,4%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 11,6% <u>2 = 16,3%</u> 27,9%	1 = 20,9% <u>2 = 40,3%</u> 61,2%

Die Intensität der empfundenen Trauer weicht offenbar erheblich voneinander ab, was sich auch im Signifikanzwert widerspiegelt (p=0,000). Die absolute und überwiegende Zustimmung differiert um fast das Dreifache, die überwiegende bis völlige Ablehnung der Aussage um etwa das Doppelte.

Alkoholranke Menschen erleben demnach das Gefühl der Traurigkeit als sehr stark und sehen kaum Möglichkeiten, dagegen anzugehen.

Temperament 12 - Frage 46:
 „Ich komme über Enttäuschungen im allgemeinen gut hinweg“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,000	Klienten	Kollegen
N	43	67
Median	3	2
Standardabweichung	0,72145	0,79403
Mittelwert	2,8372	2,2836
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 14% <u>5 = 0%</u> 14%	4 = 4,5% <u>5 = 1,5%</u> 6%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 4,7% <u>2 = 20,9%</u> 25,6%	1 = 11,9% <u>2 = 55,2%</u> 67,1%

Bei dieser Aussage war die Erwartung, dass die Klienten diese Aussage mehrheitlich ablehnen, dass also ihre Frustrationstoleranz deutlich unter der nicht suchtkranker Menschen liegt. Stattdessen leitet sich die (höchste) Signifikanz dieser Aussage davon ab, dass über die Hälfte der

Kollegen von sich behaupten, dass sie kaum über Enttäuschungen gut hinweg kommen (55,2% zu 20,9%). Auch der mittlere Wert spricht für die höhere Frustrationstoleranz der Klienten: 60,4% der befragten alkoholkranken städtischen Mitarbeiter gaben an, dieser Aussage teilweise zuzustimmen (vgl. Anlage 12). Nur 26,9% der Kollegen wählten diese Antwortmöglichkeit.

Temperament 16 - Frage 66:
 „Am liebsten mache ich meinen Kram alleine, auch wenn ich länger brauche und lasse mir von niemandem reinreden“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,002	Klienten	Kollegen
N	41	67
Median	3	3
Standardabweichung	0,91864	1,04186
Mittelwert	3,3902	2,7761
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 36,6% <u>5 = 9,8%</u> 46,4%	4 = 22,4% <u>5 = 3%</u> 25,4%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 2,4% <u>2 = 12,2%</u> 14,6%	1 = 13,4% <u>2 = 23,9%</u> 37,3%

Der Hang zum Einzelgängertum und zu Rückzugsverhalten ist mit dieser Aussage überprüft worden. Erwartungsgemäß schätzen sich hier die Klienten als eher geneigt ein, ihre

Angelegenheiten allein erledigen zu wollen. Dies wirft die Frage auf, ob Suchtkranke nur schlecht Hilfe von außen annehmen können (vgl. Klages, 1989). Die Signifikanz bei diesem Item liegt wieder sehr hoch ($p=0,002$).

Zusammenfassung Skala Temperament & Devianz

Bei dieser Skala zeigt sich ein uneinheitliches Bild: Demnach sind Alkoholranke eigenbrötlicher und empfinden Trauer erheblich intensiver und potentiell auch bedrohlicher als nicht Suchtkranke. Sie kommen mit monotonen Tätigkeiten nur sehr schlecht zurecht, träumen häufig von einem anderen Leben, zeigen aber eine höhere Fähigkeit, über Enttäuschungen hinweg zu kommen als die nicht suchtkranken Kollegen. Sie zeigen sich nicht aggressiver und weichen in 5 von 22 Fällen signifikant von den nicht suchtkranken Kollegen ab. Dies bedeutet aber auch, dass sie in 17 von 22 Fällen eine ähnlich gelagerte Einschätzung hinsichtlich ihres Temperaments haben wie die Kollegen.

7.2.4 Skala Sozialverhalten (13 Items)

Hierunter wird die Konfliktlösefähigkeit verstanden, gesunde und sozialverträgliche Methoden, sich schöne Erlebnisse zu verschaffen und auch die Fähigkeit, Hilfen anderer in Anspruch nehmen zu können, subsumiert. Die Arbeitshypothese lautet: *Suchtkranke sind weniger konfliktfähig und haben Probleme in Aufbau und Gestaltung sozialer Beziehungen.*

Sozialverhalten3 - Frage 23:

„Ich bin eher skeptisch und zurückhaltend, wenn ich Menschen kennen lerne“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,000	Klienten	Kollegen
N	43	67
Median	2	3
Standardabweichung	1,12014	1,00519
Mittelwert	2,4651	3,2537
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 9,3% <u>5 = 7%</u>	4 = 37,3% <u>5 = 7,5%</u>

	16,3%	44,8%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 18,6% <u>2 = 39,5%</u> 58,1%	1 = 6% <u>2 = 14,9%</u> 20,9%

Bei dieser als höchst signifikant verifizierten Aussage schätzen sich die Klienten erstaunlicherweise als weitaus weniger skeptisch und abwartend bei neuen Bekanntschaften ein. Mehr als 58% haben dieser Aussage „überhaupt nicht“ oder „kaum“ zugestimmt (Kollegen 20,9%). Die nicht suchtkranken Kollegen sehen sich diesbezüglich deutlich zurückhaltender.

Sozialverhalten4 - Frage 24:

„Am liebsten ist es mir, wenn mir jemand bei Unternehmungen eine konkrete Aufgabe zuteilt“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,045	Klienten	Kollegen
N	43	67
Median	3	4
Standardabweichung	1,05916	0,98404
Mittelwert	3,2093	3,6119
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 27,9% <u>5 = 11,6%</u> 39,5%	4 = 40,3% <u>5 = 17,9%</u> 58,2%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 4,7% <u>2 = 20,9%</u> 25,6%	1 = 3% <u>2 = 9%</u> 12%

Bei dieser Aussage wurde eine Tendenz zu Überanpassung und der Fähigkeit zur Unterordnung erfragt (vgl. auch Stavemann, 2003, S. 101). Obwohl ein großer Teil Führungskräfte zu den Adressaten des Fragebogens gehörte, findet sich hier eine sehr hohe Zustimmungsrates bei den Kollegen. 58,2% stimmen der oben aufgeführten Aussage überwiegend oder absolut zu (Klienten 39,5%). Dies könnte aber auch darauf hindeuten, dass die befragten Kollegen eine klare Arbeitsstruktur bevorzugen. Denkbar wäre auch, dass sich Klienten im Vergleich lieber ihre Unabhängigkeit bewahren wollen oder sie stimmen dieser Aussage nicht zu, weil sie eher einen Hang zu Einzelgängertum haben (vgl. 6.2.1.3, Temperament 16).

Sozialverhalten5 - Frage 25:

„Ich habe einen großen Freundeskreis und pflege meine Freundschaften“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,003	Klienten	Kollegen
N	43	67
Median	3	3
Standardabweichung	1,08498	1,07855
Mittelwert	2,6744	3,3284
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 9,3% <u>5 = 7%</u> 16,3%	4 = 19,4% <u>5 = 17,9%</u> 37,3%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 16,3% <u>2 = 23,3%</u> 39,6%	1 = 6% <u>2 = 10,4%</u> 16,4%

Bei diesem Item scheint die Arbeitshypothese teilweise zuzutreffen: Suchtkranke schätzen ihren Freundeskreis deutlich weniger umfangreich ein als ihre nicht suchtkranken Kollegen. Die Signifikanz der Aussage liegt sehr hoch ($p=0,003$). Anzumerken ist allerdings, dass nicht ermittelt werden kann, ob die geringe Zustimmung zu dieser Aussage sich auf die Quantität des Freundeskreises bezieht oder ob die Klienten eher der Ansicht sind, dass sie sich wenig um ihre Freundschaften kümmern. Hier müsste bei einer Wiederholung der Untersuchung auf eine differenziertere Fragestellung geachtet werden.

Sozialverhalten12 – Frage 84

„Ich kann es schlecht aushalten, wenn ich auf die Hilfe anderer angewiesen bin“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,048	Klienten	Kollegen
N	41	67
Median	3	3
Standardabweichung	1,06210	0,97458
Mittelwert	2,8537	3,2537
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 14,6% <u>5 = 7,3%</u> 21,9%	4 = 31,3% <u>5 = 10,4%</u> 41,7%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 12,2% <u>2 = 19,5%</u>	1 = 0% <u>2 = 26,9%</u>

	31,7%	26,9%
--	-------	-------

Der Signifikanzwert liegt bei diesem Item im Grenzbereich. Das Suchtkranke Probleme haben, Hilfe anderer Menschen in Anspruch zu nehmen, entspricht therapeutischer Alltagserfahrung.

Paradoxe Weise verhält es sich hier umgekehrt: die Kollegen stimmen dieser Aussage in 41,9% der Fälle „überwiegend“ bis „absolut“ zu (Klienten 21,9%). Die Alkoholkranken haben bei diesem Item ihre Einschätzungen weit gestreut, 46,4% haben angegeben, dieser Aussage teilweise zuzustimmen (vgl. Anlage 17). Die Kollegen haben den mittleren Wert nur in 31,4% der Fälle gewählt. Möglicherweise neigen also eher die Kollegen zu Perfektionismus und erledigen ihre Angelegenheiten lieber selbst. Hier scheint ein Widerspruch zum Ergebnis des Items Temperament 16 (vgl. 6.2.1.3) vorzuliegen.

Zusammenfassung Skala Sozialverhalten

Ihrer Selbsteinschätzung zufolge sind Klienten durchaus in der Lage, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sie schätzen ihren Freundeskreis oder aber ihre Beziehungspflege als eher unterdurchschnittlich ein. Sie haben eine Abneigung gegen eine passive Zuteilung von Aufgaben im Stile eines reinen Befehlsempfängers und sie schätzen sich durchaus offen und zugänglich für neue Bekanntschaften ein.

Bei den Kollegen überrascht insbesondere die Zurückhaltung im sozialen Kontakt und die Bereitwilligkeit, Aufgaben zugewiesen zu bekommen, anstatt sich Arbeitsprojekte selbst vorzunehmen. Absolut gesehen

scheinen die Differenzen im Sozialverhalten zwischen Klienten und Kollegen nicht allzu gravierend auszufallen.

7.2.5 Skala Ressourcen & Defizite (16 Items)

Bei dieser Skala geht es um den Umgang mit Frustrationen, das Ertragen von Ungewissheiten und auch das Aktivitätslevel. Überprüft werden sollte die häufig kolportierte Konsum- und Versorgungshaltung (vgl. Dörner, 1992, S. 245-248), die Suchtkranken angeblich zu eigen sei. Unterstellt worden ist, dass die Frustrationstoleranz der Klienten niedriger ist, das Aushalten von Ungewissheiten schwieriger und sie eher zu einer passiven Lebenshaltung neigen.

Ressourcen7- Frage 37:

„Wenn ich einsehe, dass ich gewisse Dinge nicht gut hinbekomme, frustriert mich das gewaltig“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,023	Klienten	Kollegen
N	43	67
Median	3	4
Standardabweichung	0,88859	1,08795
Mittelwert	3,1395	3,5970
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 30,2% <u>5 = 4,7%</u> 34,9%	4 = 43,3% <u>5 = 19,4%</u> 62,7%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 2,3% <u>2 = 20,9%</u> 23,2%	1 = 4,5% <u>2 = 13,4%</u> 17,9%

Ähnlich wie beim Umgang mit Enttäuschungen (vgl. 6.2.1.3; Temperament12) zeigen auch hier die Klienten eine positivere Selbsteinschätzung. Die eigenen Grenzen zu akzeptieren, scheint den Kollegen erheblich schwerer zu fallen. 62,7% stimmen der oben genannten Aussage „überwiegend“ oder „absolut“ zu im Vergleich zu 34,9% bei den Klienten. Dies könnte auf ein höheres Maß an Perfektionismus und Leistungsabhängigkeit bei den nicht Suchtkranken hindeuten. Auch das mittlere Maß, die Antwortmöglichkeit „teilweise zutreffend“ differiert bei Klienten (41,9%) und Kollegen (19,4%) deutlich (vgl. Anlage 18). Die Klienten scheinen diesbezüglich eher in der Balance zu sein.

Ressourcen13 - Frage 67

„Ich komme mit diesem ständigen gesellschaftlichen Wandel nicht gut zurecht“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,037	Klienten	Kollegen
N	41	67
Median	4	4
Standardabweichung	0,99939	0,86151
Mittelwert	3,5854	3,9851
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 34,1%	4 = 47,8%

	<u>5 = 19,5%</u> 53,6%	<u>5 = 28,4%</u> 76,2%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 2,4% <u>2 = 9,8%</u> 12,2%	1 = 1,5% <u>2 = 3%</u> 4,5%

Das Leben in der Postmoderne ist gekennzeichnet durch einen grassierenden Verfall tradierter Werte, so lautet das Credo des Feuilletons. Wie kommen Suchtkranke damit zurecht? Reagieren sie eher ängstlich auf die Anforderungen der neuen Zeit? Vielleicht deswegen, weil sie, wie in dieser Untersuchung, oft schlechter ausgebildet sind als ihre nicht suchtkranken Kollegen? Mehr als die Hälfte stimmt dieser Aussage zu (53,6%), sie werden dabei aber noch um mehr als 20% von ihren im Durchschnitt jüngeren und besser ausgebildeten nicht suchtkranken Kollegen übertroffen. Dem entsprechend sind auch die Low Box-Werte deutlich geringer. Das Unbehagen in der Kultur scheint bei den „normalen“ städtischen Bediensteten sogar noch verstärkt zuzutreffen.

Ressourcen 16 - Frage 89:

„Es macht mir nichts aus, wenn ich ein wichtiges Ziel nur mühsam und nach langer Bearbeitungszeit erreichen kann“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,017	Klienten	Kollegen
N	41	67
Median	4	3
Standardabweichung	1,04298	1,04295
Mittelwert	3,6341	3,1343

Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 24,4% <u>5 = 26,8%</u> 51,2%	4 = 23,9% <u>5 = 10,4%</u> 34,3%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 0% <u>2 = 14,6%</u> 14,6%	1 = 6% <u>2 = 19,4%</u> 25,4%

Beharrungs- und Standvermögen, Zähigkeit bei der Erreichung wichtiger Ziele sind Eigenschaften, die Beck den Suchtkranken gerade nicht attestiert hat. Er sah im Gegenteil eine regelrechte „ (...) Hoffnungslosigkeit, jemals ein bestimmtes Ziel zu erreichen“ (Beck, 1997. S. 42). Aber auch hier sehen sich die Klienten deutlich positiver, das Maß der überwiegenden bis absoluten Zustimmung zu dieser Aussage übertrifft das der Kollegen um mehr als 16%. Möglicherweise hat bei dieser Einschätzung das in der Therapie vermittelte Arbeiten an kleinen Schritten zur Erreichung einer Abstinenz seinen Anteil.

Zusammenfassung Skala Ressourcen & Defizite

Die befragten Klienten schätzen sich als geduldiger ein, langfristige Ziele erreichen zu können, sie kommen mit dem gesellschaftlichen Wandel besser zurecht und sind den Kollegen auch in puncto Frustrationstoleranz teilweise überlegen. Dies legt den Schluss nahe, dass Suchtkranke sich keineswegs per definitionem als defizitär erleben. Ihre Selbsteinschätzung ist auch hier teilweise positiver. 3 von 16 Items zeigen signifikante Unterschiede zu Gunsten der Klienten, bei den anderen 13 liegen die Ergebnisse auf vergleichbarem Niveau. Offenbar sehen die Klienten ihre Ressourcen und Möglichkeiten als denen der nicht Suchtkranken ähnlich an und empfinden keine Minderwertigkeit oder Benachteiligung.

7.2.6 Skala Irrationale Ideen (15 Items)

In dieser Skala werden spezifische kognitive Verzerrungen erfragt, wie etwa ein übertriebener Wunsch nach Anerkennung, die Tendenz zu Devotion und ein negativ gefärbter Fatalismus. Die Annahme bei der Erstellung dieser Fragen war, dass Suchtkranke deutlich irrationaler und selbstschädigender denken. Dies entspricht jedenfalls der Wahrnehmung in der täglichen therapeutischen Praxis der Suchtberatungsstelle des Verfassers.

„Mich beschäftigt regelmäßig die Idee, dass man einigen Zeitgenossen die Leviten lesen müsste (z.B. Politikern)“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,021	Klienten	Kollegen
N	43	67
Median	4	3
Standardabweichung	0,98942	1,28326
Mittelwert	3,7907	3,2537
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 20,9% <u>5 = 32,6%</u> 53,5%	4 = 22,4% <u>5 = 20,9%</u> 43,4%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 0% <u>2 = 7%</u> 7%	1 = 11,9% <u>2 = 14,9%</u> 26,8%

Bestrafungswünsche gegen andere, aber auch gegen sich selbst gerichtet, sieht Albert Ellis als eine häufige irrationale Idee an (vgl. Ellis, 1997, S. 134-137). Diese Überzeugung führt zu nicht zielführenden Aggressionen. Den befragten Klienten scheint dieser Irrglaube vertrauter zu sein, wobei eher die Low Box-Werte auffällig voneinander abweichen. Bei den Klienten haben 93% angegeben, dieser Aussage teilweise bis absolut zuzustimmen, der äquivalente Wert bei den Kollegen liegt bei nur 73,2% (vgl. Anlage 21). Dies bedeutet also, dass auch die vermeintlich Gesunden, nicht suchtkranken Kollegen diese Bestrafungswünsche in fast $\frac{3}{4}$ der Fälle bei sich wahrnehmen. Wie die Betreffenden diese Wünsche bewerten, wird allerdings durch die Frage nicht erfasst. Möglich wäre, dass sie diese Aggression zwar regelmäßig empfinden, aber sie auch gleichermaßen als inadäquat ablehnen und sich davon distanzieren.

7.2.6 - Seite 56

Irrationale Idee3 - Frage 40:

„Irgendwann werde ich für meine Fehler zur Rechenschaft gezogen“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,000	Klienten	Kollegen
N	43	67
Median	3	2
Standardabweichung	1,06281	1,09685

Mittelwert	3,3256	2,3582
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 25,6% <u>5 = 16,3%</u> 41,9%	4 = 14,9% <u>5 = 3%</u> 17,9%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 2,3% <u>2 = 20,9%</u> 23,2%	1 = 23,9% <u>2 = 37,3%</u> 61,2%

Das Gefühl, fehlerhaft zu sein, gewissermaßen ohne individuelles Verschulden von der Erbsünde belastet zu sein, spielt in der Theorie der REVT eine bedeutende Rolle (vgl. auch „Sünde und Psychotherapie“, Ellis, 1993, S. 113). Ellis beschreibt in diesem Kapitel den Unterschied zwischen Fehlverhalten und einer von vielen Psychotherapie-Patienten daraus kausal gefolgerten Fehlerhaftigkeit und Minderwertigkeit ihrer selbst. Dies verbindet sich mit der Sorge, für diese empfundene Selbstwertlosigkeit, nicht jedoch wegen einer - möglicherweise einmaligen - Fehlhandlung zur Rechenschaft gezogen zu werden. Dieser Aussage stimmen die Klienten „überwiegend“ bis „absolut“ in 41,9% der Fälle zu (Kollegen: 17,9%). Hier zeigt sich ein höchst signifikanter Unterschied ($p = 0,000$), der allerdings Raum für Spekulationen offen lässt. Diese Aussage kann beispielsweise auch abgelehnt werden, weil man zwar seine Fehlerhaftigkeit erkennt, aber nicht an eine Art Bestrafungsschicksal glaubt.

Irrationale Idee4 - Frage 42:

„Menschliches Leiden hat äußere Ursachen, die man kaum beeinflussen kann“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,000	Klienten	Kollegen
N	42	66
Median	3	2

Standardabweichung	0,81764	1,07149
Mittelwert	2,7857	2,0909
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 7,1% <u>5 = 9,5%</u> 16,6%	4 = 4,5% <u>5 = 0%</u> 4,5%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 11,9% <u>2 = 23,8%</u> 35,7%	1 = 24,2% <u>2 = 47%</u> 61,2%

Die Schicksalsgläubigkeit im Sinne eines negativen Fatalismus ist eine irrationale Annahme, der sowohl die Klienten als auch die Kollegen nur sehr begrenzt zustimmen. Allerdings übertreffen die Klienten die nicht Suchtkranken hierbei fast um das Vierfache. Ebenso stark differieren die Low Box-Werte. Die Kollegen sehen menschliches Leiden sehr viel seltener als von außen herbeigeführt und wenig beeinflussbar (61,2% „überhaupt nicht zutreffend“ und „kaum zutreffend“ im Vergleich zu 35,7% bei den Klienten).

Auch hierbei ist die Kombination zweier Aspekte in der Aussage zu beachten. Möglich ist die Ablehnung des Items aus zweierlei Gründen: Zum einen kann man der Ansicht sein, menschliches Leid sei eher vom Menschen selbst ausgelöst. Zum anderen kann man dieses Leid als sehr wohl beeinflussbar und behebbar sehen und dieser Aussage deswegen nicht zustimmen.

Irrationale Idee5 - Frage 45:

„Ich befasse mich gedanklich häufig mit Schicksalsschlägen und mache mir Sorgen deswegen“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,001	Klienten	Kollegen
N	43	67

Median	2	3
Standardabweichung	1,08192	1,02391
Mittelwert	2,8605	2,1642
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 14% <u>5 = 9,3%</u> 23,3%	4 = 10,4% <u>5 = 1,5%</u> 11,9%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 9,3% <u>2 = 27,9%</u> 37,2%	1 = 29,9% <u>2 = 37,3%</u> 67,2%

Diese Aussage, bei der auch ein sehr hoher Signifikanzwert die unterschiedlichen Auffassungen illustriert ($p=0,001$), deutet auf eine sorglosere Mentalität der Kollegen hin. Vor allem die um 30% niedrigere Zustimmung zu diesem Item markiert den Unterschied. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass der häufigst gewählte Wert bei den Klienten der der teilweisen Zustimmung ist (39,5%; vgl. Anlage 24). Wenn sich auch die Kollegen weitaus weniger mit Schicksalsschlägen zu befassen scheinen, so deutet die Selbsteinschätzung der Klienten auch nicht darauf hin, dass sie sich in einer Art Sorgenrance befinden. Allerdings sagen die Werte aus, dass sie für dieses Thema empfindlicher sind. Dies mag auch mit den reell erlebten Schicksalsschlägen vieler Suchtkranker zusammenhängen.

Irrationale Idee8 - Frage 56:

„Es fällt mir sehr schwer, die Schatten der Vergangenheit abzuschütteln“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,004	Klienten	Kollegen
--------------------------------	-----------------	-----------------

N	41	67
Median	3	2
Standardabweichung	1,10817	0,91423
Mittelwert	3,3659	3,8060
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 19,5% <u>5 = 7,3%</u> 26,8%	4 = 6% <u>5 = 1,5%</u> 7,5%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 12,2% <u>2 = 24,4%</u> 36,6%	1 = 20,9% <u>2 = 40,3%</u> 61,2%

Diese Aussage ähnelt in ihrem Beantwortungsprofil der vorangegangenen. Niedrige Zustimmung durch die Kollegen, deutliche Signifikanz ($p=0,004$), Präferenz der teilweisen Zustimmung bei den Klienten (36,6%; höchster Wert bei den Kollegen „kaum zutreffend“, 40,2%; vgl. Anlage 25). Dies kann bedeuten, dass die Klienten sich bei der Vergangenheitsbewältigung schwerer tun, wobei dies aufgrund ihrer häufig von Gewalterfahrungen belasteten Biographie auch nachvollziehbar erscheint. Immerhin liegen die Werte für die Ablehnung der Aussage (Low Box) um fast 10% über denen der Zustimmung (Top Box). Daraus kann gefolgert werden, dass sie im Durchschnitt mit ihrer Vergangenheit mehr beschäftigt sind als die Kollegen, in der Auseinandersetzung damit aber zumindest teilweise zurechtkommen.

Irrationale Idee13 - Frage 71:

„Ich kann es oft nicht glauben, mit welchen unwichtigen Problemen sich manche Leute beschäftigen“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,041	Klienten	Kollegen
N	41	67
Median	3	4
Standardabweichung	1,08986	1,06228
Mittelwert	3,3659	3,8060
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 19,5% <u>5 = 19,5%</u> 39%	4 = 35,8% <u>5 = 29,9%</u> 65,7%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 4,9% <u>2 = 12,2%</u> 17,1%	1 = 3% <u>2 = 9%</u> 12%

Dieser irrationalen Idee stimmen die Kollegen weitaus häufiger zu. Ellis skizziert diesen Irrglauben als eine zeitlich wie emotional intensive Auseinandersetzung mit den Problemen anderer Menschen (vgl. Ellis, 1993, S. 74-77). Damit meint er nicht nur die Beschäftigung mit den Konflikten oder Eigenarten des Anderen, sondern auch der Stellenwert, den das Verhalten der Mitmenschen für den Betroffenen hat. Das Antwortverhalten der Kollegen kann so interpretiert werden, dass diese sich verstärkt mit den Problemen anderer beschäftigen. Die Klienten sind demnach mehr auf sich konzentriert und zeigen eine ausgeglichene Verteilung bei ihrer Selbsteinschätzung. Auch hier ist der mittlere Wert der teilweisen Zustimmung der mit Abstand häufigst gewählte (43,9%; Kollegen: 22,3%; vgl. Anlage 26). Die Signifikanz ist bei diesem Item allerdings nicht ganz so prägnant ($p=0,041$).

Zusammenfassung Skala Irrationale Ideen

Die Klienten sehen sich eher mit der Vergangenheit und mit möglichen Schicksalsschlägen beschäftigt. Sie tendieren zwar nicht überwiegend, aber doch in deutlich höherem Maße als die nicht Suchtkranken zu der Ansicht, dass menschliches Leiden ähnlich einer Naturgewalt von außen komme. Der Gedanke, für ihre Fehler zur Rechenschaft gezogen zu werden, ist bei ihnen präsenter. Bestrafungswünsche finden deutlich

höhere Zustimmung als bei den Kollegen und die Klienten sind weitaus weniger mit den Problemen anderer beschäftigt.

Dies entspricht dem Bild einer Personengruppe, die ängstlich und eher auf sich zentriert ist und mehr zu irrationalen Gedanken neigt. Auffällig ist, dass die Klienten bei allen sechs zuvor genannten Items stets den Wert der teilweisen Zustimmung am häufigsten gewählt haben. Das Antwortverhalten der Kollegen neigt also eher zum Extremen, die Signifikanzen ergaben sich überwiegend durch deren weitaus stärkere Ablehnung der Aussagen. Das heißt, dass die Klienten sich in Bezug auf Irrationalitäten vorsichtiger und ausgewogener einschätzen als die nicht suchtkranken Kollegen.

7.2.7 Vergleich Top und Low Box Klienten und Kollegen

Zur Betrachtung des gesamten Antwortverhaltens von Suchtkranken und nicht Suchtkranken sind in der folgenden Tabelle alle Werte der Ablehnung und der Zustimmung zu den Items dargestellt worden.

Tabelle 10 - Top und Low Box Klienten und Kollegen für alle Skalen

SKALEN	LOW BOX KLIENTEN	LOW BOX KOLLEGEN	TOP BOX KLIENTEN	TOP BOX KOLLEGEN
Selbstkontrolle	15,8% niedrigste Zustimmung	24,3%	52,9% höchste Zustimmung	44,1%
Selbstwert	17%	14,4% niedrigste Zustimmung	47,8%	57,3% höchste Zustimmung
Temperament & Devianz	35,8%	43,5%	28,1%	23,8%
Sozialverhalten	27,4%	19%	35,8%	48,6%
Ressourcen & Defizite	23,7%	16,6%	47,1%	56,8%
Irrationale Ideen	27,7%	42,5%	34,8%	26,1%
Durchschnittswert aller Skalen	24,6%	26,7%	41,1%	42,3%

Bei der Betrachtung des Antwortverhaltens insgesamt zeigt sich, dass die Klienten und Kollegen beim Gesamtdurchschnitt außerordentlich homogen erscheinen. Tatsächlich liegt das Antwortverhalten aber überwiegend weit auseinander.

Bei den Low Box-Werten liegen Klienten und Kollegen einzig bei der Skala „Selbstwert“ auf einem Niveau. Hier stehen niedrige Werte für eine dementsprechend geringe Einschätzung des eigenen Selbstwertgefühls. Die Zustimmung zu Aussagen, die ein hohes Selbstwertgefühl symbolisieren, ist bei beiden Gruppen sehr hoch. Die Kollegen erreichen hier ihre positivste Selbsteinschätzung, die Klienten ihre zweithöchste.

Die Extremwerte erreichen die Klienten in der Rubrik Selbstkontrolle. Dies bedeutet, dass Kontrolle und Disziplin für sie einen absolut hohen Stellenwert haben, sie können sich disziplinieren und sehen auch ihre Neigung zu Pedanterie.

Hinsichtlich ihres Temperaments unterscheiden sich beide Gruppen vorrangig bei der Ablehnung der betreffenden Aussagen. Hier liegen die Kollegen um 7,7% vor den Klienten. Die Selbsteinschätzungen hinsichtlich des Temperaments sind sich aber insgesamt viel ähnlicher, als dies die theoretischen Annahmen von Cox (siehe auch 3.4.3) oder Feuerlein et al. (vgl. 3.4.4) annehmen lassen.

Die Selbsteinschätzung ihres Sozialverhaltens weist die Klienten im mitmenschlichen Kontakt als problematischer aus. Sie sehen sich insgesamt eher als Einzelgänger und schätzen ihre sozialen Fähigkeiten durchschnittlich als geringer ein im Vergleich zu den nicht suchtkranken Kollegen.

Bei den Ressourcen äußerten sich die Klienten vorsichtiger als die Kollegen, die Ablehnung bzw. Zustimmung zu einer Aussage deutlich häufiger angaben als den Wert „teilweise zutreffend“.

Die irrationalen Ideen schließlich fanden bei den Klienten mehr Zustimmung.

7.2.8 Summenscore Klienten und Kollegen

Die Klienten und Kollegen sind anhand der Summe der Skalenwerte verglichen worden. Dies ist in der folgenden Tabelle dargestellt worden.

Tabelle 11 - Signifikanzberechnung Summenscore Vergleich Kollegen & Klienten

SKALEN	P	N KOLLEGEN / KLIENTEN	STANDARDABWEICHUNG KOLLEGEN / KLIENTEN	MITTELWERT KOLLEGEN / KLIENTEN
Selbstkontrolle	0,002	67/41	5,03039 / 3,89308	32,5970 / 35,5122
Temperament & Devianz	0,007	66/39	7,58320 / 7,64584	60,1818 / 64,4103
Sozialverhalten	0,000	67/40	4,42189 / 5,49586	44,1493 / 40,5250
irrationale Ideen	0,000	65/40	6,78949 / 7,63259	41,3231 / 47,0000

Bislang ist bei der Prüfung der signifikanten Items und den Top und Low Boxes eher das Bild entstanden, dass Klienten und Kollegen hinsichtlich ihres kognitiven Profils nicht allzu weit auseinander liegen. Wenn man aber berücksichtigt, dass zehn weitere Items zwischen $p = 0,050$ und $0,1$ liegen, erklärt sich, dass vier von sechs Skalen in ihrer Summe signifikante Unterschiede zeigen (siehe Anlagen 27 und 28). Die Unterschiede im Sozialverhalten und in der Ausprägung irrationaler Ideen sind sogar höchst signifikant. Welches Gesamtbild bietet sich nun? Inwieweit sich das kognitive Profil der alkoholkranken Klienten von ihren Kollegen unterscheidet, soll nun zusammengefasst werden.

Zusammenfassung Skalenvergleich Klienten und Kollegen

Alkoholranke Menschen scheinen dieser Untersuchung zufolge ein geordnetes Leben einer chaotischen Existenz vorzuziehen, sie können chaotische Zustände nicht gut aushalten und zeigen Anzeichen für Pedanterie. Sie sehen sich zum Teil unbekümmerter, weniger mit sich hadern und

optimistischer als die nicht Suchtkranken. Offenbar erleben die Alkoholkranken negative Gefühle intensiver als die „Normalen“, können aber Enttäuschungen gut bewältigen. Die Suchtkranken lassen ihrer Fantasie freien Lauf, mögen keine Eintönigkeit oder eine Tätigkeit, in der sie keine eigenen Gestaltungsmöglichkeiten haben. Suchtkranke sind trotz eines Hangs zum Einzelgängertum sehr wohl in der Lage, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ihre Fähigkeit zu sozialen Kontakten und die Pflege freundschaftlicher Beziehungen ist eher unterdurchschnittlich. Dabei sehen sie sich grundsätzlich als eher offen und zugänglich für neue

Bekanntschaffen. Bei der Bearbeitung von langfristigen Zielen verfügen Suchtkranke über Stehvermögen, sie machen sich weniger Gedanken um gesellschaftliche Umwälzungen und haben ein gesundes Maß an Frustrationstoleranz. Allerdings beschäftigen sie sich intensiv mit ihrer Vergangenheit und neigen sehr zu Sorgen, von Schicksalsschlägen getroffen oder wegen eigener Unzulänglichkeiten angegriffen zu werden. Die Befürchtung, unangenehme Dinge kommen unvorhersehbar auf sie zu, ohne dass sie nennenswerten Einfluss darauf haben, ist durchaus präsent. Bestrafungsfantasien gegenüber sich selbst oder anderen sind ebenfalls zumindest ein gedankliches Thema. Insgesamt sind sie eher auf sich konzentriert.

Trotz der hohen Signifikanz auch im Bereich des Sozialverhaltens scheint das Ausmaß der irrationalen Ideen den entscheidenden Unterschied im kognitiven Profil zwischen Suchtkranken und nicht Suchtkranken auszumachen. In einem weiteren Kapitel wird nun der Frage nachgegangen, ob Suchtkranke eine homogene Gruppe darstellen oder ob Binnendifferenzierungen vorgenommen werden müssen.

7.3 Vergleich Klienten untereinander

7.3.1 Skalenvergleich Klienten untereinander

Sind die Klienten eine homogene Masse? Um dieser Frage nachzugehen, sind zwei Untergruppen gebildet worden. Als Unterscheidungsfaktor ist die Dauer der Abstinenz gewählt worden. Dieses Kriterium erschien bei der Ausprägung irrationaler Ideen, die zu den wichtigsten Merkmalen eines kognitiven Stils gehören, als bedeutende Einflussgröße. Ein suchtkranker Mensch, der erst wenige Tage oder Wochen abstinent ist, müsste eigentlich ein gänzlich anderes Selbstbild zeigen als ein Klient, der mehrere Jahre suchtmittelfrei ist. Daher wurden die Klienten, die bis zu drei Monate abstinent sind, mit denen verglichen, die bereits mindestens sechs Monate ohne Suchtmittelkonsum leben. Diese Festlegung orientiert sich auch an der statistischen Evidenz, dass zum einen die häufigsten Alkoholrückfälle in den ersten drei Monaten auftreten. Zum anderen gilt eine halbjährige Suchtmittelfreiheit als ein Indikator für eine relative Stabilität (vgl. Kruse, 2001, S. 295 und Lindenmeyer, 2001, S. 159).

Diese beiden Subgruppen sind hinsichtlich ihres Antwortverhaltens bei allen Skalen und per T-Test auf Signifikanz untersucht worden. Im Hinblick auf die zeitliche Nähe zu teilweise exzessivem Alkoholkonsum ist bei den Klienten der Gruppe A eine geringere Stabilität vermutet worden. Im Einzelnen also ist von weniger Selbstkontrollfähigkeiten, einem geringeren Selbstwertgefühl, unausgeglichenerem Temperament, weniger sozialen Fähigkeiten, einer geringeren Einschätzung der eigenen Ressourcen und einer höheren Zustimmung zu irrationalen Ideen ausgegangen worden.

Bei der Signifikanzprüfung zeigten sich jedoch nur bei fünf der 96 Items relevante Unterschiede.

Diese waren im Einzelnen:

Selbstkontrolle1 – Frage 3:

„Für mich persönlich ist Selbstkontrolle und Disziplin sehr wichtig“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,004	Klienten Bis zu drei Monate abstinent	Klienten mehr als sechs Monate abstinent
N	6	27
Median	3	4
Standardabweichung	1,16905	0,72403
Mittelwert	3,1667	4,2963
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 16,7% <u>5 = 16,7%</u> 33,4%	4 = 40,7% <u>5 = 44,4%</u> 85,1%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 0% <u>2 = 33,3%</u> 33,3%	1 = 0% <u>2 = 0%</u> 0%

Die erst kurze Zeit abstinenten Klienten variieren hinsichtlich ihres Kontrollbedürfnisses offenbar deutlich stärker als die schon mindestens 6 Monate trockenen Klienten, die Selbstkontrolle und Disziplin sehr viel mehr Bedeutung beimessen. Dies entspricht insofern der Alltagserfahrung, als viele Suchtkranke bei der Festigung ihrer Abstinenz ein hohes Maß an Selbstkontrolle aufwenden

müssen. Viele Klienten aus der Suchtberatungsstelle des Verfassers berichten, dass die erste Zeit ohne Alkohol für sie überraschend einfach gewesen sei. Nach diesem ersten Höhenflugerlebnis habe dann aber die Zeit der Aufarbeitung ihrer Suchtkarriere begonnen, die mit viel Disziplin und Arbeit verbunden sei.

Selbstkontrolle 3 Frage 17:

„Wenn ich mir was Nettes kaufen wollte und kann es mir nicht gleich leisten, kriege ich ganz schlechte Laune“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,024	Klient bis zu drei Monate abstinent	Klient mehr als sechs Monate abstinent
N	6	27
Median	4	5
Standardabweichung	1,37840	0,75107
Mittelwert	3,5000	4,4444
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 50% <u>5 = 16,7%</u> 66,7%%	4 = 25,9% <u>5 = 59,3%</u> 85,2%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 =16,7% <u>2 = 0%</u> 16,7%	1 = 0% <u>2 = 0%</u> 0%

Bezugnehmend auf den voraus gegangenen Item Selbstkontrolle1 überrascht, dass die länger abstinenten Klienten einen Bedürfnisaufschub offenbar weniger gut ertragen können als die kurze

Zeit abstinenten Klienten. Dies könnte den Hintergrund haben, dass für Menschen, die noch wenig zeitlichen Abstand zu ihrer Suchterkrankung gewonnen haben, Konsumwünsche weniger wichtig sind.

Sozialverhalten 1 – Frage 12:

„Wenn ich Glückserlebnisse habe, dann nur mit anderen zusammen“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,048	Klient bis zu drei Monate abstinent	Klient mehr als sechs Monate abstinent
N	6	27
Median	3	4
Standardabweichung	0,83666	1,05003
Mittelwert	4,5000	3,5556
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 0% <u>5 = 0%</u> 0%	4 = 7,4% <u>5 = 3,7%</u> 11,1%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 66,7% <u>2 = 16,7%</u> 83,4%	1 = 22,2% <u>2 = 25,9%</u> 48,1%

Bei dieser Aussage liegt die Irrtumswahrscheinlichkeit im Grenzbereich zur tendenziellen Signifikanz. Beim Vergleich der Gesamtheit der Klienten mit den Kollegen ist eine stärkere

Selbstbezogenheit der Suchtkranken registriert worden. Das vorliegende Ergebnis deutet an, dass die Abstinenzdauer auch das Maß der Soziabilität steigert. Gravierend ist hier besonders die Differenz bei den Low Boxes: Das Ausmaß der Ablehnung bei den kurzzeitig Abstinenten ist um 35,3% höher.

Ressourcen4 – Frage 16

„Ich kann mir auf einfachem Wege ein wirklich schönes Erlebnis verschaffen“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,019	Klient bis zu drei Monate abstinent	Klient mehr als sechs Monate abstinent
N	6	27
Median	4,5	4
Standardabweichung	0,54772	0,89156
Mittelwert	4,5000	3,5556
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 50% <u>5 = 50%</u> 100%	4 = 37% <u>5 = 14,8%</u> 51,8%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 0% <u>2 = 0%</u> 0%	1 = 0% <u>2 = 11,1%</u> 11,1%

Wird es mit wachsender Abstinenzdauer schwieriger, es sich gut gehen zu lassen? Die Ansprüche an das Wohlbefinden scheinen sich zu steigern. Die weniger lange abstinenten Suchtkranken haben die möglicherweise sehr unangenehme letzte Zeit des Suchtmittelkonsums noch sehr präsent. Dies angenommen, ist der einfache Vergleich des Status Quo zu „nassen“ wie zu jetzigen, „trockenen“ Zeiten schon ein probates Mittel, um sich gut zu fühlen. Vielleicht ist es aber auch so, dass die Klienten mit neu erworbener Abstinenz schlichtweg neue Interessen oder alte wieder entdecken.

Irrationale Ideen 1 – Frage 32

„Wenn sich mir gegenüber jemand gleichgültig verhält, kann ich das nur ganz schlecht akzeptieren“

Antwortmöglichkeiten jeweils von 1 = überhaupt nicht zutreffend bis 5 = absolut zutreffend

Signifikanz (p) = 0,005	Klient bis zu drei Monate abstinent	Klient mehr als sechs Monate abstinent
N	6	27
Median	2	3
Standardabweichung	0,51640	1,16697
Mittelwert	1,6667	3,1481
Top Boxes (= 4 und 5)	4 = 0% <u>5 = 0%</u> 0%	4 = 11,1% <u>5 = 18,5%</u> 29,6%
Low Boxes (= 1 und 2)	1 = 33,3% <u>2 = 66,7%</u>	1 = 7,4% <u>2 = 18,5%</u>

	100%	25,9%
--	------	-------

Diese Aussage, die die hohe Bedeutung anderer Menschen für das eigene Wohlbefinden spiegelt, wird von den Neuabstinenten durchgehend absolut bis überwiegend abgelehnt. Bei den arrivierten Abstinenten ist der Wert der teilweisen Zustimmung mit 44,5% der am meisten gewählte. Dies könnte für die sehr hohe Beschäftigung mit sich selbst bei den kurzzeitig trockenen Klienten sprechen, mangelnde Resonanz im sozialen Kontakt ist weit weniger wichtig als die Auseinandersetzung mit sich selbst. Möglicherweise lässt aber auch die (unterstellte) Freude über die neu gewonnene Lebensqualität dezente Kränkungen durch andere nicht so bedeutsam erscheinen.

7.3.2 Vergleich Top und Low Box Klienten untereinander

Auch beim Vergleich von kurzfristig abstinenten mit mindestens halbjährig trockenen Klienten wurde das Antwortverhalten insgesamt ermittelt. In der folgenden Tabelle sind die durchschnittlichen Werte der überwiegenden bis absoluten Ablehnung und Zustimmung zu den Aussagen des Fragebogens aufgeführt.

Tabelle 12- Binnenvergleich Klienten Top und Low Box

SKALEN	LOW BOX KLIENTEN bis 3 Monate abstinent	LOW BOX KLIENTEN mehr als 6 Mon. abstinent	TOP BOX KLIENTEN bis 3 Monate abstinent	TOP BOX KLIENTEN mehr als 6 Mon. abstinent
Selbstkontrolle	20%	13% niedrigste Zustimmung	48,4%	55,4% höchste Zustimmung
Selbstwert	12,5% niedrigste	18,1%	49,2%	48,1%

	Zustimmung			
Temperament & Devianz	33,6%	36,9%	22%	28,7%
Sozialverhalten	29,5%	25,2%	45,7%	32,2%
Ressourcen & Defizite	14,6%	18,5%	58,5% höchste Zustimmung	46,6%
Irrationale Ideen	35,1%	27,8%	25,6%	32,8%
Durchschnittswert aller Skalen	24,2%	22,8%	41,6%	40,6%

Ähnlich wie beim Top und Low Box Vergleich aller Klienten mit den nicht Suchtkranken liegen die Gesamtdurchschnittswerte auf fast identischem Niveau. Die größte Diskrepanz bei den Werten der überwiegenden bis absoluten Zustimmung findet sich in der Rubrik Sozialverhalten. Im Durchschnitt aller Items auf dieser Skala sehen sich die bis zu drei Monate trockenen Klienten deutlich positiver als die mindestens halbjährig Abstinenten. Auch bei den Ressourcen ist die Selbsteinschätzung der kurzzeitig Abstinenten um mehr als 10% positiver. In puncto Selbstwertgefühl erscheinen die beiden Gruppen vergleichbar. Bei der Skala Temperament, die unter anderem die Komponenten Aggressivität, Nonkonformität und Abneigung gegen Reizmangel umfasst (vgl. 5.2.3) zeigen die mindestens halbjährig Abstinenten ein etwas höheres Maß an Zustimmung. Auch bei Aussagen zu Selbstkontrollfähigkeit und Disziplin schätzen sie sich höher ein. Paradoxaerweise erreichen die länger abstinenten Klienten bei den

7.3.2 / 7.3.3 - Seite 72

irrationalen Ideen ebenfalls höhere Werte. Im Querschnitt aller 15 Items dieser Skala geben die 27 Klienten dieser Gruppe um 7,3% seltener an, einer irrationalen Idee kaum oder überhaupt nicht zuzustimmen. Um 7,2% häufiger stimmten diese Klienten irrationalen Ideen überwiegend oder absolut zu. Demnach neigen alkoholranke Menschen, die mindestens sechs Monate, zum Teil aber auch schon über 10 Jahre abstinent leben, eher zu irrationalen Ideen.

7.3.3 Vergleich der Klientengruppen über Summenscore

Bei der Betrachtung der Summenwerte und der Ermittlung einer Gesamtsignifikanz zeigte sich, dass sich die beiden Gruppen in keiner Skala signifikant voneinander unterscheiden (Anlage 34). Daraus kann gefolgert werden, dass es für den kognitiven Stil von Suchtkranken nicht allein entscheidend ist, wie lange sie schon abstinent sind.

Zusammenfassung Klientenvergleich

Die erst kurze Zeit abstinenten Klienten stufen ihr Kontrollbedürfnis geringer ein als die schon mindestens 6 Monate trockenen Klienten, die Selbstkontrolle und Disziplin sehr viel mehr Bedeutung beimessen. Dennoch können diese den Aufschub von Bedürfnissen weniger gut ertragen. Im Bereich des Sozialverhaltens schätzen sich die frisch Abstinenten stärker ein. Bei einem Item entsteht allerdings das Bild, dass die Kompetenzen in diesem Bereich mit länger andauernder Abstinenz noch steigen. Die frisch Abstinenten scheinen die erste trockene Zeit sehr wertzuschätzen, ihren Angaben zufolge ist es für sie einfach, sich ein schönes Erlebnis zu verschaffen. Sie nehmen die Ablehnung oder Gleichgültigkeit anderer Menschen leichter hin als die mindestens halbjährigen Klienten. Grundsätzlich neigen sie weniger zu irrationalen Ideen, sind eher weniger temperamentvoll und verfügen nach ihrer Einschätzung über ein vergleichbares Selbstwertgefühl. Dies drückt sich auch in höherem Glauben an die eigenen Ressourcen aus. Hier mag das Erfolgserlebnis der neu gewonnenen Suchtmittelfreiheit beflügelnd wirken (voraus gesetzt, die Alkoholabstinenz wird nicht durch den Konsum anderer psychotroper Substanzen konterkariert). Die vorliegenden Ergebnisse sind aufgrund der kleinen Stichprobe, insbesondere bei den bis drei Monate abstinenten Klienten (n=6) allerdings unter Vorbehalt zu sehen.

8. Überprüfung der Hypothese & Ausblick

8.1 Überprüfung der Hypothese

Hinsichtlich der in Kapitel 2 aufgestellten Forschungshypothese „Alkoholabhängige Menschen zeigen im Vergleich zu nicht Suchtkranken deutliche kognitive Unterschiede“ kann festgehalten werden, dass diese Unterschiede vorliegen, aber in eine andere Richtung gehen als erwartet.

Trotz der Signifikanz von vier der sechs untersuchten Skalen zeigen sich nur im Bereich der Irrationalen Ideen die vor Durchführung der Untersuchung vermuteten Unterschiede. In den anderen Bereichen sind die Differenzen so breit gestreut, dass nur die Betrachtung der individuellen Items Aussagegewert besitzt.

Im Überblick aller Skalen zeigt sich, dass Suchtkranke unvermutete Stärken, wie etwa die Fähigkeit zur Inanspruchnahme von Hilfe zeigen, die vermutete Schwächen wie das stärkere Empfinden negativer Gefühle ausgleichen dürften.

Im Bereich Sozialverhalten beispielsweise deuten die Ergebnisse an, dass die Klienten den Kollegen in sozialen Kompetenzen keineswegs unterlegen sind. Im Gegenteil, bei drei von vier signifikanten Items aus diesem Bereich erzielen die Klienten bessere Werte. Auch beim Selbstwertgefühl und dem Zutrauen zu eigenen Ressourcen schneiden sie nicht schlechter ab als ihre nicht suchtkranken Kollegen. Die soziodemographisch vorteilhafteren Daten, wie etwa die durchschnittlich deutlich besseren Bildungsabschlüsse der Kollegen, schlagen sich nicht wie zu erwarten nieder. Die zeitlich wie inhaltlich intensive Therapie, die die Klienten in Anspruch nehmen, mag ein positiver Einfluss sein, ist aber sicher nur ein Teilaspekt.

In der stadtinternen Suchtberatungsstelle sind seit 1980 mehr als 1000 alkoholgefährdete und alkoholabhängige Menschen behandelt worden. Die Praxiserfahrung hat gezeigt, dass die Selbsteinschätzung dieser Klientel nicht selten sehr unrealistisch ist. Dazu kommt, dass unsere Klienten aufgrund der besonderen Therapiesituation auch bei anonymen Befragungen ein großes Interesse daran haben, ein möglichst positives Bild von sich abzugeben. Aufgrund der dienstlichen Auflagen ist eine Beurteilung der Klienten durch uns, wie in Kapitel 5.3.2 bereits dargelegt, von hoher Bedeutung. Somit ist damit zu rechnen, dass die an der Untersuchung beteiligten Klienten sowohl unbewusst als auch bewusst eine sehr positive Selbsteinschätzung angegeben haben. Natürlich kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass die nicht Suchtkranken, beispielsweise aus Misstrauen gegenüber der Anonymität derartiger Tests, ein ebenso wenig der Realität entsprechendes Bild abgegeben haben. Bei Untersuchungen dieser Art muss davon ausgegangen werden, dass die Antworten nur teilweise nach bestem Gewissen gegeben werden. Teilweise entsprechen sie auch einem erwünschten und fiktiven Selbstbild des Betroffenen.

Für die vorliegende Arbeit gilt es festzuhalten, dass bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse die unterschiedlichen Beziehungen, die die beiden Vergleichsgruppen zum Verfasser haben, zu berücksichtigen sind. Bei der Prüfung der Forschungshypothese muss also der motivationale Aspekt der Stichproben, auch wenn er nicht Prüfgegenstand dieser Untersuchung war, beachtet werden. Letztendlich bleibt bei der Überprüfung dieser Hypothese festzuhalten, dass nur im Bereich der Irrationalen Ideen eindeutige Abweichungen zwischen den Stichproben festgestellt werden konnten. Der kognitive Stil der beiden untersuchten Gruppen unterscheidet sich demnach durch die höhere Ausprägung irrationaler Überzeugungen bei alkoholkranken Menschen.

8.2 Ausblick

Wenn denn nun die Schlussfolgerung ist, dass sich alkoholabhängige Menschen bis auf die Tendenz zu irrationalen Ideen nicht negativ von den nicht Suchtkranken unterscheiden, könnte dies bedeuten, dass eben diese Irrationalität bei der Suchterkrankung einen bedeutenden Faktor darstellt. Nur stellt sich hier wieder die Frage der Ätiologie: Führen kognitive Verzerrungen zu süchtigem Verhalten oder ist dieses irrationale Denken eine Konsequenz des Suchtmittelmissbrauchs?

Für die therapeutische Praxis bleibt festzuhalten, dass es die suchttypischen Kognitionen in dieser Klarheit nicht zu geben scheint. Die beispielsweise von Beck angenommenen prädispositionellen Eigenschaften wie eine hohe Impulsivität, eine geringe Frustrationstoleranz oder eine Hoffnungslosigkeit, wichtige persönliche Ziele zu erreichen (siehe 4.2), sind in der vorliegenden Arbeit nicht bestätigt worden. Demzufolge muss in der individuellen Arbeit mit suchtkranken Menschen eher auf die Disposition des einzelnen Klienten geachtet werden.

Für die zukünftige Forschung stellt sich die Frage, welchen Stellenwert den irrationalen Überzeugungen im Suchtgeschehen beikommt. Können irrationale Ideen mit ihren negativen Auswirkungen auf die Psyche des Betroffenen nicht durch andere Ressourcen des Betroffenen ausgeglichen werden? Kann beispielsweise ein intaktes Selbstwertgefühl und eine Zähigkeit beim Bearbeiten wichtiger persönlicher Ziele nicht einen irrationalen Bestrafungswunsch ausgleichen? Mit der Feststellung einer irrationalen Idee ist noch nichts über dessen Qualität und Gewichtung für den Einzelnen gesagt. Ist die von einem Therapeuten festgestellte übermäßige Bedeutung der persönlichen Vergangenheit (Irrglaube Nr. 9, vgl. 4.1) nicht häufig keineswegs übermäßig und in Anbetracht der biographischen Belastung vieler Suchtpatienten angemessen? Und über den Glauben an überdurchschnittliche eigene Ressourcen kompensierbar?

Der Binnenvergleich von unterschiedlichen Klientengruppen ist in Kapitel 7.3 vorgenommen worden. Hier wäre eine weitere Untersuchung zum einen mit einer höheren Stichprobe und vor allem mit einer Betrachtung der irrationalen Gedanken im Verlauf des Genesungsprozesses sinnvoll. Ist also beispielsweise ein übersteigerter Wunsch nach Anerkennung (Irrglaube Nr. 1, vgl. 4.1) bei anhaltender Abstinenzdauer modifizierbar oder gewissermaßen im Rang einer Persönlichkeitskonstanten?

In der vorliegenden Arbeit sind relativ gut ausgebildete nicht Suchtkranke mit einer Gruppe alkoholabhängiger Menschen verglichen worden, deren Bildungsabschlüsse wahrscheinlich eher dem Bevölkerungsschnitt entsprechen. Wie sähen nun die Ergebnisse in der Skala irrationale Ideen aus, wenn die beiden Gruppen hinsichtlich ihres Ausbildungsniveaus parallelisiert wären? Zumal auch die anderen soziodemographischen Daten

deutlich auseinander gehen? Zur Abklärung der Homogenität der Gruppe der nicht suchtkranken Kollegen wäre ein Binnenvergleich erforderlich gewesen, dieser ist aus inhaltlichen Gründen bei den Klienten durchgeführt worden. Somit stellt sich die Frage, welchen Einfluss beispielsweise Geschlecht, Alter, Lebensform und Ausbildungsniveau auf die Ausprägung irrationaler Gedanken bei nicht suchtkranken Menschen haben.

Weiterhin stellt sich die Frage, ob die ermittelten Unterschiede nur spezifisch für den Vergleich alkoholabhängiger und nicht suchtkrank Menschen sind. Bei einer Untersuchung von Menschen mit abhängigem Konsum illegaler Drogen könnten sich völlig andere Resultate ergeben.

Schließlich: der kognitive Stil eines Menschen, suchtkrank oder nicht, ist sicher ebenso wenig unveränderlich wie es die Gesamtpersönlichkeit eines Menschen sein dürfte (vgl. auch Mischel, 3.2). Durch korrigierende positive Erfahrungen sind irrationale Ideen beeinflussbar. Müller listet einige kognitive Merkmale bei Suchtkranken auf, die sich nur teilweise mit den Ergebnissen dieser Untersuchung decken. Beispielfhaft werden subjektives Defiziterleben und die Selbstbeschuldigung bei Misserfolgserlebnissen aufgeführt. Gleichwohl kommt sie zu dem Ergebnis, dass „nicht hinter jeder Sucht ein primäres psychologisches Defizit zu sehen“ sei (In: Tretter, 2001, S. 288-289).

Es gilt daher wohl in erster Linie, die kognitiven Muster von suchtkranken Menschen auf ihre Funktion für die Abhängigkeitserkrankung zu prüfen. Nach der Alltagserfahrung des Verfassers leben viele abstinenten Suchtkranke sehr gut damit, ihre kleinen Irrglauben zu kultivieren und diese vielmehr als Ausdruck ihrer spezifischen Persönlichkeit wahrzunehmen und zu akzeptieren.

Der kognitive Stil eines Menschen sollte daher auch in seiner Bedeutung für dessen Lebensqualität gesehen werden. Dabei dürfte entscheidend sein, dass ein Hang zu irrationalen Ideen das Selbstwertgefühl und den Glauben an eigene Reserven und Ressourcen nicht mindert. Die Überprüfung eines kognitiven Stils beinhaltet nicht die Bewertung eines objektiven Status Quo. In der vorliegenden Arbeit ist vielmehr erfragt worden, wo Suchtkranke ihre subjektiven Stärken und Schwächen sehen. Auf die Frage, ob Suchtkranke nun anders funktionieren, kann resümiert werden: anders, aber nicht schlechter.

9. Abstract

Zum Vergleich kognitiver Muster sind in der vorliegenden Arbeit 43 alkoholabhängige Klienten einer stadtverwaltungsinternen Beratungsstelle mit 67 nicht suchtkranken Kollegen verglichen worden. Die Forschungshypothese lautete, dass sich suchtkranke Menschen hinsichtlich ihres kognitiven Stils deutlich von nicht suchtkranken Menschen unterscheiden. Die soziodemographischen Daten ergaben unter anderem deutliche Unterschiede hinsichtlich schulischem und beruflichem Bildungsstand zugunsten der nicht Suchtkranken. Die beiden Gruppen wurden anhand von sechs Persönlichkeitsskalen bewertet. Diese wurden vorrangig anhand von theoretischen Annahmen aus dem Bereich der Kognitiven Therapie nach Beck und Ellis zusammen gestellt. Inhalte der Skalen waren Aussagen hinsichtlich der Selbstkontrolle und des Selbstwerts, des Temperaments, des Sozialverhaltens, der Ressourcen und der irrationalen Ideen. Die Klienten und die Kollegen wurden auf einer fünfpoligen Skala gebeten, ihren Grad der Zustimmung zu der betreffenden Aussage zu machen. 24 von 96 Items wurden von den beiden Gruppen signifikant unterschiedlich bewertet. Abweichungen zeigten sich bei einem gesteigerten Kontrollbedürfnis und dem durchschnittlich eher höheren Selbstwertgefühl der Suchtkranken. In Bezug auf das Temperament fallen die Tendenzen zum Einzelgängertum der Klienten und deren intensiveres Erleben negativer Gefühle auf. Beim Sozialverhalten halten sich Stärken und Schwächen die Waage, hinsichtlich der Ressourcen schätzen sich die Klienten stärker ein, haben dafür aber eine deutliche Neigung zu irrationalen Ideen. Beim Binnenvergleich zweier Klientengruppen, die einen bis zu drei Monate, die anderen mindestens sechs Monate abstinent, zeigten sich nur in 5 von 96 Fällen signifikante Abweichungen. Dabei erzielten die erst kurzfristig Abstinenten eher bessere Werte.

Die Hypothese hat sich nur in Bezug auf die irrationalen Ideen eindeutig bestätigt. Deren Einfluss auf die Entstehung und Ausprägung der Suchterkrankung bedarf ebenso weiterer Untersuchungen wie die Entwicklung irrationaler Überzeugungen im Verlauf des Genesungsprozesses einer Abhängigkeitserkrankung .

10. Literatur

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Bohlen, I. (1998). *Suchtentstehung und Suchtentwicklung*. Münster: LIT.

Bortz, J. & Döring, N. (1995 und 2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

Bridges, K. R. & Sanderman, R. (2002). The Irrational Beliefs Inventory: Cross cultural comparisons between american and dutch samples. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, Vol. 20, No. 1. 65-71.

British Medical Association. Aus: Homepage Kontrolliertes Trinken. www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/web/1_betroffene/was_ist_definitionen.asp?x=3&x2=2; 12.05.05, 17.22Uhr

Dörner, K. & Plog, U. (1992). *Irren ist menschlich*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Ellis, A. (1993). *Die rational-emotive Therapie*. München: Pfeiffer.

Ellis, A. (1997). *Grundlagen und Methoden der rational-emotiven Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer.

Ellis, A. & Grieger, R. (1979). *Praxis der rational-emotiven Therapie*. München: Urban & Schwarzenberg.

Ellis, A. & Hoellen, B. (1997). *Die rational-emotive Verhaltenstherapie – Reflexionen und Neubestimmungen*. München: Pfeiffer.

Feuerlein, W., Küfner, H. & Soyka, M. (1998) *Alkoholismus*. Stuttgart: Thieme.

Fiedler, P. (1995). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: PVU Beltz.

Fliegel, S., Groeger, W., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1998). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden*. Weinheim: PVU Beltz.

Gastpar, M., Mann, K. & Rommelspacher, H. (1999). *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Stuttgart: Thieme.

Klages, U. (1989). *Fragebogen irrationaler Einstellungen*. Göttingen: Hogrefe.

Klein, M. (1992). *Klassifikation von Alkoholikern durch Persönlichkeitsmerkmale*. Bonn: Erschienen in der Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Nr. 9.

Koopmans, P., Sanderman, R., Timmerman, I. & Emmelkamp, P. *Irrational Beliefs Inventory (IBI)*. www.med.rug.nl/nch/IBI%20english%20version.pdf. 12.2.2005, 14:08 Uhr.

Kruse, G., Körkel, J. & Schmalz, G. (2001). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Küng, H. (1978). *Existiert Gott?* München: Piper.

Leonard, K. & Blane, H. T. (Eds.). (1999). *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. New York: Guilford Press.

Lotz, N. W. & Diekstra, R. F. W. (2003). *Rational-Emotive Therapie*. Eschborn: Verlag Dietmar Klotz.

Müller, A. (2001). *Interaktion mit Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum*. In: Tretter, F.

Pervin, L. A. (2000). *Persönlichkeitstheorien*. München: Reinhardt Verlag.

Russell, B. (1982). *Eroberung des Glücks. Neue Wege zu einer besseren Lebensgestaltung*. Frankfurt: keine Verlagsangabe. In: Lotz, N. W.

Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

10. Literatur - Seite 80

Schwertl, W., Emlein, G., Staubach, M. L. & Zwingmann, E. (1998). *Sucht in systemischer Perspektive*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Sher, K. J. (1991). *Children of alcoholics*. Chicago: University of Chicago Press.

Stavemann, H. H. (2003). *Therapie emotionaler Turbulenzen*. Weinheim: PVU Beltz.

Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.). (2001). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen: Hogrefe.

Vollmer, H. C. & Krauth, J. (2001). *Therapie der Drogenabhängigkeit*. In: Tretter, F.

Wahrig-Burfeind, Dr. R. (1991). *Wahrig – Fremdwörterlexikon*. Gütersloh: Bertelsmann.

Wilken, B. (2003). *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Anlage 1 – Fragebogen mit Begleitschreiben

Köln, den 9.2.05

Liebe Klientinnen und Klienten der stadtinternen Suchtberatungsstelle, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ich führe derzeit eine Untersuchung über typische gedankliche Muster bei Suchtkranken durch. Zu diesem Zweck werden sowohl die Klientinnen und Klienten der Beratungsstelle als auch städtische Kolleginnen und Kollegen aus der Stadtverwaltung befragt. Ich möchte Sie nun bitten, den folgenden Fragebogen durch einfaches Ankreuzen der passenden Ziffer auszufüllen. Die Bearbeitung sollte nicht mehr als 15-20 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Zum vertraulichen Umgang mit den Daten: die persönlichen Angaben dienen ausschließlich dieser Untersuchung, der Fragebogen ist anonymisiert. Auch ich kann aus den zurück gehenden Bögen nicht rekonstruieren, von wem sie stammen. Über das Gesamtergebnis der Untersuchung werde ich sie schriftlich informieren.

Da für wissenschaftliche Arbeiten immer eine möglichst hohe Zahl an Daten für eine verlässliche Aussage notwendig ist, bin ich zwingend auf jeden einzelnen zurücklaufenden Fragebogen angewiesen. Ihre Mitarbeit ist also sehr wichtig! Rücksendungen erbitte ich möglichst umgehend an:

Herrn

Martin Orlicek

531/1

Bitte denken Sie daran, **keinen** Absender auf Ihren Umschlag zu schreiben. Für Rückfragen stehe ich unter R22447 oder mail (Martin.Orlicek@Stadt-Koeln.de) zur Verfügung.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Martin Orlicek

Fragebogen

Beantworten Sie nun bitte die folgenden Aussagen mit Hilfe der vorgegeben Antwortmöglichkeiten:

absolut zutreffend = 5	überwiegend zutreffend = 4	teilweise zutreffend = 3
kaum zutreffend = 2	überhaupt nicht zutreffend = 1	

TEIL I

1. Oft werfen mich kleine Missgeschicke aus der Bahn.

1	2	3	4	5

2. Ich bin mit mir und der Welt im Reinen.

1	2	3	4	5

3. Für mich persönlich ist Selbstkontrolle und Disziplin sehr wichtig.

1	2	3	4	5

4. Ich bin sehr temperamentvoll und zeige meine Gefühle ganz offen.

1	2	3	4	5

5. Ich mag es, wenn ein Tag geordnet und strukturiert abläuft.

1	2	3	4	5

6. Ich lasse mich von Misserfolgen schnell entmutigen.

1	2	3	4	5

7. Ich handele und rede spontan und manchmal auch unbedacht.

1	2	3	4	5

8. Wenn ich spontan Lust auf ein Eis habe, kaufe ich mir auch eins.

1	2	3	4	5

9. Ich habe eine sehr starke Abneigung gegen stupide und eintönige Tätigkeiten.

1	2	3	4	5

10. Was ich schaffen will, das schaffe ich auch.

1	2	3	4	5

11. Ich zweifele oft daran, das Erreichen zu können, was ich mir vorgenommen habe.

1	2	3	4	5

12. Wenn ich Glückserlebnisse habe, dann nur mit anderen zusammen.

1	2	3	4	5

13. Ich habe genaue Vorstellungen, wo ich in ein paar Jahren stehen will.

1	2	3	4	5

14. Ich kann mich an ganz einfachen Dingen erfreuen.

1	2	3	4	5

Seite 83

absolut zutreffend = 5	überwiegend zutreffend = 4	teilweise zutreffend = 3
kaum zutreffend = 2	überhaupt nicht zutreffend = 1	

15. Ich grübele nicht groß nach, wenn es mir mal nicht gut geht.

1	2	3	4	5

16. Ich kann mir auf einfachem Wege ein wirklich schönes Erlebnis verschaffen.

1	2	3	4	5

17. Wenn ich mir was Nettes kaufen wollte und kann es mir nicht leisten, kriege ich ganz schlechte Laune. gleich

1	2	3	4	5

18. Ich bin ein eher robuster Typ und immer gut drauf.

1	2	3	4	5

19. Ich kriege oft einen Drang, etwas sofort tun zu müssen und muss dem dann auch unmittelbar nachgeben.

1	2	3	4	5

20. Ich bin sehr unternehmungslustig und aktiv.

1	2	3	4	5

21. Wenn ich mit jemandem eine Auseinandersetzung habe, gebe ich schon mal nach, um den Konflikt zu beenden.

1	2	3	4	5

22. Ich besuche lieber eine Party, als dass ich sie ausrichte.

1	2	3	4	5

23. Ich bin eher skeptisch und zurückhaltend, wenn ich Menschen kennen lerne.

1	2	3	4	5

24. Am liebsten ist es mir, wenn mir jemand bei Unternehmungen eine konkrete Aufgabe zuteilt.

1	2	3	4	5

25. Ich habe einen großen Freundeskreis und pflege meine Freundschaften.

1	2	3	4	5

26. Ich brauche auch im Alltag ein gewisses Maß an Nervenkitzel und Kick-Erlebnissen.

1	2	3	4	5

27. Ich hadere häufig mit mir selbst.

1	2	3	4	5

28. Streitereien kann ich nicht gut aushalten.

1	2	3	4	5

29. Ich brauche ein hohes Maß an Zuwendung und Anerkennung von anderen Menschen.

1	2	3	4	5

30. Ich träume oft von einem glücklichen und aufregenden Leben.

1	2	3	4	5

31. Wenn ich mit jemandem eine Auseinandersetzung habe, macht mir das lange zu schaffen.

1	2	3	4	5

Seite 84

absolut zutreffend = 5	überwiegend zutreffend = 4	teilweise zutreffend = 3
kaum zutreffend = 2	überhaupt nicht zutreffend = 1	

32. Wenn sich mir gegenüber jemand gleichgültig verhält, kann ich das nur ganz schlecht akzeptieren.

1	2	3	4	5

33. Ich habe einige heraus ragende Qualitäten.

1	2	3	4	5

34. Auseinandersetzungen sind etwas Notwendiges, aus denen man immer etwas lernen kann.

1	2	3	4	5

35. Wenn mir ein Fehler unterläuft, stelle ich mich schnell in allen meinen Eigenschaften in Frage.

1	2	3	4	5

36. Ich habe schnell das Gefühl, anderen zur Last zu fallen.

1	2	3	4	5

37. Wenn ich einsehe, dass ich gewisse Dinge nicht gut hinbekomme, frustriert mich das gewaltig.

1	2	3	4	5

38. Ich denke häufig, dass man gewisse Menschen zur Rechenschaft ziehen müsste (z.B. Politiker).

1	2	3	4	5

39. Es fällt mir schwer, Momente des Schweigens in einem Gespräch auszuhalten.

1	2	3	4	5

40. Irgendwann werde ich für meine Fehler zur Rechenschaft gezogen.

1	2	3	4	5

41. Wenn ein Freund eine Einladung absagt, bin ich enttäuscht, auch wenn er

1	2	3	4	5

gute Gründe vorzuweisen hat.

42. Menschliches Leiden hat äußere Ursachen, die man kaum beeinflussen kann.

1	2	3	4	5

43. Ich achte darauf, ein bestimmtes Bild von mir zu vermitteln.

1	2	3	4	5

44. Wenn ich traurig bin, fühle ich mich diesem Gefühl absolut ausgeliefert.

1	2	3	4	5

45. Ich befasse mich gedanklich häufig mit Schicksalsschlägen und mache mir Sorgen deswegen.

1	2	3	4	5

46. Ich komme über Enttäuschungen im Allgemeinen gut hinweg.

1	2	3	4	5

47. Ich lebe sorglos in den Tag hinein und lasse mich gerne mal so richtig gehen.

1	2	3	4	5

Seite 85

-
48. Ich mache mir keine Gedanken um die Sorgen von morgen.

1	2	3	4	5

49. Ich bin nicht der Typ, der geradewegs auf Probleme zugeht, um sie zu lösen.

1	2	3	4	5

50. Ich verlasse mich gerne auf andere, die mehr Lebenserfahrung haben als ich.

1	2	3	4	5

Nun bitte noch einige statistische Angaben:

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: 20-29 30-39 40-49 50-59 60+x

Schulabschluss: Volksschule Hauptschule Realschule Gymnasium

Andere und zwar:

Berufliche Laufbahn: keine abgeschlossene Ausbildung betriebliche Ausbildung

Fachhochschulabschluss Hochschulabschluss Anderes

Allein lebend in Partnerschaft lebend

Wenn Klient der Beratungsstelle: abstinent seit

Fragen zum Konsum für Nichtkunden:

Wie schätzen Sie Ihren Konsum von Suchtmitteln ein?

Deutlich weniger als der Durchschnitt

- Weniger als der Durchschnitt
- Durchschnitt
- Etwas über dem Durchschnitt
- Deutlich darüber

Wie hoch ist Ihr wöchentlicher Konsum von Alkohol?

- Ich trinke gar keinen Alkohol
- Maximal 3 Flaschen Bier oder 3 Gläser Wein oder Sekt á 0,2l
- Maximal 5 Flaschen Bier oder 5 Gläser Wein oder Sekt á 0,2l
- Maximal 8 Flaschen Bier oder 8 Gläser Wein oder Sekt á 0,2l
- Mehr als 8 Flaschen Bier oder 8 Gläser Wein oder Sekt á 0,2l

TEIL II

absolut zutreffend = 5	überwiegend zutreffend = 4	teilweise zutreffend = 3
kaum zutreffend = 2	überhaupt nicht zutreffend = 1	

- 51. Ein Fehlschlag spornt mich erst so richtig an.

1	2	3	4	5
- 52. Es ist mir sehr angenehm, wenn ich mich an Stärkeren orientieren kann.

1	2	3	4	5
- 53. Wenn ich kann, gehe ich alltäglichen Problemen lieber aus dem Weg.

1	2	3	4	5
- 54. Meine Erziehung und meine Erbanlagen sind entscheidend für das, was aus mir geworden ist.

1	2	3	4	5
- 55. Ich kann gut abschalten, das Nichtstun genießen oder nur meinen Gedanken nachhängen.

1	2	3	4	5
- 56. Es fällt mir sehr schwer, die Schatten der Vergangenheit abzuschütteln.

1	2	3	4	5

57. Ich wünsche mir oft, komplett anders zu sein.

1	2	3	4	5

58. Meine Lebensgeschichte hat auch einen entscheidenden Einfluss auf mein heutiges Leben.

1	2	3	4	5

59. Körperliche Beschwerden bemerke ich schnell.

1	2	3	4	5

60. Das Verhalten anderer Menschen bringt mich öfters aus der Fassung.

1	2	3	4	5

61. Wenn ich eine gute Leistung bringe und bekomme dafür keine entsprechende Rückmeldung, bin ich sehr geknickt.

1	2	3	4	5

62. Ich bin davon überzeugt, dass es für jedes menschliche Problem eine perfekte Lösung gibt.

1	2	3	4	5

63. Ich kann ziemlich rücksichtslos sein, wenn ich etwas haben will.

1	2	3	4	5

64. Ich komme nur schlecht damit zurecht, an manchen Dingen zu scheitern.

1	2	3	4	5

65. Wenn ich ein Problem nur teilweise in den Griff bekomme, ist das sehr unbefriedigend für mich.

1	2	3	4	5

66. Am liebsten mache ich meinen Kram alleine, auch wenn ich länger brauche und lasse mir von niemandem reinreden.

1	2	3	4	5

Seite 88

absolut zutreffend = 5	überwiegend zutreffend = 4	teilweise zutreffend = 3
kaum zutreffend = 2	überhaupt nicht zutreffend = 1	

67. Ich komme mit diesem ständigen gesellschaftlichen Wandel nicht gut zurecht.

1	2	3	4	5

68. Ich würde mich als einen anständigen Menschen bezeichnen.

1	2	3	4	5

69. Unklare Antworten auf für mich wichtige Fragen kann ich nur ganz schlecht akzeptieren.

1	2	3	4	5

70. Die Anerkennung anderer ist mir schon sehr wichtig.

1	2	3	4	5

71. Ich kann es oft nicht glauben, mit welch unwichtigen Problemen sich manche Leute beschäftigen.

1	2	3	4	5

72. Ich finde es sehr spannend, neue Dinge auszuprobieren, auch wenn ich die Folgen noch nicht so genau einschätzen kann.

1	2	3	4	5

73. Ich äußere mich grundsätzlich nur nach reiflicher Überlegung und mit klarer Strategie und handele dementsprechend.

1	2	3	4	5

74. Große Neuerungen sind mir sehr unangenehm.

1	2	3	4	5

75. Wenn mir mal was misslingt, hake ich es schnell ab und versuche daraus zu lernen.

1	2	3	4	5

76. Es bereitet mir Unbehagen, wenn ich mit einem Chaos konfrontiert werde.

1	2	3	4	5

77. Ich würde mich schon als recht dünnhäutig bezeichnen.

1	2	3	4	5

78. Ich möchte auf gar keinen Fall so sein wie alle anderen.

1	2	3	4	5

79. Wenn mir jemand etwas Verletzendes sagt, habe ich lange daran zu knabbern.

1	2	3	4	5

80. Unangenehme Dinge gehören zum Leben.

1	2	3	4	5

81. Ich verlasse meinen Arbeitsplatz grundsätzlich so, wie ich ihn auch morgens vorzufinden wünsche.

1	2	3	4	5

82. Was meine Gefühle angeht, bin ich beherrscht und zurückhaltend.

1	2	3	4	5

Seite 89

absolut zutreffend = 5	überwiegend zutreffend = 4	teilweise zutreffend = 3
kaum zutreffend = 2	überhaupt nicht zutreffend = 1	

83. Die kleinen Schwierigkeiten des Alltags zermürben mich.

1	2	3	4	5

84. Ich kann es schlecht aushalten, wenn ich auf die Hilfe anderer angewiesen bin.

1	2	3	4	5

85. Wenn ich die Hilfe anderer brauche, muss ich mich nicht überwinden, danach zu fragen.

1	2	3	4	5

86. Ich habe gerne alles unter meiner Kontrolle.

1	2	3	4	5

87. Ich kann die Dinge gut auf mich zukommen lassen.

1	2	3	4	5

88. Wenn sich Dinge meinem Einfluss entziehen, ist mir das unangenehm.

1	2	3	4	5

89. Es macht mir nichts aus, wenn ich ein wichtiges Ziel nur mühsam und nach langer Bearbeitungszeit erreichen kann.

1	2	3	4	5
90. Wenn ich mir Nachrichtensendungen ansehe, kann ich mich hinterher über nichts mehr freuen.

1	2	3	4	5
91. Mir wäre es am liebsten, wenn das ganze Leben planbar wäre.

1	2	3	4	5
92. Die Dummheit der Menschheit macht mich oft traurig.

1	2	3	4	5
93. Wenn etwas schief läuft, suche ich den Fehler grundsätzlich bei mir.

1	2	3	4	5
94. Unsere Gesellschaft basiert auf völlig falschen Werten.

1	2	3	4	5
95. Ich habe oft das Gefühl, ich habe etwas falsch gemacht.

1	2	3	4	5
96. Es ist mir ganz wichtig, dass ich das bekomme, was mir zusteht.

1	2	3	4	5

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Anlage 2 – Auflistung der Items nach Skalen geordnet

Selbstkontrolle

1. Für mich persönlich ist Selbstkontrolle und Disziplin sehr wichtig.
2. Ich mag es, wenn ein Tag geordnet und strukturiert abläuft.
3. Wenn ich mir was Nettes kaufen wollte und kann es mir nicht gleich leisten, kriege ich ganz schlechte Laune.
4. Ich achte darauf, ein bestimmtes Bild von mir zu vermitteln.
5. Ich äußere mich grundsätzlich nur nach reiflicher Überlegung und mit klarer Strategie und handele dementsprechend.
6. Es bereitet mir Unbehagen, wenn ich mit einem Chaos konfrontiert werde.
7. Ich verlasse meinen Arbeitsplatz grundsätzlich so, wie ich ihn auch morgens vorzufinden wünsche.

8. Was meine Gefühle angeht, bin ich beherrscht und zurückhaltend.
9. Ich habe gerne alles unter meiner Kontrolle.
10. Wenn sich Dinge meinem Einfluss entziehen, ist mir das unangenehm.

Selbstwert

1. Ich bin mit mir und der Welt im Reinen.
2. Was ich schaffen will, das schaffe ich auch.
3. Ich zweifele oft daran, das Erreichen zu können, was ich mir vorgenommen habe.
4. Ich habe genaue Vorstellungen, wo ich in ein paar Jahren stehen will.
5. Ich hadere häufig mit mir selbst.
6. Ich brauche ein hohes Maß an Zuwendung und Anerkennung von anderen Menschen.
7. Ich habe einige herausragende Qualitäten.
8. Wenn mir ein Fehler unterläuft, stelle ich mich schnell in allen meinen Eigenschaften in Frage.
9. Ich habe schnell das Gefühl, anderen zur Last zu fallen.
10. Ich wünsche mir oft, komplett anders zu sein.
11. Wenn ich eine gute Leistung bringe und bekomme dafür keine entsprechende Rückmeldung, bin ich sehr geknickt.
12. Wenn ich ein Problem nur teilweise in den Griff bekomme, ist das sehr unbefriedigend für mich.
13. Ich würde mich als einen anständigen Menschen bezeichnen.

14. Ich finde es sehr spannend, neue Dinge auszuprobieren, auch wenn ich die Folgen noch nicht so genau einschätzen kann.
15. Wenn mir mal was misslingt, hake ich es schnell ab und versuche daraus zu lernen.
16. Wenn mir jemand etwas Verletzendes sagt, habe ich lange daran zu knabbern.
17. Ich kann die Dinge gut auf mich zukommen lassen.
18. Wenn etwas schief läuft, suche ich den Fehler grundsätzlich bei mir.
19. Ich habe oft das Gefühl, ich habe etwas falsch gemacht.
20. Ich würde mich schon als recht dünnhäutig bezeichnen.

Temperament & Devianz

1. Ich bin sehr temperamentvoll und zeige meine Gefühle ganz offen.

2. Ich handle und rede spontan und manchmal auch unbedacht.
3. Wenn ich spontan Lust auf ein Eis habe, kaufe ich mir auch eins.
4. Ich habe eine sehr starke Abneigung gegen stupide und eintönige Tätigkeiten.
5. Ich grübele nicht groß nach, wenn es mir mal nicht gut geht.
6. Ich bin ein eher robuster Typ und immer gut drauf.
7. Ich kriege oft einen Drang, etwas sofort tun zu müssen und muss dem dann auch unmittelbar nachgeben.
8. Ich brauche auch im Alltag ein gewisses Maß an Nervenkitzel und Kick-Erlebnissen.
9. Ich träume oft von einem glücklichen und aufregenden Leben.
10. Es fällt mir schwer, Momente des Schweigens in einem Gespräch auszuhalten.
11. Wenn ich traurig bin, fühle ich mich diesem Gefühl absolut ausgeliefert.
12. Ich komme über Enttäuschungen im Allgemeinen gut hinweg.
13. Ich lebe sorglos in den Tag hinein und lasse mich gerne mal so richtig gehen.
14. Körperliche Beschwerden bemerke ich schnell.
15. Ich kann ziemlich rücksichtslos sein, wenn ich etwas haben will.
16. Am liebsten mache ich meinen Kram alleine, auch wenn ich länger brauche und lasse mir von niemandem reinreden.
17. Ich möchte auf gar keinen Fall so sein wie alle anderen.
18. Die kleinen Schwierigkeiten des Alltags nerven mich.
19. Wenn ich mir Nachrichtensendungen ansehe, kann ich mich hinterher über nichts mehr freuen.
20. Die Dummheit der Menschheit macht mich oft traurig.

21. Unsere Gesellschaft basiert auf völlig falschen Werten.
22. Es ist mir ganz wichtig, dass ich das bekomme, was mir zusteht.

Sozialverhalten

1. Wenn ich Glückserlebnisse habe, dann nur mit anderen zusammen.
2. Wenn ich mit jemandem eine Auseinandersetzung habe, gebe ich schon mal nach, um den Konflikt zu beenden.
3. Ich bin eher skeptisch und zurückhaltend, wenn ich Menschen kennen lerne.
4. Am liebsten ist es mir, wenn mir jemand bei Unternehmungen eine konkrete Aufgabe zuteilt.
5. Ich habe einen großen Freundeskreis und pflege meine Freundschaften.
6. Streitereien kann ich nicht gut aushalten.

7. Wenn ich mit jemandem eine Auseinandersetzung habe, macht mir das lange zu schaffen.
8. Auseinandersetzungen sind etwas Notwendiges, aus denen man immer etwas lernen kann.
9. Ich bin nicht der Typ, der geradewegs auf Probleme zugeht, um sie zu lösen.
10. Ich verlasse mich gerne auf andere, die mehr Lebenserfahrung haben als ich.
11. Es ist mir sehr angenehm, wenn ich mich an Stärkeren orientieren kann.
12. Ich kann es schlecht aushalten, wenn ich auf die Hilfe anderer angewiesen bin.
13. Wenn ich die Hilfe anderer brauche, muss ich mich nicht überwinden, danach zu fragen.

Ressourcen und Defizite

1. Oft werfen mich kleine Missgeschicke aus der Bahn.
2. Ich lasse mich von Misserfolgen schnell entmutigen.
3. Ich kann mich an ganz einfachen Dinge erfreuen.
4. Ich kann mir auf einfachem Wege ein wirklich schönes Erlebnis verschaffen.
5. Ich bin sehr unternehmungslustig und aktiv.
6. Ich besuche lieber eine Party, als dass ich sie ausrichte.
7. Wenn ich einsehe, dass ich gewisse Dinge nicht gut hinbekomme, frustriert mich das gewaltig.
8. Wenn ein Freund eine Einladung absagt, bin ich enttäuscht, auch wenn er gute Gründe vorzuweisen hat.
9. Ein Fehlschlag spornt mich erst so richtig an.
10. Wenn ich kann, gehe ich alltäglichen Problemen lieber aus dem Weg.
11. Ich kann gut abschalten, das Nichtstun genießen oder nur meinen Gedanken nachhängen.
12. Ich komme nur schlecht damit zurecht, an manchen Dingen zu scheitern.

13. Ich komme mit diesem ständigen gesellschaftlichen Wandel nicht gut zurecht.
14. Unklare Antworten auf für mich wichtige Fragen kann ich nur ganz schlecht akzeptieren.
15. Unangenehme Dinge gehören zum Leben.
16. Es macht mir nichts aus, wenn ich ein wichtiges Ziel nur mühsam und nach langer Bearbeitungszeit erreichen kann.

Irrationale Ideen

1. Wenn sich mir gegenüber jemand gleichgültig verhält, kann ich das nur ganz schlecht akzeptieren.
2. Ich denke häufig, dass man gewisse Menschen zur Rechenschaft ziehen müsste (z.B. Politiker).

3. Irgendwann werde ich für meine Fehler zur Rechenschaft gezogen.
4. Menschliches Leiden hat äußere Ursachen, die man kaum beeinflussen kann.
5. Ich befasse mich gedanklich häufig mit Schicksalsschlägen und mache mir Sorgen deswegen.
6. Ich mache mir keine Gedanken um die Sorgen von morgen.
7. Meine Erziehung und meine Erbanlagen sind entscheidend für das, was aus mir geworden ist.
8. Es fällt mir sehr schwer, die Schatten der Vergangenheit abzuschütteln.
9. Meine Lebensgeschichte hat auch einen entscheidenden Einfluss auf mein heutiges Leben.
10. Das Verhalten anderer Menschen bringt mich öfters aus der Fassung.
11. Ich bin davon überzeugt, dass es für jedes menschliche Problem eine perfekte Lösung gibt.
12. Die Anerkennung anderer ist mir schon sehr wichtig.
13. Ich kann es oft nicht glauben, mit welch unwichtigen Problemen sich manche Leute beschäftigen.
14. Große Neuerungen sind mir sehr unangenehm.
15. Mir wäre es am liebsten, wenn das ganze Leben planbar wäre.

Status * Selbstkontrolle2 Kreuztabelle

			Selbstkontrolle2					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	2	7	24	28	6	67
		% von Status	3,0%	10,4%	35,8%	41,8%	9,0%	100,0%
	Klient	Anzahl	1	2	7	24	9	43
		% von Status	2,3%	4,7%	16,3%	55,8%	20,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	3	9	31	52	15	110
		% von Status	2,7%	8,2%	28,2%	47,3%	13,6%	100,0%

Status * Selbstkontrolle6 Kreuztabelle

			Selbstkontrolle6					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	6	18	26	16	1	67
		% von Status	9,0%	26,9%	38,8%	23,9%	1,5%	100,0%
	Klient	Anzahl	1	9	12	12	7	41
		% von Status	2,4%	22,0%	29,3%	29,3%	17,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	7	27	38	28	8	108
		% von Status	6,5%	25,0%	35,2%	25,9%	7,4%	100,0%

Status * Selbstkontrolle7 Kreuztabelle

			Selbstkontrolle7					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	8	14	15	21	9	67
		% von Status	11,9%	20,9%	22,4%	31,3%	13,4%	100,0%
	Klient	Anzahl	2	3	8	13	15	41
		% von Status	4,9%	7,3%	19,5%	31,7%	36,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	10	17	23	34	24	108
		% von Status	9,3%	15,7%	21,3%	31,5%	22,2%	100,0%

Status * Selbstwert3um Kreuztabelle

			Selbstwert3um					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	2	4	12	35	14	67
		% von Status	3,0%	6,0%	17,9%	52,2%	20,9%	100,0%
	Klient	Anzahl	1	8	15	13	6	43
		% von Status	2,3%	18,6%	34,9%	30,2%	14,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	3	12	27	48	20	110
		% von Status	2,7%	10,9%	24,5%	43,6%	18,2%	100,0%

Status * Selbstwert5um Kreuztabelle

			Selbstwert5um					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	3	9	13	25	17	67
		% von Status	4,5%	13,4%	19,4%	37,3%	25,4%	100,0%
	Klient	Anzahl	3	9	15	12	4	43
		% von Status	7,0%	20,9%	34,9%	27,9%	9,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	6	18	28	37	21	110
		% von Status	5,5%	16,4%	25,5%	33,6%	19,1%	100,0%

Status * Selbstwert19um Kreuztabelle

			Selbstwert19um					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	3	3	13	31	17	67
		% von Status	4,5%	4,5%	19,4%	46,3%	25,4%	100,0%
	Klient	Anzahl	1	8	15	13	4	41
		% von Status	2,4%	19,5%	36,6%	31,7%	9,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	4	11	28	44	21	108
		% von Status	3,7%	10,2%	25,9%	40,7%	19,4%	100,0%

Status * Temperament4 Kreuztabelle

			Temperament4					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	5	7	19	19	17	67
		% von Status	7,5%	10,4%	28,4%	28,4%	25,4%	100,0%
	Klient	Anzahl	1	5	6	12	19	43
		% von Status	2,3%	11,6%	14,0%	27,9%	44,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	6	12	25	31	36	110
		% von Status	5,5%	10,9%	22,7%	28,2%	32,7%	100,0%

Status * Temperament9 Kreuztabelle

			Temperament9					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	18	25	16	5	3	67
		% von Status	26,9%	37,3%	23,9%	7,5%	4,5%	100,0%
	Klient	Anzahl	3	9	17	7	7	43
		% von Status	7,0%	20,9%	39,5%	16,3%	16,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	21	34	33	12	10	110
		% von Status	19,1%	30,9%	30,0%	10,9%	9,1%	100,0%

Status * Temperament11 Kreuztabelle

			Temperament11					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	14	27	19	7	0	67
		% von Status	20,9%	40,3%	28,4%	10,4%	,0%	100,0%
	Klient	Anzahl	5	7	18	9	4	43
		% von Status	11,6%	16,3%	41,9%	20,9%	9,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	19	34	37	16	4	110
		% von Status	17,3%	30,9%	33,6%	14,5%	3,6%	100,0%

Status * Temperament12um Kreuztabelle

			Temperament12um					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	8	37	18	3	1	67
		% von Status	11,9%	55,2%	26,9%	4,5%	1,5%	100,0%
	Klient	Anzahl	2	9	26	6	0	43
		% von Status	4,7%	20,9%	60,5%	14,0%	,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	10	46	44	9	1	110
		% von Status	9,1%	41,8%	40,0%	8,2%	,9%	100,0%

Status * Temperament16 Kreuztabelle

			Temperament16					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	9	16	25	15	2	67
		% von Status	13,4%	23,9%	37,3%	22,4%	3,0%	100,0%
	Klient	Anzahl	1	5	16	15	4	41
		% von Status	2,4%	12,2%	39,0%	36,6%	9,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	10	21	41	30	6	108
		% von Status	9,3%	19,4%	38,0%	27,8%	5,6%	100,0%

Status * Sozialverhalten3um Kreuztabelle

			Sozialverhalten3um					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	4	10	23	25	5	67
		% von Status	6,0%	14,9%	34,3%	37,3%	7,5%	100,0%
	Klient	Anzahl	8	17	11	4	3	43
		% von Status	18,6%	39,5%	25,6%	9,3%	7,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	12	27	34	29	8	110
		% von Status	10,9%	24,5%	30,9%	26,4%	7,3%	100,0%

Status * Sozialverhalten4um Kreuztabelle

			Sozialverhalten4um					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	2	6	20	27	12	67
		% von Status	3,0%	9,0%	29,9%	40,3%	17,9%	100,0%
	Klient	Anzahl	2	9	15	12	5	43
		% von Status	4,7%	20,9%	34,9%	27,9%	11,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	4	15	35	39	17	110
		% von Status	3,6%	13,6%	31,8%	35,5%	15,5%	100,0%

Status * Sozialverhalten5 Kreuztabelle

			Sozialverhalten5					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	4	7	31	13	12	67
		% von Status	6,0%	10,4%	46,3%	19,4%	17,9%	100,0%
	Klient	Anzahl	7	10	19	4	3	43
		% von Status	16,3%	23,3%	44,2%	9,3%	7,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	11	17	50	17	15	110
		% von Status	10,0%	15,5%	45,5%	15,5%	13,6%	100,0%

Status * Sozialverhalten12um Kreuztabelle

			Sozialverhalten12um					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	0	18	21	21	7	67
		% von Status	,0%	26,9%	31,3%	31,3%	10,4%	100,0%
	Klient	Anzahl	5	8	19	6	3	41
		% von Status	12,2%	19,5%	46,3%	14,6%	7,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	5	26	40	27	10	108
		% von Status	4,6%	24,1%	37,0%	25,0%	9,3%	100,0%

Status * Ressourcen7um Kreuztabelle

			Ressourcen7um					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	3	9	13	29	13	67
		% von Status	4,5%	13,4%	19,4%	43,3%	19,4%	100,0%
	Klient	Anzahl	1	9	18	13	2	43
		% von Status	2,3%	20,9%	41,9%	30,2%	4,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	4	18	31	42	15	110
		% von Status	3,6%	16,4%	28,2%	38,2%	13,6%	100,0%

Status * Ressourcen13um Kreuztabelle

			Ressourcen13um					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	1	2	13	32	19	67
		% von Status	1,5%	3,0%	19,4%	47,8%	28,4%	100,0%
	Klient	Anzahl	1	4	14	14	8	41
		% von Status	2,4%	9,8%	34,1%	34,1%	19,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	2	6	27	46	27	108
		% von Status	1,9%	5,6%	25,0%	42,6%	25,0%	100,0%

Status * Ressourcen16 Kreuztabelle

			Ressourcen16					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	4	13	27	16	7	67
		% von Status	6,0%	19,4%	40,3%	23,9%	10,4%	100,0%
	Klient	Anzahl	0	6	14	10	11	41
		% von Status	,0%	14,6%	34,1%	24,4%	26,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	4	19	41	26	18	108
		% von Status	3,7%	17,6%	38,0%	24,1%	16,7%	100,0%

Status * irrationale Ideen2 Kreuztabelle

			irrationale Ideen2					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	8	10	20	15	14	67
		% von Status	11,9%	14,9%	29,9%	22,4%	20,9%	100,0%
	Klient	Anzahl	0	3	17	9	14	43
		% von Status	,0%	7,0%	39,5%	20,9%	32,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	8	13	37	24	28	110
		% von Status	7,3%	11,8%	33,6%	21,8%	25,5%	100,0%

Status * irrationale Ideen3 Kreuztabelle

			irrationale Ideen3					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	16	25	14	10	2	67
		% von Status	23,9%	37,3%	20,9%	14,9%	3,0%	100,0%
	Klient	Anzahl	1	9	15	11	7	43
		% von Status	2,3%	20,9%	34,9%	25,6%	16,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	17	34	29	21	9	110
		% von Status	15,5%	30,9%	26,4%	19,1%	8,2%	100,0%

Status * irrationale Ideen4 Kreuztabelle

			irrationale Ideen4					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	16	31	16	3	0	66
		% von Status	24,2%	47,0%	24,2%	4,5%	,0%	100,0%
	Klient	Anzahl	5	10	20	3	4	42
		% von Status	11,9%	23,8%	47,6%	7,1%	9,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	21	41	36	6	4	108
		% von Status	19,4%	38,0%	33,3%	5,6%	3,7%	100,0%

Status * irrationale Ideen5 Kreuztabelle

			irrationale Ideen5					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	20	25	14	7	1	67
		% von Status	29,9%	37,3%	20,9%	10,4%	1,5%	100,0%
	Klient	Anzahl	4	12	17	6	4	43
		% von Status	9,3%	27,9%	39,5%	14,0%	9,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	24	37	31	13	5	110
		% von Status	21,8%	33,6%	28,2%	11,8%	4,5%	100,0%

Status * irrationale Ideen8 Kreuztabelle

			irrationale Ideen8					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	14	27	21	4	1	67
		% von Status	20,9%	40,3%	31,3%	6,0%	1,5%	100,0%
	Klient	Anzahl	5	10	15	8	3	41
		% von Status	12,2%	24,4%	36,6%	19,5%	7,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	19	37	36	12	4	108
		% von Status	17,6%	34,3%	33,3%	11,1%	3,7%	100,0%

Status * irrationale Ideen13 Kreuztabelle

			irrationale Ideen13					Gesamt
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend	
Status	Kollege	Anzahl	2	6	15	24	20	67
		% von Status	3,0%	9,0%	22,4%	35,8%	29,9%	100,0%
	Klient	Anzahl	2	5	18	8	8	41
		% von Status	4,9%	12,2%	43,9%	19,5%	19,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	4	11	33	32	28	108
		% von Status	3,7%	10,2%	30,6%	29,6%	25,9%	100,0%

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwerte			
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
SummeSeko	Varianzen sind gleich	1,366	,245	-3,173	106	,002	-2,91518
	Varianzen sind nicht gleich			-3,372	100,138	,001	-2,91518
Summesewe	Varianzen sind gleich	,143	,706	1,784	104	,077	3,37298
	Varianzen sind nicht gleich			1,779	84,369	,079	3,37298
SummeRess	Varianzen sind gleich	2,036	,157	1,796	104	,075	2,50606
	Varianzen sind nicht gleich			1,714	70,617	,091	2,50606
SummeTemp	Varianzen sind gleich	,001	,978	-2,752	103	,007	-4,22844
	Varianzen sind nicht gleich			-2,747	79,343	,007	-4,22844
SummeSozv	Varianzen sind gleich	,685	,410	3,741	105	,000	3,62425
	Varianzen sind nicht gleich			3,542	68,891	,001	3,62425
SummeIrrIdeen	Varianzen sind gleich	1,845	,177	-3,967	103	,000	-5,67692
	Varianzen sind nicht gleich			-3,858	75,343	,000	-5,67692

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit				
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
Ressourcen1um	Varianzen sind gleich	4,323	,040	1,760	108	,081	,35543	,20197
	Varianzen sind nicht gleich			1,702	79,795	,093	,35543	,20880
Selbstwert1	Varianzen sind gleich	,862	,355	1,709	108	,090	,32107	,18792
	Varianzen sind nicht gleich			1,682	85,003	,096	,32107	,19089
Sozialverhalten7ur	Varianzen sind gleich	,000	,988	1,679	108	,096	,33704	,20070
	Varianzen sind nicht gleich			1,670	88,049	,098	,33704	,20181
Selbstwert8um	Varianzen sind gleich	2,987	,087	1,918	108	,058	,38042	,19833
	Varianzen sind nicht gleich			1,850	78,957	,068	,38042	,20564
Sozialverhalten9ur	Varianzen sind gleich	,197	,658	1,920	108	,058	,38945	,20288
	Varianzen sind nicht gleich			1,886	84,333	,063	,38945	,20655
irrationale Ideen7	Varianzen sind gleich	1,249	,266	-1,855	105	,066	-,38950	,20998
	Varianzen sind nicht gleich			-1,799	76,584	,076	-,38950	,21655
irrationale Ideen11	Varianzen sind gleich	,007	,932	-1,804	106	,074	-,39643	,21980
	Varianzen sind nicht gleich			-1,771	79,829	,080	-,39643	,22382
Ressourcen14um	Varianzen sind gleich	,869	,353	1,903	105	,060	,39394	,20698
	Varianzen sind nicht gleich			1,950	91,499	,054	,39394	,20206
irrationale Ideen14	Varianzen sind gleich	,049	,824	-1,749	106	,083	-,30979	,17709
	Varianzen sind nicht gleich			-1,739	83,107	,086	-,30979	,17814
Temperament22	Varianzen sind gleich	1,776	,185	-1,925	106	,057	-,41209	,21405
	Varianzen sind nicht gleich			-1,865	76,227	,066	-,41209	,22099

Häufigkeiten Selbstkontrolle 1

Kreuztabelle

		Selbstkontrolle1				Gesamt	
		kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	absolut zutreffend		
Altklient/Neuklie	mehr als 6 Mon. abstin	Anzahl	0	4	11	12	27
		% von Altclient/Neukl	,0%	14,8%	40,7%	44,4%	100,0%
		% von Selbstkontrolle	,0%	66,7%	91,7%	92,3%	81,8%
bis zu 3 Mon. abstinen	Anzahl	2	2	1	1	6	
	% von Altclient/Neukl	33,3%	33,3%	16,7%	16,7%	100,0%	
	% von Selbstkontrolle	100,0%	33,3%	8,3%	7,7%	18,2%	
Gesamt	Anzahl	2	6	12	13	33	
	% von Altclient/Neukl	6,1%	18,2%	36,4%	39,4%	100,0%	
	% von Selbstkontrolle	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Häufigkeiten Selbstkontrolle3

Kreuztabelle

			Selbstkontrolle3um		
			überhaupt nicht zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend
Altklient/Neuklient	mehr als 6 Mon. abstinent	Anzahl	0	4	7
		% von Altklient/Neuklient	,0%	14,8%	25,9%
		% von Selbstkontrolle3um	,0%	80,0%	70,0%
	bis zu 3 Mon. abstinent	Anzahl	1	1	3
		% von Altklient/Neuklient	16,7%	16,7%	50,0%
		% von Selbstkontrolle3um	100,0%	20,0%	30,0%
Gesamt		Anzahl	1	5	10
		% von Altklient/Neuklient	3,0%	15,2%	30,3%
		% von Selbstkontrolle3um	100,0%	100,0%	100,0%

Häufigkeiten Sozialverhalten1

Kreuztabelle

			Sozialverhalten1um			
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	über zutreffend
Altklient/Neuklient	mehr als 6 Mon. abstinent	Anzahl	1	2	11	
		% von Altklient/Neuklient	3,7%	7,4%	40,7%	
		% von Sozialverhalten1um	100,0%	100,0%	91,7%	
	bis zu 3 Mon. abstinent	Anzahl	0	0	1	
		% von Altklient/Neuklient	,0%	,0%	16,7%	
		% von Sozialverhalten1um	,0%	,0%	8,3%	
Gesamt		Anzahl	1	2	12	
		% von Altklient/Neuklient	3,0%	6,1%	36,4%	
		% von Sozialverhalten1um	100,0%	100,0%	100,0%	

Häufigkeiten Ressourcen4

Kreuztabelle

			Ressourcen4		
			kaum zutreffend	teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend
Altklient/Neuklient	mehr als 6 Mon. abstinent	Anzahl	3	10	10
		% von Altklient/Neuklient	11,1%	37,0%	37,0%
		% von Ressourcen4	100,0%	100,0%	76,9%
	bis zu 3 Mon. abstinent	Anzahl	0	0	3
		% von Altklient/Neuklient	,0%	,0%	50,0%
		% von Ressourcen4	,0%	,0%	23,1%
Gesamt	Anzahl	3	10	13	
	% von Altklient/Neuklient	9,1%	30,3%	39,4%	
	% von Ressourcen4	100,0%	100,0%	100,0%	

Häufigkeiten irrationale Ideen1

Kreuztabelle

			irrationale Ideen1			
			überhaupt nicht zutreffend	kaum zutreffend	teilweise zutreffend	über zutreffend
Altklient/Neuklient	mehr als 6 Mon. abstinent	Anzahl	2	5	12	
		% von Altklient/Neuklient	7,4%	18,5%	44,4%	
		% von irrationale Ideen1	50,0%	55,6%	100,0%	
	bis zu 3 Mon. abstinent	Anzahl	2	4	0	
		% von Altklient/Neuklient	33,3%	66,7%	,0%	
		% von irrationale Ideen1	50,0%	44,4%	,0%	
Gesamt	Anzahl	4	9	12		
	% von Altklient/Neuklient	12,1%	27,3%	36,4%		
	% von irrationale Ideen1	100,0%	100,0%	100,0%		

Anlage 34 – T-Test zur Ermittlung der Signifikanz beim Skalenvergleich der Klienten untereinander

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgle				
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	St r d
SummeSeko	Varianzen sind gleich	,554	,463	1,311	29	,200	2,26667	
	Varianzen sind nicht gleich			1,487	8,986	,171	2,26667	
Summesewe	Varianzen sind gleich	1,378	,250	-,365	29	,718	-1,47333	
	Varianzen sind nicht gleich			-,448	10,296	,663	-1,47333	
SummeRess	Varianzen sind gleich	,621	,437	-,954	28	,348	-3,04167	
	Varianzen sind nicht gleich			-1,178	10,729	,264	-3,04167	
SummeTemp	Varianzen sind gleich	1,132	,297	,388	27	,701	1,66000	
	Varianzen sind nicht gleich			,522	5,483	,622	1,66000	
SummeSozv	Varianzen sind gleich	1,273	,269	-,704	28	,487	-1,62500	
	Varianzen sind nicht gleich			-,865	10,617	,406	-1,62500	
SummeIrrIdeen	Varianzen sind gleich	,325	,573	,547	28	,589	2,08333	
	Varianzen sind nicht gleich			,537	7,547	,607	2,08333	

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Master-Arbeit selbstständig angefertigt und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Köln, 15.5.2005

(Martin Orlicek)