

## Klinische Evaluation eines Gruppenprogramms zur Motivation und Information von Alkoholabhängigen

Günter Krampen und Jörg Petry

Universität Trier, FB I — Psychologie  
Psychiatrisches Landeskrankenhaus Wiesloch

*Zusammenfassung.* Über die Ergebnisse der Evaluation dreier Bestandteile eines Gruppenprogramms zur Motivation und Information von Alkoholabhängigen wird berichtet. Nach einem Kontrollgruppenversuchsplan mit Vor-, Zwischen- und Nachtestungen wurden Alkoholiker, die sich am Beginn einer stationären Entgiftungsbehandlung befanden, zufällig einer von vier Behandlungsgruppen (jeweils N = 18) zugewiesen: (1) gruppenspezifisch orientierte Informationsvermittlung, (2) Verhaltensdiagnostik, (3) kognitive Umstrukturierung und (4) Kontrollgruppe. Globale und differentielle Effekte der Programmteilnahme konnten für die Motivation, an einer Langzeitbehandlung teilzunehmen, sie auch tatsächlich zu beginnen und regulär abzuschließen, für das Wissen über Alkoholismus und für alkoholismusspezifische Einstellungen (naive Krankheitstheorien, Bagatellisierung des Alkoholismus, Hoffnungslosigkeit) nachgewiesen werden. Das Gruppenprogramm ist besonders für die Vor- oder Anfangsphase einer Langzeitbehandlung von Alkoholikern geeignet.

*Summary.* Results of an empirical evaluation of three types of group treatment for alcohol education and motivation of alcoholics for a treatment are presented. In a control group design with pretests, intermediate tests and posttests alcoholics just starting an inpatient detoxification treatment (duration: two weeks) were administered randomly to one of the following treatment groups (each consisting of 18 patients): (1) groupdynamical information about alcoholism and alcohol, (2) behavior analysis, (3) cognitive-behavioral modification, (4) control group. General and differential effects of the treatments were found with respect to (1) three aspects of motivation for a long-term treatment (reasons for treatment, insight into need of treatment, treatment readiness), (2) the beginning and regular ending of a long-term treatment, (3) the knowledge about alcoholism, and (4) alcohol-related attitudes (implicit theory of alcoholism, hopelessness). Group sessions are positively evaluated by the patients. The group program is especially suitable for the pre- and starting-phases of long-term treatments for alcoholics.

### 1. Problemstellung

Zu den klassischen Bestandteilen der stationären (z. T. auch ambulanten) Behandlung von Alkoholikern gehört die Information der Erkrankten über ihre Krankheit, mögliche Folgen, Entwicklungsbedingungen, Prognosen etc., wobei zumeist in (Groß-)Gruppen direktiv-pädagogisch (Referate von Ärzten, Psychologen etc.) vorgegangen wird (siehe etwa *Antons*, 1977). In der einschlägigen Fachliteratur beschäftigt man sich mit diesem Behandlungsaspekt kaum. Auch bei denen, die diese „Unterweisungen“ durchzuführen haben, sind sie zumeist (eventuell wegen dem als gering eingeschätzten Nutzen)

nicht sehr beliebt; sie werden häufig als „Pflichtübung“, die nun einmal dazu gehört, aufgefaßt. In einer früheren Arbeit des Zweitautors (Petry, 1981) wurden einschlägige Kritikpunkte am herkömmlichen Vorgehen bei der Information von Alkoholikern zusammengetragen. Sowohl aus kommunikationstheoretischer Perspektive (Dominanz von Einweg-Kommunikationen, Informationsüberlastung der Teilnehmer, Sprachbarrieren etc.) als auch nach Befunden aus der Forschung zu Einstellungsänderungen (mögliche Kontrasteffekte durch große Ist-Soll-Diskrepanzen, Abwehr- und Vermeidungsreaktionen durch furchterregende Kommunikation, Gegenreaktionen durch zu starke Einengungen der Verhaltensfreiheit, kein Ausprobieren alternativer Fertigkeiten etc.) scheint das herkömmliche Vorgehen in Informationsgruppen für Alkoholiker ebenso wenig geeignet wie für viele andere pädagogisch-psychologische Interventionen. Bei Alkoholabhängigen, die vor oder am Beginn einer Behandlung stehen, dürfte dies durch die besondere Situation und die häufig gegebene geringere Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit eher in noch stärkerem Maße gelten.

Das Wissen über die eigene Erkrankung, ihre Ätiologie, Formen, Risiken etc. scheint nun aber für die Behandlungsmotivation und krankheitsbezogene Kognitionen von zu großer Bedeutung, um ganz auf solche informatorischen Interventionen verzichten zu können. Damit ist gleich gesagt, daß durch solche Programme nicht nur Wissensoptimierungen, sondern auch Einstellungsänderungen und Verbesserungen der Motivationslage für eine Behandlung angestrebt werden sollten, womit bereits die relevanten evaluativen Variablen (neben dem späteren Therapieerfolg) genannt sind. Sowohl beim Wissen über Alkoholismus als auch bei der Behandlungsmotivation von Alkoholikern handelt es sich nun aber um Variablenbereiche, die in der bisherigen Alkoholismusforschung weitgehend vernachlässigt worden sind. Die wenigen einschlägigen Arbeiten zum Wissen verweisen lediglich auf erhebliche Informationsdefizite und Fehlinformationen bei Alkoholikern (Uecker & Solberg, 1973) und bei Nicht-Abhängigen (Buckalew, 1979; Wüthrich, 1979) sowie auf Verbesserungen des Wissens über den Alkoholismus durch ein Gruppenprogramm (Informationsvermittlung) bei Studenten (Goodstadt & Sheppard, 1983). Die wenigen empirischen Arbeiten zur Behandlungsmotivation von Alkoholikern vor und zu Beginn einer Behandlung (Lemere et al., 1958; Adamson et al., 1974; Krampen & Petry, 1987) belegen dagegen deutlich die differenzierte Operationalisierbarkeit verschiedener motivationaler Aspekte (Behandlungsmotive, Krankheitseinsicht, Behandlungsbereitschaft) und bedeutsame Bezüge zum katamnestisch festgestellten Erfolg (Abstinenz) stationärer Behandlungen. Dies deutet auf die prognostische Bedeutung dieser Variablen für die Aufnahme einer Therapie, die Persistenz während der Behandlung und positive Transfereffekte von der Klinik auf den Lebensalltag der Patienten.

Aus der Unzufriedenheit mit dem herkömmlichen Vorgehen bei der Informationsvermittlung wurde schrittweise ein Gruppenprogramm zur Motivation und Information von Alkoholikern entwickelt, das auf Grundprinzipien der Gruppendynamik, der kognitiven Verhaltensmodifikation und der sozialpsychologischen Forschung zu Einstellungsänderungen basiert (siehe Petry, 1981, 1985). Die in Abschnitt 2.1 kurz beschriebenen drei Bestandteile dieses Programms wurden nun zum ersten Mal einer systematischen klinischen Evaluation unterzogen, worüber in der vorliegenden Arbeit berichtet wird.

Das Gruppenprogramm besteht aus drei Bestandteilen, die man auch als sich ergänzend betrachten kann. Die Interventionen zielen primär auf positive Veränderungen der Behandlungsmotivation und der alkoholismus-spezifischen Einstellungen mit dem Schwerpunkt auf der kognitiven Ebene. Es ist als Ergänzung für andere therapeutische Maßnahmen insbesondere in der Vorphase einer Langzeitbehandlung konzipiert. Bei der im folgenden dargestellten empirischen Evaluation des Gruppenprogramms wurden die Effekte seiner drei Bestandteile separat untersucht, um ihren differentiellen Einfluß innerhalb eines üblichen Breitbandangebotes zur stationären Entgiftung und Motivation (medizinische Behandlung, therapeutische Gemeinschaft, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Selbsterfahrungsgruppen, Autogenes Training, Sport) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zu überprüfen. Als evaluative Variablen dienen solche aus den Bereichen „krankheitsbezogenes Wissen“, „Motivation für eine Langzeitbehandlung“, „Teilnahme an und reguläre Beendigung einer Langzeitbehandlung“ und verschiedene Aspekte therapierelevanter Einstellungen (wie naive Krankheitstheorien, Bagatellisierung des Alkoholismus, Hoffnungslosigkeit). Zur Kontrolle möglicher Hospitalisierungseffekte im Sinne einer Zunahme von „sozialer Erwünschtheit“ im Antwortverhalten wird eine entsprechende Skala zusätzlich in diesen Satz evaluativer Variablen aufgenommen. Bei der gewählten Realisierung der drei (Sub-)Programme (sechs Sitzungen von 90 Minuten in zehn Tagen) handelt es sich um eine exemplarische und verkürzte (da differenzierende) erste Evaluation, bei der die folgenden Fragen im Vordergrund stehen:

(1) Zeigen sich bei Patienten, die zusätzlich zum normalen Behandlungsprogramm an einem Teil des Gruppenprogramms zur Motivation und Information teilnehmen, günstige Auswirkungen auf die evaluativen Variablen (im Vergleich zu einer Kontrollgruppe)?

(2) Zeigen sich bei Patienten, die an einem der drei Bestandteile des Gruppenprogramms teilnehmen, differentielle Effekte in den evaluativen Variablen?

(3) Kommt ausgewählten Eingangsmerkmalen der Patienten (wie Geschlecht, Suchtbelastung, Konsumvariabilität, Vorwissen über Alkoholismus, Hoffnungslosigkeit und „soziale Erwünschtheit“ bei Therapiebeginn) eine indikative Bedeutung für die Programmwirkungen zu? Ist also bei bestimmten Patienten ein bestimmter Programmteil indiziert?

## 2. Methode

### 2.1. Interventionsmethoden

Für alle drei Programmbestandteile bestehen die Patientengruppen aus maximal zehn Personen. Unter der Leitung eines Dipl.-Psychologen (mit verhaltenstherapeutischer Zusatzqualifikation) und eines Pflegers beträgt die Dauer der einzelnen Sitzungen 90 Minuten. Es wurden jeweils sechs Sitzungen, die über einen Zeitraum von zehn Tagen verteilt waren, realisiert (zur genaueren Beschreibung der Programmbestandteile und der einzelnen Sitzungen siehe *Petry, 1985*).

In Teil 1 des Gruppenprogramms zur Motivation und Information von Alkoholikern steht die Informationsvermittlung (Info.-Ver.) im Vordergrund. Im Unterschied zum herkömmlichen direktiv-pädagogischen Vorgehen (Vortragsstil, Großgruppe) wird jedoch gruppenspezifisch und unter Beachtung einschlägiger Befunde aus der Kommunikations- und Einstellungsforschung (Beachtung von Kanalkapazitäten, Informationsredundanz, aktive Beteiligung der Teilnehmer etc.) vorgegangen. Im Vordergrund steht Grundlagwissen

zum Krankheitskonzept der Suchtentwicklung. Die sechs Sitzungen stehen unter speziellen Titeln, die den Rahmen für Quiz- und Rollenspiele in Bezug auf (1) Wissensaktivierung, (2) Grundbegriffe der Abhängigkeit, (3) Verarbeitung von Alkohol im Körper, (4) Folgeerkrankungen, (5) Suchtentwicklung sowie (6) Schwere und Art der Abhängigkeit abgeben.

Die sechs Sitzungen zur Verhaltensdiagnostik und -analyse (Teil 2 des Programms; Verh. Anal.) beziehen sich inhaltlich auf die individuelle Analyse der Suchtentwicklung und die Vermittlung eines Selbstkontrollmodells für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung abhängigen Verhaltens. Klassisch verhaltensanalytisch orientiert werden zunächst (z. T. in Rollenspiel, zum Teil explorativ) (1) das eigene Problemverhalten, (2) eigene Alkoholexzeße, (3) Reizbedingungen und Konsequenzen des Alkoholkonsums und (4) die psycho-soziale Lebensgestaltung differenziert beschrieben. Sodann werden nach einer zusammenfassenden Verhaltensanalyse (5) ein einfaches Bedingungsmodell des Alkoholabusus und der Abstinenz sowie (6) ein Selbstkontrollmodell für abstinentes Verhalten in der Gruppe erarbeitet.

In Teil 3 des Gruppenprogramms („Kognitive Umstrukturierung“; kogn. Um.) geht es inhaltlich um die kognitive Verarbeitung der Suchtentwicklung. Suchtspezifische Denkmuster werden bewußt gemacht, wobei Abwehrhaltungen, kognitive Verzerrungen und die Bagatellisierung des eigenen Alkoholismus im Vordergrund stehen. In den Sitzungen werden (über Problemlöseaufgaben, Rollenspiele etc.) (1) implizite Krankheitstheorien, (2) kognitive Dissonanzserlebnisse, (3) alkoholismusspezifische Stereotype, (4) die Rolle des Alkoholikers und das Selbstverständnis als Alkoholiker, (5) Vorstellungen über den Rückfall sowie (6) stereotype Redewendungen und Vorsatzformeln thematisiert und in Diskussionen und Spielen korrigiert.

## 2.2. Stichproben und experimentelles Vorgehen

An der Untersuchung nahmen 72 nicht-selektierte Patienten eines Psychiatrischen Landeskrankenhauses mit der Primärdiagnose Alkoholismus teil, von denen zwölf ein beginnendes organisches Psychosyndrom aufwiesen. Neben 20 Frauen waren 52 Männer an der Studie beteiligt (Alter:  $\bar{x} = 40.1$ ,  $s = 8.27$  Jahre; nach Schulbildung und Berufstätigkeit „untere Mittelschicht“). Für 26 Patienten war dies die erste, für 18 die zweite, für alle weiteren die dritte, vierte etc. stationäre Behandlung wegen Alkoholismus. Die Patientenangaben zur Alkoholismusedauer variieren zwischen 1 Jahr und 26 Jahren ( $\bar{x} = 7.6$ ,  $s = 5.52$  Jahre). Nach einer einwöchigen Entzugsbehandlung auf der geschlossenen Aufnahmestation wurden die Patienten auf eine Entgiftungs- und Motivationsstation verlegt, wo sie sofort einer von vier Behandlungsgruppen zugewiesen wurden: (1) Experimentalgruppe I: Informationsvermittlung, (2) Experimentalgruppe II: Verhaltensdiagnostik, (3) Experimentalgruppe III: kognitive Umstrukturierung, (4) Kontrollgruppe. Alle Patienten nahmen an dem üblichen Behandlungsprogramm der Station teil (siehe oben), die Patienten in den Experimentalgruppen erhielten die jeweiligen Interventionen zusätzlich. Die Randomisierung der Patienten erfolgte durch eine zeitliche Staffelung der Versuchsbedingungen. D. h., alle Patienten, die innerhalb von zwei Wochen aufgenommen wurden, wurden als Gruppe einer Versuchsbedingung zugewiesen, die nächste Aufnahmegruppe der nächsten Versuchsbedingung etc. Zur Kontrolle zeitlicher Effekte wurde die Abfolge der Gruppenzuweisungen zu bestimmten Versuchsbedingungen variiert. Kontrollgruppe und jede Experimentalgruppe bestehen aus jeweils zwei Aufnahmegruppen, die zusammen eine Gruppengröße von jeweils  $N = 18$  ergeben.

Neben Vor- und Nachtestungen, die der summarischen Evaluation dienen, wurden in den Experimentalgruppen kurze Zwischentestungen am Ende der Gruppensitzungen zur Prozeßevaluation durchgeführt. Realisiert wurde damit ein Kontrollgruppenversuchsplan mit Vor-, Zwischen- und Nachuntersuchungen und gleichartigen Zeitstichproben, womit eine für den klinischen Alltag nahezu optimale Kombination experimentellen und quasiexperimentellen Vorgehens gelungen ist, von der erwartet werden kann, daß sowohl im Hinblick auf die interne als auch im Hinblick auf die externe Validität fundierte Befunde erzielt werden können. Für die statistischen Signifikanzbeurteilungen wurde ein  $\alpha = .05$  festgelegt; nach den Kriterien *Cobens* (1977) werden kleine bis mittlere Effektstärken („praktische Signifikanz“ der Befunde) erwartet, da sich die experimentellen Interventionen nur auf einen relativ kleinen Bereich der therapeutischen Bemühungen beziehen.

### 2.3. Erhebungsinstrumente

Neben einem Kurzfragebogen zu persönlichen und krankheitsbezogenen Daten (u. a. demographische Variablen, Indexvariablen zur Konsumvariabilität und Suchtbelastung), der nur bei der Vorstestung bearbeitet wurde, wurden die folgenden Verfahren in den Vor- und Nacherhebungen („Produktevaluation“) den Patienten vorgegeben; es handelt sich mit wenigen Ausnahmen (H-Skala, SDS) um Verfahren, die in einer Vorstudie (N = 98 Alkoholiker) nach den Methoden der klassischen Testtheorie entwickelt werden mußten (siehe *Krampen* 1985), da zur Erhebung der interessierenden evaluativen Variablen keine Instrumente vorlagen. Ein hoher Skalenwert bedeutet in allen Fällen eine hohe Ausprägung der jeweiligen Variablen.

(1) Wissenstest zum Alkoholismus (WTA; *Krampen & Petry*, 1985): Mit den jeweils 20 Items („Mehrfachwahl-Aufgaben“) der Parallelformen des WTA wird objektiv Wissen über die Grundbegriffe des Alkoholismus, die Verarbeitung von Alkohol im Körper, gesellschaftlich-kulturelle Aspekte des Alkoholkonsums, Folgeerkrankungen des Alkoholismus und Prognosen abgefragt. Bei der Vorstestung wurde WTA-A, bei der Nachtestung die Parallelform WTA-B eingesetzt.

(2) Einstellungsfragebogen zur Behandlung (EFB; *Krampen & Petry*, 1987): Der EFB erfaßt drei Aspekte der Motivation für eine Langzeitbehandlung bei Alkoholikern. Subskalen betreffen die allgemeine Behandlungsbereitschaft (EFB-B), die Krankheitseinsicht (EFB-E) und die Behandlungsmotive (EFB-M).

(3) Einstellungsfragebogen zum Alkoholismus (EFA; *Krampen*, 1985): Mit dem EFA werden „naive“ Krankheitstheorien des Alkoholismus erfaßt, die verkürzt als „moralisches Alkoholismusmodell“ (EFA-M), „medizinisches Krankheitsmodell“ (EFA-K), „umweltorientiertes Modell“ (EFA-U) und „individuelles Modell“ (EFA-I) bezeichnet werden können (siehe hierzu *Verden et al.*, 1969; *Krampen*, 1985).

(4) Beurteilung des eigenen Alkoholkonsums (BAK; *Krampen* 1985): Mit dem BAK wird die Tendenz zur Bagatellisierung des eigenen Trinkens und eigenen Alkoholismus erfaßt, einem bei Alkoholikern häufig festzustellenden Abwehrmechanismus (siehe *Küfner*, 1982; *Pfrang & Schenk*, 1982).

(5) Hoffnungslosigkeit (H-Skala; *Krampen*, 1979): Mit der H-Skala werden negative Erwartungen einer Person über sich selbst und über ihr künftiges Leben erhoben. Dieser mit der Depressivität in Zusammenhang stehende Aspekt von Zukunftsorientierungen hat sich in der Differentialdiagnostik des Alkoholismus als bedeutsam erwiesen (siehe *Krampen & Nispel*, 1978; *Beck et al.*, 1982).

(6) Crowne-Marlowe-Skala zur sozialen Erwünschtheit (SDS): Mit der SDS wird die Tendenz einer Person, sich in sozial erwünschter Weise zu verhalten und entsprechend zu antworten, erfaßt.

Neben diesen Verfahren, die zur summarischen Evaluation eingesetzt wurden, bearbeiteten die Mitglieder der Experimentalgruppen unmittelbar nach Abschluß der Gruppensitzungen einen kurzen „Fragebogen zur Beurteilung der Gruppensitzung“ (FBG). Auf fünfstufigen graphischen Schätzskaalen sollen beim FBG der Informationswert, die eigene Befindlichkeit in der Gruppe, die Handlungsrelevanz der Inhalte, der Selbstwertbezug der Inhalte und der Zusammenhang der Inhalte mit den anderen Sitzungen spezifisch für eine Gruppensitzung beurteilt werden (siehe *Petry*, 1981; *Krampen*, 1985). Intendiert werden damit grobe Effektabschätzungen für die einzelnen Sitzungen, die der formativen Evaluation dienen sollen.

Die Itemkennwerte und Reliabilitätskoeffizienten aller eingesetzten Skalen genügen den Kriterien der klassischen Testtheorie (siehe hierzu *Krampen*, 1985; *Krampen & Petry*, 1985, 1987). Für die interne Konsistenz der Skalen ergaben sich etwa in der vorliegenden Stichprobe Koeffizienten  $r(tt) \geq .73$ , was für die intendierten Gruppenvergleiche ausreichend ist.

Nach Abschluß der Entgiftungs- und Motivierungsbehandlung wurde der weitere (institutionelle) Weg der Patienten verfolgt und anhand von Angaben der Kollegen, die in Institutionen arbeiten, die Langzeitbehandlungen für Alkoholiker durchführen, fortgeschrieben. Daten über eine eventuelle Teilnahme der Patienten an ambulanten Behandlungsprogrammen liegen nicht vor. In die im folgenden dargestellten Datenanalysen gingen Informationen darüber ein, (1.) ob nach Abschluß der Entgiftungsbehandlung eine stationäre Langzeitbehandlung begonnen und (2.) ob diese regulär abgeschlossen wurde. Vergleiche zwischen der bei Antritt der Entgiftungsbehandlung geäußerten Absicht der Patienten (siehe Tabelle 2), an einer solchen Langzeitbehandlung teilzunehmen, und diesen Variablen ermöglichen eine Evaluation der Gruppenprogramme auf behavioraler Ebene mit zeitlich längerfristigem Bezug.

### 3. Ergebnisse

Vor Analysen zu den evaluativen und indikativen Fragestellungen der Untersuchung (siehe oben), war zu prüfen, ob die durch die zeitliche Staffelung der Versuchsbedingungen erfolgte Randomisierung zu Versuchsgruppen geführt hat, die sich in relevanten Eingangsmerkmalen nicht unterscheiden. Eine für alle bei der Vortestung erhobenen Variablen berechnete multivariate Varianzanalyse (MANOVA) mit dem Faktor „Gruppenzugehörigkeit“ ergab einen statistisch nicht bedeutsamen Testwert von  $F(51/155) = 0.38$ . Auch in den a posteriori durchgeführten univariaten Varianzanalysen und Duncans Tests für Einzelmittelwertsvergleiche ergaben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede, so daß davon ausgegangen werden kann, daß die verwendete Randomisierungsmethode zu vergleichbaren Versuchsgruppen geführt hat.

#### 3.1. Allgemeine Programmwirksamkeit

Zur Prüfung von Fragestellung 1 nach der allgemeinen Wirkung der Programmteilnahme wurden die Patienten, die an den drei Programmbestandteilen teilgenommen haben, zu einer Gruppe zusammengefaßt und anhand der Testwerte aus den Vorher-Nachher-Vergleichen mit der Kontrollgruppe verglichen. In Tabelle 1 sind die entsprechenden varianzanalytischen Befunde für die Nachtestwerte und für die Differenzwerte dargestellt. Für beide Typen von abhängigen Variablen ergeben sich bedeutsame MANOVA-F-Werte, die auf relevante Gruppenunterschiede verweisen. Univariante Vergleiche zeigen, daß die Programmteilnehmer (im Vergleich zur Kontrollgruppe) ihr Wissen über Alkoholismus erweitert haben, vom moralischen Krankheitsmodell abrücken, stärker dem Krankheitsmodell zuneigen, ihre Erkrankung weniger bagatellisieren, höhere Werte auf allen drei Skalen der Behandlungsmotivation haben und für ihre persönliche Zukunft optimistischer geworden sind. Die Kennwerte für die praktische Signifikanz ( $d$  in Tabelle 1) für diese Variablen liegen im Bereich mittlerer bis großer Effektstärken, was Varianzaufklärungen zwischen 6 % und 50 % entspricht. Für die beiden anderen EFA-Skalen und die „soziale Erwünschtheit“ zeigen sich keine relevanten Mittelwertsunterschiede. Damit liegen keine Hinweise auf Effekte der Programmteilnahme auf die Tendenz, in sozial erwünschter Weise zu antworten, vor. Fragestellung 1 ist somit zu bejahen: Programmteilnehmer unterscheiden sich nach der Intervention bedeutsam von einer Kontrollgruppe. Deutliche Veränderungen zeigen sich in der reduzierten Hoffnungslosigkeit, der erhöhten Behandlungsmotivation, der reduzierten Bagatellisierung der eigenen Erkrankung und der Zunahme des Wissens über sie.

Diese positiven evaluativen Befunde aus den Vortest-Nachtest-Vergleichen konnten durch die behavioralen Daten bestätigt werden (siehe Tabelle 2), wengleich die entsprechenden Häufigkeiten in allen Fällen recht gering sind. Approximierte Chi-Quadrat-Tests nach *Craddock* und *Flood* (1970; siehe auch *Lienert*, 1978, S. 399 und S. 416ff.) zeigen, daß Programmteilnehmer im Vergleich zu den Patienten der Kontrollgruppe häufiger (1.) entgegen ihrer ursprünglichen Absicht eine Langzeitbehandlung beginnen ( $\text{Chi-Quadrat} = 6.782$ ,  $df = 2$ ,  $p < .05$ ) und (2.) die entgegen

*Tabelle 1: Vergleich der Programmteilnehmer (N = 54) und der Kontrollgruppe (N = 18) anhand (a) der Nachtestwerte ( $t_8$ ) und (b) der Differenzwerte zwischen Nach- und Vortest ( $t_8 - t_1$ )*

abhängige Variable <sup>1)</sup>	(a) Nachtestwert ( $t_8$ )						(b) Differenzwert ( $t_8 - t_1$ )								
	Programmteilnehmer		Kontrollgruppe		Bartlett-Box F	t	d	Programmteilnehmer		Kontrollgruppe		Bartlett-Box F	t	d	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s				$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s				
WTA	12.6	3.12	10.9	2.36	1.91	2.48*	.62	1.8	3.31	-0.6	2.64	1.97	2.93*	.81	
EFA-M	3.0	1.98	4.1	2.56	1.30	2.11*	.48	-0.9	1.50	0.2	1.71	1.17	2.04*	.69	
EFA-K	11.7	2.58	9.1	2.35	1.39	2.81*	1.05	2.5	2.34	-0.1	2.51	1.15	3.21*	1.07	
EFA-U	2.1	1.39	1.9	1.07	1.67	0.46	.16	0.2	1.65	-0.2	1.85	1.26	0.42	.23	
EFA-I	4.6	1.97	4.9	2.37	1.46	0.66	.14	-0.4	2.22	-0.2	2.25	1.03	0.93	.27	
BAK	42.7	13.04	56.2	13.89	1.13	2.78*	1.00	-11.9	8.63	1.7	6.88	1.57	3.42*	1.75	
EFB-B	59.3	6.51	54.8	6.18	1.11	2.38*	.71	4.8	5.51	-0.9	4.81	0.79	3.20*	1.10	
EFB-E	22.1	2.98	19.2	2.72	1.20	2.68*	1.02	1.1	2.39	0.2	2.25	1.13	2.44*	.39	
EFB-M	65.5	12.71	61.3	12.51	1.03	2.33*	.33	4.0	11.33	-0.3	11.93	1.11	2.92*	.37	
H-Skala	26.5	3.96	33.9	3.83	1.07	3.99*	1.89	-6.1	3.21	-0.1	2.28	1.97	3.62*	2.19	
SDS-Skala	32.9	5.52	31.4	4.05	1.86	1.03	.31	0.3	2.94	-0.5	2.62	1.26	0.78	.29	
MANOVA-F-Wert (1/60)						8.14*						7.93*			

\*  $p < \alpha$  (= 0.05; einseitige Fragestellung)

<sup>1)</sup> Kürzel s. Kapitel 2.3 Erhebungsinstrumente

Tabelle 2: Absolute und relative Häufigkeiten zur Aufnahme und regulären Beendigung einer Langzeitbehandlung in den verschiedenen Untersuchungsgruppen mit Bezug zur vor der Entgiftungsbehandlung geäußerten Absicht

Untersuchungs- gruppe (N <sub>G</sub> )	Langzeitbehandlung . . .				entgegen der ursprünglichen Absicht . . .							
	begonnen		abgeschlossen		begonnen		abgeschlossen		nicht begonnen		nicht abgeschlossen	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kontrollgruppe (N = 18)	<b>5</b>	<b>28</b>	2	11	1	6	0	0	5	28	7	39
ProgrammtTeilnehmer (N = 54)	<b>24</b>	<b>44</b>	16	30	8	15	6	11	3	6	9	17
Info.-Ver. (N = 18)	<b>6</b>	<b>33</b>	5	28	1	6	1	6	3	17	4	22
Verh. Analy. (N = 18)	<b>8</b>	<b>44</b>	6	33	6	33	4	22	0	0	1	6
Kogn. Umstr. (N = 18)	10	56	5	28	1	6	1	6	0	0	4	22



der ursprünglichen Absicht begonnene Langzeitbehandlung regulär abschließen (Chi-Quadrat = 6.53,  $df = 2$ ,  $p < .05$ ).

### 3.2. Differentielle Wirksamkeit der drei Programmteile

In der summativen Evaluation ergab sich für die Differenzwerte aus Vor- und Nachtestung in einer MANOVA mit dem dreistufigen Faktor „Experimentalgruppenzugehörigkeit“ ein signifikanter F-Wert (siehe Tabelle 3), der auf differentielle Effekte der drei Programmbestandteile verweist (Fragestellung 2). Die aposteriori durchgeführten univariaten Mittelwertvergleiche (siehe Tabelle 3) zeigen, daß Experimentalgruppe I (Informationsvermittlung) über spezifische Vorteile im Wissenszuwachs über Alkoholismus und in Veränderung der naiven Krankheitstheorie verfügt, während Experimentalgruppen II (Verhaltensdiagnostik) und III (kognitive Umstrukturierung) verstärkt Veränderungen in den Variablen Bagatellisierungstendenz, Behandlungsbereitschaft, Krankheitseinsicht und Hoffnungslosigkeit aufweisen. Die Effektstärken liegen im kleinen bzw. mittleren Bereich. Auch Fragestellung 2 ist somit zu bejahen: Es lassen sich (wenn auch z. T. nur schwache) differentielle Effekte der drei Programmteile nachweisen.

Fragestellung 2 wurde ergänzend anhand der Daten aus der formativen Evaluation nachgegangen. Für die einfachen FBG-Summenwerte der einzelnen Sitzungen ergab sich für den Vergleich der drei Experimentalgruppen zwar kein statistisch bedeutsamer MANOVA-Testwert (siehe Tabelle 4), in den univariaten Vergleichen deuten sich jedoch im Trend einige relevante Unterschiede im Verlauf der Programmdurchführung an. Während in Experimentalgruppe I (Informationsvermittlung) durchweg positive Bewertungen abgegeben werden, zeigt sich in den beiden anderen Gruppen eine nahezu kontinuierlich mit der Sitzungszahl verbundene Zunahme in den Bewertungen. Auffällig ist ferner, daß die Varianz der Bewertungen in den Gruppen II und III durchweg höher liegt als in Gruppe I. Dies sind Hinweise darauf, daß die gruppenspezifische Informationsvermittlung zunächst von den Patienten positiver aufgenommen wird als die (ungewohnteren) Interventionen, die auf Verhaltensanalysen und kognitiven Umstrukturierungsübungen basieren. Im Verlauf des Gruppenprogramms wird dieser leichte Vorteil dieses Programmbestandteils aber eventuell durch den höheren persönlichen Bezug der anderen Teile aufgefangen. Bemerkenswert ist ohnehin die durchschnittlich sehr positive Bewertung der Gruppensitzungen bei den Patienten (um 20 Rohwertpunkte bei einem maximalen Wert von 25).

Differentielle Wirkungen der drei Programmbestandteile deuten sich auch im Trend bei den Daten (siehe Tabelle 2) zur entgegen der ursprünglichen Absicht begonnenen (Chi-Quadrat = 8.134,  $df = 4$ ,  $p < .10$ ) und regulär beendeten Langzeitbehandlung (Chi-Quadrat = 7.971,  $df = 4$ ,  $p < .10$ ) in approximierten Chi-Quadrat-Tests nach *Craddock* und *Flood* (1970) an. Das Programmteil „Verhaltensdiagnostik“ verfügt danach für beide Variablen über Vorteile gegenüber den Programmteilen „Informationsvermittlung“ und „kognitive Umstrukturierung“.

**Tabelle 3: Varianzanalytischer Vergleich der drei Experimentalgruppen (jeweils N = 18) anhand der Differenzwerte zwischen Nach- und Vortest ( $t_2 - t_1$ )**

abhängige Variable	Experimentalgruppe						Bartlett-Box-F	F (2/51)	$\omega^2$	aposteriori Einzelmittelwertvergleiche (nach Duncan)		
	I (Info.-Ver.)		II (Verh. Anal.)		III (kogn. Um.)					I/II	I/III	II/III
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s						
WTA	2.3	2.92	1.0	3.18	1.2	2.97	1.14	3.89*	.12	*	*	—
EFA-M	-1.5	1.43	-0.7	1.60	-0.9	1.50	0.67	3.18*	.07	*	—	—
EFA-K	2.8	2.14	0.8	2.14	1.3	2.48	0.25	3.81*	.11	*	*	—
EFA-U	-0.5	2.20	0.5	1.89	-0.2	1.86	1.38	0.87	.03	—	—	—
EFA-I	-0.6	2.35	-0.4	1.93	-0.2	2.51	0.57	0.29	.01	—	—	—
BAK	-10.0	7.18	-13.1	8.16	-14.8	6.71	1.39	3.29*	.08	—	*	—
EFB-B	3.3	5.23	4.3	4.49	5.2	5.83	1.53	3.69*	.12	—	*	—
EFB-E	1.9	1.91	2.8	2.23	3.1	2.62	0.53	3.58*	.11	*	*	—
EFB-M	3.7	11.71	4.1	10.22	4.4	12.47	0.20	0.29	.01	—	—	—
H-Skala	-5.1	2.61	-7.3	3.16	-6.2	2.35	1.16	3.49*	.10	*	*	—
SDS-Skala	0.4	2.57	0.3	3.09	0.1	2.74	0.23	0.23	.01	—	—	—
MANOVA-F-Wert (22/78)								3.97*				

\*  $p < \alpha (= 0.05)$

**Tabelle 4:** Varianzanalytischer Vergleich der drei Experimentalgruppen (jeweils N = 18) anhand der Summenwerte des FBG aus den Zwischentestungen (Prozessevaluation)

FBG-Summenwert aus der . . .	Experimentalgruppe						Bartlett-Box-F	F (2/51)	$\omega^2$	aposteriori Einzelmittelwertvergleiche (nach Duncan)		
	I (Info.-Ver.)		II (Verh. Anal.)		III (kogn. Um.)					I/II	I/III	II/III
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s						
2. Sitzung	21.5	2.51	18.1	3.35	19.3	2.97	0.68	4.65*	.15	•	—	—
3. Sitzung	21.3	1.94	19.3	3.59	18.5	4.37	4.91*	3.29*	.12	—	•	—
4. Sitzung	21.6	1.71	18.1	3.94	19.5	3.36	5.28*	5.78*	.18	•	—	—
5. Sitzung	22.4	1.91	20.3	3.31	20.8	3.17	2.66	2.56	.09	•	—	—
6. Sitzung	21.7	1.77	19.9	3.37	20.3	2.97	3.26*	2.16	.08	—	—	—
<b>MANOVA-F-Wert (10/90)</b>								<b>1.83</b>				

\*  $p < \alpha (= 0.05)$

### 3.3. Indikative Relevanz von Patientenmerkmalen

Zur Beantwortung von Fragestellung (3) wurden für die folgenden (unabhängigen) Variablen zweifaktorielle multivariate Varianzanalysen (2. Faktor: Programmbestandteil) berechnet, in die die Differenzwerte aus Vor- und Nachtest und die FBG-Daten als abhängige Variablen eingingen: Geschlecht, Konsumvariabilität, Suchtbelastung, Anzahl früherer stationärer Alkoholismusbehandlungen, Vorwissen über Alkoholismus, Hoffnungslosigkeit und soziale Erwünschtheit bei Therapiebeginn. Es zeigen sich keine statistisch bedeutsamen MANOVA-Testwerte für die Patienteneingangsmerkmale ( $F(16/37) \leq 0.45$ ) und für deren Interaktion mit der Gruppenzugehörigkeit ( $F(80/185) \leq 0.21$ ). In nachgeschalteten zweifaktoriellen univariaten Varianzanalysen ergaben sich nur für die Patienteneingangsmerkmale Vorwissen und Hoffnungslosigkeit statistisch bedeutsame Zusammenhänge mit der (differentiellen) Programmwirksamkeit. Bei zu Beginn der Behandlung noch hoffnungslosen Patienten (paramedianes Aufteilen der Stichprobe) nimmt danach die Behandlungsmotivation während der Programmdurchführung minimal ab, bei hoffnungsvolleren dagegen zu ( $F(1/43) = 4.98$ ,  $p < .05$ ). Ein differentieller Programmeffekt deutet sich in einem signifikanten Interaktionsterm an ( $F(3/43) = 3.24$ ,  $p < .05$ ). Dies geht darauf zurück, daß relativ hoffnungslose Patienten insbesondere bei der Methode der Informationsvermittlung entsprechende (negative) Veränderungen zeigen. Ähnliche Befunde ergaben sich für das Vorwissen. Patienten mit wenig Vorwissen (paramedianer Split) zeigen im Vergleich zu den anderen nach der Programmteilnahme einen Motivationsabfall ( $F(1/43) = 4.25$ ,  $p < .05$ ), der spezifisch für den Programmteil „Informationsvermittlung“, nicht bzw. schwächer für die Teile „Verhaltensdiagnostik“ und „kognitive Umstrukturierung“ nachzuweisen ist ( $F(3/43) = 2.91$ ,  $p < .05$ ). Da sich diese Befunde nur in den nachgeschalteten Analysen ergeben haben, und da die Effektstärken durchgängig schwach ausgeprägt sind ( $\Omega^2 \leq .03$ ), dürfte diesen Befunden für die Indikation nur eine geringe Handlungsrelevanz zukommen; Fragestellung (3) ist allenfalls für die Variablen Vorwissen und Hoffnungslosigkeit zu bejahen, was mit den Anwendungen einer handlungstheoretischen Partialtheorie der Persönlichkeit auf den Bereich des Alkoholismus konsistent ist (siehe hierzu *Krampen*, 1986).

## 4. Diskussion

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß bei den Beschränkungen, die sich aus der klinischen Praxis in einer psychiatrischen Klinik ergeben, durch die Kombination experimentellen und quasiexperimentellen Vorgehens methodisch recht gut abgesicherte Befunde vorgelegt werden konnten, die die Effektivität des Gruppenprogramms zur Motivation und Information von Alkoholabhängigen (exemplarisch) empirisch bestätigen. Sowohl allgemeine (im Vergleich zu einer Kontrollgruppe) als auch differentielle Programmwirkungen konnten nachgewiesen werden, wobei insbesondere die positiven Effekte auf die verschiedenen Aspekte der Motivation für eine Langzeitbehandlung, auf den Entschluß, eine solche zu beginnen, und die Persistenz dabei ins Auge fallen. Dabei ist jedoch zu bedenken, daß die Effekte auf den Entschluß, eine Langzeitbehand-

lung entgegen der ursprünglichen Absicht zu beginnen (und regulär abzuschließen), wegen der doch insgesamt recht geringen Patientenzahlen als schwach interpretiert werden müssen. Katamnestiche Daten aus dieser Stichprobe werden nicht zu weiteren Schlüssen führen können, da die Zahl der Patienten, die die Langzeitbehandlung insgesamt regulär abgeschlossen haben mit 18 (von 72 nur zur Entgiftung aufgenommenen) zu gering ist. Positive Effekte der Programmteilnahme zeigen sich auch in selbstbezogenen Kognitionen (Reduktion von Hoffnungslosigkeit), in alkoholismus-bezogenen Einstellungen (naive Krankheitstheorien, geringere Bagatellisierung des Trinkens) und im Wissen über die eigene Erkrankung, von denen evtl. mittel- und längerfristige Auswirkungen auf die Therapiebereitschaft erwartet werden können. Effekte auf die „soziale Erwünschtheit“ konnten nicht festgestellt werden, was dagegen spricht, daß das Gruppenprogramm im Sinne von (befristeten) Hospitalisierungseffekten nur das Antwortverhalten in entsprechender Richtung verändert.

Die vermutete indikative Relevanz krankheitsspezifischer Variablen und ausgewählter Persönlichkeitsvariablen konnte nur ansatzweise und schwach ausgeprägt empirisch für das Vorwissen und die Hoffnungslosigkeit zu Beginn der Behandlung bestätigt werden. Dies führt zu dem vorläufigen Schluß, daß das Gruppenprogramm sehr breit eingesetzt werden kann. Neben der systematischen Evaluation des Einsatzes des gesamten Gruppenprogramms (und nicht nur des isolierten Einsatzes seiner drei Bestandteile), von dem auch stärkere Effekte auf behaviorale und langfristige Evaluationsvariablen zu erwarten sind, bleiben natürlich auch die Fragen nach seiner Effektivität im ambulanten Bereich der Suchtkrankenhilfe und evtl. auch im Bereich der Aus- und Weiterbildung von Suchtkrankenberatern und -therapeuten offen (siehe hierzu die Vorschläge von Petry, 1985). Als Alternative zum herkömmlichen Vorgehen bei der Information von Alkoholikern weist es aber auf jeden Fall spezifische Vorteile auf, die neben der hier empirisch belegten Effektivität, dem gruppenspezifischen und theoretisch besser abgesicherten Ansatz auch die Tatsache umfassen, daß seine Durchführung von Patienten und auch von den Gruppenleitern positiv bewertet wird.

## Literatur

- Adamson, J. D., Fostakowsky, R. T. & Chebib, F. S. (1974). Measures associated with outcome in one year follow-up of male alcoholics. *British Journal of Addiction*, 69, 325—337.
- Antons, K. (1977). Die Therapie des Alkoholismus. In K. Antons & W. Schulz (Hrsg.), *Normales Trinken und Suchtentwicklung* (Band 2, S. 117—142). Göttingen: Hogrefe.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & McElroy, M. G. (1982). Relationships of hopelessness, depression and previous suicide attempts to suicidal ideation in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 1042—1046.
- Buckalew, L. W. (1979). Alcohol: A description and comparison of recent scientific vs. public knowledge. *Journal of Clinical Psychology*, 35, 459—463.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). New York: Academic Press.
- Craddock, J. M. & Flood, C. R. (1970). The distribution of Chi-Square statistics in small contingency tables. *Applied Statistics*, 19, 173—181.
- Goodstadt, M. S. & Sheppard, M. A. (1983). Three approaches to alcohol education. *Journal of Studies on Alcohol*, 44, 362—380.
- Krampen, G. (1979). Hoffnungslosigkeit bei stationären Patienten. *Medizinische Psychologie*, 5, 39—49.
- Krampen, G. (1985). Evaluation und Effektrolle. In J. Petry (unter Mitarbeit von G. Krampen) (Hrsg.), *Alkoholismustherapie* (S. 90—104). München: Urban & Schwarzenberg.

- Krampen, G. (1986). Zum indikativen Wert handlungstheoretischer Persönlichkeitsvariablen für die Alkoholismusbehandlung. In D. Ladewig (Hrsg.), *Drogen und Alkohol* (Band 4, S. 114—132). Lausanne: ISPA-Press.
- Krampen, G. & Nispel, L. (1978). Zur subjektiven Handlungsfreiheit von Alkoholikern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 7, 295—303.
- Krampen, G. & Petry, J. (1987). *Zur Behandlungsmotivation von Alkoholikern. Diagnostica* (im Druck).
- Krampen, G. & Petry, J. (1985). *Der Wissenstest zum Alkoholismus (WTA)*. Manuskript.
- Küfner, H. (1982). Zur Frage von Verleugnungstendenzen bei Alkoholabhängigen. *Drogalkohol*, 3, 21—36.
- Lemere, F., O'Hallaren, P. & Maxwell, M. A. (1958). Motivation in the treatment of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 19, 428—431.
- Lienert, G. A. (1978). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik* (Band II, 2. Auflage). Meisenheim: Hain.
- Petry, J. (1981). Übliche Form der Informationsvermittlung über das Suchtgeschehen, Kritik und Vorschlag eines alternativen Vorgehens. *Suchtgefahren*, 27, 41—52.
- Petry, J. (unter Mitarbeit von G. Krampen) (1985). *Alkoholismustherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Pfrang, A. & Schenk, J. (1982). Nachsorge bei Alkoholabhängigen. *Suchtgefahren*, 28, 297—310.
- Uecker, A. E. & Solberg, K. B. (1973). Alcoholics' knowledge about alcohol problems. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34, 509—513.
- Verden, P., Jackson, D. N. & King, G. A. (1969). Popular conception of the etiology of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 30, 78—92.
- Wüthrich, P. (1979). *Alkohol in der Schweiz*. Frauenfeld: Huber.