

# Zur Dimensionalität des Alkoholismus

Günter Krampen und Luise Nispel

## 1. Problemstellung

Seit den viel beachteten Arbeiten von Jellinek (1946/47, 1952, 1960) zur Typologie von Alkoholikern und zum Phasenverlauf des Gamma-Alkoholismus (charakterisiert durch Kontrollverlust, physische und psychische Abhängigkeit) hat die Zahl der Fragebogen, die nach dem Trinkverhalten und seinen Folgen fragen, enorm zugenommen. Im Gegensatz zu allgemeinen persönlichkeitspsychologischen Fragebogenverfahren soll der Patient bei den „Trinkfragebogen“ spezifische Angaben über selbstperzipierte Trinkanlässe, seine psychische und physische Symptomatik, das Sozialverhalten, familiäre und berufliche Randbedingungen des Trinkens etc. machen. Heute wird in den meisten Institutionen, in denen man sich ambulant oder stationär mit Alkoholikern befaßt, den Patienten ein Fragebogen vorgelegt, der in irgendeiner Form an den Arbeiten Jellineks angelehnt ist; auch der von den Anonymen Alkoholikern (ohne Jahresangabe; o. J.) herausgegebene Kurzfragebogen „Sind Sie Alkoholiker?“ ist von Jellineks Arbeiten abgeleitet.

Ein Beispiel für einen häufig in Institutionen verwendeten Fragebogen ist der „Fragebogen für Alkohol Kranke“ (im folgenden FFA1 genannt) von Riech (o. J.), der etwa auch im Anhang des Buches von Feuerlein (1975) abgedruckt ist. Die meisten Items des FFA1 entstammen (ebenso wie bei den meisten anderen Verfahren dieser Art) dem Grapevine-Fragebogen von Jellinek (1946/47), oder sie sind zumindest eng an die Deskription der Symptome der Phasen des Gamma-Alkoholismus angelehnt. Im Sinne einer Guttman-Skala wird in vier Teilen nach verschiedensten Symptomen der vier Phasen (präalkoholische, prodromale, kritische und chronische Phase) gefragt. Bei „ehrlicher, selbstkritischer Beantwortung der Fragen“ kann dann „der Alkohol Kranke selbst (bzw. sein Helfer) erkennen, wie weit die Alkohol Krankheit bei ihm fortgeschritten ist, bzw. in welcher Jellinekschen Phase er sich befindet“, wobei es ausreicht, „wenn einige der Symptome dieser Phase als zutreffend erkannt werden“ (Zitate nach Riech, o. J., letzte Seite). Ähnliche Angaben, allerdings nur zur Identifikation des Alkoholismus, werden auch beim Fragebogen der Anonymen Alkoholiker (o. J.) gemacht.

Kritisch ist hier zunächst zu vermerken, daß die Selbstapplikation solcher Fragebogen durch Alkoholiker ein höchst problematisches Vorgehen sein dürfte, das Mißverständnissen und Fehlinterpretationen Tür und Tor öffnet. Vor allem zeigten jedoch Analysen (vgl. etwa *Manson*, 1948; *Böcher*, 1965), daß durch diese Art von Fragebogen phasen-unabhängige allgemeine Fehlanpassungen im Sinne neurotischer Verhaltensstörungen oder psychopathische Abweichungen erfaßt werden: die direkte Zuordnung einer Person zu einer bestimmten Phase durch sie gelingt daher kaum. Für die Anwendung dieser aus dem anglo-amerikanischen Raum adaptierten Fragebogen kommt zudem noch hinzu, daß es sich bei den Patienten, die sich einer Entziehungskur unterziehen, nicht nur um Gamma- sondern auch um Delta-Alkoholiker (gekennzeichnet durch keinen Kontrollverlust, aber durch die physische Abhängigkeit des „Gewohnheitstrinkers“) handelt, bei denen eine Phasenzuordnung ohnehin sinnlos wäre, da diese ja nur für den Gamma-Alkoholismus gilt (vgl. hierzu *Jellinek*, 1952, 1960; *Grünberger*, 1977). Auch zur Globaldiagnose bzw. Identifikation von Alkoholikern sind diese meist ziemlich umfangreichen Fragebogen (der FFA1 besteht etwa aus 80 Items) kaum geeignet, da die Berechnung eines Summenwertes wegen der starken Heterogenität, die partielle Redundanz und der empirisch bislang nicht belegbaren Phaseneinteilung der Items nicht zulässig ist; teststatistische Untersuchungen zu diesen Fragebogenverfahren fehlen ebenfalls. Überdies stehen für die Globaldiagnostik auch kürzere und methodisch bessere Verfahren zur Verfügung (z. B. der Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete — KFA von *Feuerlein et al.*, 1976 bzw. seine Weiterentwicklung, der Münchner Alkoholismustest — MALT von *Feuerlein et al.*, 1977).

Es stellt sich also die Frage nach dem Nutzen solcher Instrumente. Kann der mit Alkoholikern therapeutisch Arbeitende tatsächlich — neben den meist wenig beachteten Informationen auf Itemniveau — mit den ausgefüllten Fragebogen etwas anfangen, tragen sie zur Vervollständigung der Individualdiagnose in sinnvoller Weise bei, oder sind sie, provozierend formuliert, eine Art „Beschäftigungstherapie ohne Indikationsstellung“ für gerade stationär aufgenommene oder ambulant kontaktierte Patienten und dienen so letztlich nur zur „Vervollständigung“ der Aktenablage? Ausgehend von diesem Problem ist unser Ziel die Analyse eines solchen Fragebogens (des FFA1 von *Rieth*, o. J.), und insbesondere die Frage, inwieweit er auf sinnvolle Dimensionen oder „Syndrome“ reduzierbar ist, die dann eventuell die Auswertungs- und Interpretationsmöglichkeiten für den Praktiker maximieren könnten.

Im Gegensatz zu den Typenklassifikationsmodellen (vgl. etwa *Jellinek*, 1960), deren Schwäche u. a. darin besteht, daß viele Patienten ihre Symptomatik mit der Zeit verändern (also ihren „Typus“ wechseln) und relativ häufig Borderline-Fälle auftreten, können Syndromdimensionen bei jedem Einzelfall angewendet werden, so daß jeder Patient durch individuelle Werte auf den Dimensionen charakterisiert werden kann (vgl. hierzu auch *Pokorny et al.* 1971).

## 2. Methoden

Alle im Laufe eines Jahres von einer Klinik zu einer stationären Entziehungskur aufgenommenen Patienten ( $N = 212$ ) füllten nach dem Aufnahmegespräch (also zu Beginn der Entziehungskur) den Fragebogen für Alkoholkranke (FFA1) von R i e t h (o. J.; vgl. auch F e u e r l e i n, 1975) aus. Es handelt sich also um eine nicht ausgewählte Stichprobe aller Patienten auf der Entziehungsstation eines Krankenhauses im südwestdeutschen Raum<sup>1)</sup>. Das Alter der Patienten betrug im Durchschnitt  $\bar{x} = 39,4$  Jahre mit einer Standardabweichung von  $s = 9,37$  Jahren. In der Stichprobe sind 60 Frauen und 152 Männer. Die meisten Patienten stammten aus Landbezirken ( $N = 116$ ), weniger aus Klein- ( $N = 45$ ) und Großstädten ( $N = 51$ ). Die meisten der Patienten gehörten der „unteren Mittelschicht“ an. Bei 14 Patienten wurde zusätzlich eine Tablettenabhängigkeit (Polytoxikomanie) diagnostiziert. Für den größten Teil der Patienten war dies die erste Entziehungskur ( $N = 159$ ); für 35 Patienten war es die zweite, für 11 die dritte, für 2 die vierte, für 3 die fünfte und für 2 die sechste. Der Stationsaufenthalt ist auf 6 Wochen geplant, die tatsächliche Behandlungsdauer lag mit  $\bar{x} = 37,8$  Tagen ( $s = 9,4$  Tage) leicht darunter. Die relativ hohe Varianz in der Behandlungsdauer kommt durch 8 Patienten, die die Entziehungskur vorzeitig abbrachen, 14 Patienten, die vorzeitig entlassen wurden, und 21 Patienten, die länger als geplant (im Einzelfall bis zu 60 Tagen) in stationärer Behandlung blieben, zustande.

Die Antworten der 212 Patienten auf die 80 Items des FFA1 wurden interkorreliert und mehreren Hauptkomponenten-Faktorenanalysen unterzogen (vgl. Ü b e r l a, 1971<sup>2)</sup>). Die quadrierten multiplen Korrelationskoeffizienten wurden als Startkommunalitäten verwendet, die Faktormatrizen wurden Varimax rotiert. Nach Geschlecht getrennte Analysen sind aus methodischen Gründen nicht möglich, da die Stichprobe der weiblichen Alkoholiker mit  $N = 60$  die zu faktorisierende Itemzahl von 80 deutlich unterschreitet (vgl. hierzu Ü b e r l a 1971<sup>2)</sup>). Durch die gemeinsame Faktorisierung der Daten der weiblichen und männlichen Patienten werden allerdings künstlich solche Faktoren verstärkt, bezüglich derer sich die Geschlechter unterscheiden.

## 3. Ergebnisse<sup>2)</sup>

Zunächst werden die faktorenanalytischen Ergebnisse zum FFA1 dargestellt. Danach wird auf den Versuch und die sich dabei ergebenden Probleme einge-

1) Die Daten wurden von der Co-Autorin im Rahmen ihrer Tätigkeit auf der Entziehungsstation des Brüderkrankenhauses Trier (Station K.4) erhoben.

2) Die Berechnungen wurden mit dem Rechner TR 440 des Rechenzentrums der Universität Erlangen-Nürnberg durchgeführt. Verwendet wurden dabei Programme des Systems SPSS (N i e et al., 1970).

gangen, eine auf wenige „Syndromdimensionen“ reduzierte Version des FFA1 zu konstruieren.

### 3.1. Faktorenanalytische Befunde zum FFA1

Die Beachtung verschiedener Abbruchkriterien für die Faktorenextraktion und die heuristischen Empfehlungen zur Feststellung der Faktorenzahl von R ö h r (1977) führten zunächst zur Auswahl der 8-Faktoren-Lösung. Durch diese 8 Faktoren werden 43,6% der Gesamtvarianz erklärt. In Tabelle 1 sind die 8 Faktoren mit jeweils drei Beispielitems (gleichzeitig die Items mit den höchsten Ladungen auf den entsprechenden Faktoren) aufgeführt. Faktor I ist mit Abstand der stärkste Faktor, durch ihn werden 50,7% der relativen Varianz aufgeklärt.

T a b e l l e 1  
Faktoren des FFA1 mit je 3 hoch ladenden Beispielitems

Item-Nr.	Item	Faktorladung
<b>Faktor I</b>		
77.	Hatten Sie schon einmal Trugwahrnehmungen? Hörten oder sahen Sie Dinge, die in Wirklichkeit nicht vorhanden waren?	.70
80.	Hatten Sie schon einmal ein Delirium tremens (Säuferwahnsinn)?	.67
75.	Haben Sie die Fähigkeit verloren, eine Tätigkeit wie etwa das Aufziehen einer Uhr, das Trinken aus einer Tasse oder das Rasieren, ohne vorheriges Trinken auszuführen?	.66
<b>Faktor II</b>		
7.	Trinken Sie, weil Sie unangenehme Dinge vergessen wollen?	.69
10.	Trinken Sie, um Unlustgefühle und traurige Verstimmungen zu beseitigen?	.65
11.	Trinken Sie, um mit äußeren Konflikten und Schwierigkeiten besser fertig zu werden?	.63
<b>Faktor III</b>		
57.	Hat Ihr Ehepartner die Scheidung beantragt?	.78
56.	Sind Sie auf Ihren Partner eifersüchtig? Mißtrauen Sie ihm?	.71
51.	Hat sich Ihr Trinken auf Ihr Familienleben ausgewirkt? z. B. getrennte Schlafzimmern oder getrennte Wohnung?	.65

(Fortsetzung der Tabelle 1 auf der nächsten Seite)

## Fortsetzung Tabelle 1

Item-Nr.	Item	Faktorladung
Faktor IV		
14.	Trinken Sie heimlich? Suchen Sie nach Gelegenheiten, wo Sie ohne Wissen der anderen ein paar Gläser trinken können?	.83
22.	Verstecken Sie alkoholische Getränke, um ohne Wissen der anderen trinken zu können?	.77
47.	Trinken Sie gerne heimlich und allein, weil Sie sich z. B. von Ihrer Umgebung isoliert fühlen?	.59
Faktor V		
43.	Wechseln Sie häufiger die Stellung, den Arbeitsplatz? Kündigen Sie wegen Ihres Trinkens oder müssen Sie kündigen?	.75
63.	Haben Sie wegen Trunkenheit am Arbeitsplatz Ihre Stellung verloren?	.66
34.	Ist Ihrem Chef und Ihren Arbeitskollegen Ihr Trinken aufgefallen?	.57
Faktor VI		
61.	Haben Sie einige Tage hintereinander getrunken und waren Sie unfähig, etwas anderes zu unternehmen?	.69
62.	Kam es in betrunkenem Zustand zu Tätlichkeiten gegen andere? Wurden Sie reizbarer? Wurden Sie wegen Ausschreitungen eines Lokals verwiesen oder von der Polizei festgenommen und zur Ausnüchterung gebracht?	.46
60.	Waren Sie schon am Tag und mitten in der Woche betrunken?	.41
Faktor VII		
40.	Sind Sie voller Selbstvorwürfe wegen des Trinkens?	.52
31.	Werden Ihnen von der Familie und Ihren guten Freunden Vorwürfe gemacht wegen des Trinkens? Werden Sie getadelt und gewarnt?	.52
41.	Versuchen Sie, periodenweise völlig ohne Alkohol zu leben?	.50
Faktor VIII		
5.	Fühlen Sie sich nach einigen Gläsern in der Gesellschaft anderer unbefangener und wohler?	.80
6.	Können Sie unter Alkoholeinfluß in der Gemeinschaft besser aus sich herausgehen?	.71
4.	Trinken Sie, um sicherer und selbständiger zu werden?	.30

Inhaltlich kann er als *Symptom-Faktor* bezeichnet werden, der vor allem psychische und physische Symptome der chronischen Phase der Alkoholabhängigkeit zusammenfaßt. In gewissem Sinne stellt dieser Faktor ein Synonym zum Begriff des Alkoholismus dar, wenn man die Symptomatik des chronisch Alkoholkranken in den Vordergrund stellt (vgl. auch P o k o r n y et al. 1971). Die folgenden Faktoren erklären alle bedeutend weniger der relativen Varianz; im Vergleich zu Faktor I sind sie verhaltensspezifischer. Faktor II, interpretiert als *Wirkungstrinken*, erklärt nurmehr 12,1% der relativen Varianz. Auf ihm laden solche Items hoch, die Trinkanlässe und erhoffte Wirkungen des Alkoholkonsums thematisieren. Sie stammen meist aus der präalkoholischen Phase, gelten also nicht unbedingt nur für Alkoholabhängige, sondern zumindest teilweise auch für andere Alkoholkonsumenten. Faktor III (8,4% der relativen Varianz) kann als Faktor der *familiären Problematik* der Patienten charakterisiert werden. Items, die der kritischen Phase angehören, und die Auswirkungen des Trinkens auf das Familienleben und familiäre Randbedingungen des Trinkens thematisieren, haben hier hohe Ladungen. Items, die *Trinkgewohnheiten* zum Inhalt haben (vor allem heimliches Trinken), bilden den Faktor IV (7,0% der relativen Varianz). Dieser Faktor ist vor allem durch Items markiert, die zur prodromalen Phase, die der kritischen im Phasenverlauf des Gamma-Alkoholismus vorausgeht, gehören. Faktor V (6,3% der relativen Varianz) bündelt Items der kritischen Phase, die einen Bezug zur Berufssituation der Patienten herstellen; er wird als *berufliche Problematik* bezeichnet. Items aus der chronischen Phase des Gamma-Alkoholismus, die das Ausmaß des Trinkens und daraus resultierende *soziale Auffälligkeiten* thematisieren, bilden Faktor VI (5,6% der relativen Varianz). In Faktor VII (5,3% der relativen Varianz) werden Items zusammengefaßt, die den Leidensdruck und die *Schuldgefühle* der Patienten zum Inhalt haben; sie entstammen vor allem der kritischen Phase. Faktor VIII (4,6% der relativen Varianz) schließlich kann als ein zweiter Faktor des Wirkungstrinkens bezeichnet werden, der vor allem die erhoffte *ich-stabilisierende und extravertierende Wirkung* von Alkohol in sozialen Situationen („Geselligkeitstrinken“) zum Inhalt hat. Die auf diesem Faktor hoch ladenden Items entstammen ebenso wie bei Faktor II („Wirkungstrinken“) der präalkoholischen Phase.

Vergleicht man die vorgelegte Faktorstruktur mit den Ergebnissen anderer Autoren, so kann man, obwohl in allen Arbeiten verschiedenartige Ausgangsdaten verwendet wurden, trotzdem eine erstaunliche Übereinstimmung erkennen. Die neun inhaltlich bedeutsamen Faktoren, die A n t o n s (1977a) mit dem Trinkfragebogen von G r o e g e r und R o o s (1973) ermittelte, lassen sich in unser dimensionsanalytisches Ergebnis gut integrieren, wobei nur zu beachten ist, daß in der Faktorenlösung von A n t o n s (1977a) zwei Symptomfaktoren auftreten (bei uns ist es ja nur einer). Obwohl der Trinkfragebogen in der Studie von A n t o n s (1977a) für die Patienten bereits ein zweiter Fragebogen dieser Art während ihrer Entziehungskur war, und obwohl 63 Items auf

der Basis von nur 56 Personen faktorisiert wurden, können hier die Ergebnisse im Großen und Ganzen bestätigt werden. Bezieht man dimensionsanalytische Arbeiten aus dem englisch-sprachigen Raum in den Vergleich ein, so ergibt sich folgendes Bild: ein Faktor, der unserem ersten Faktor (Symptomatik) entspricht, wird von vielen Autoren ermittelt (vgl. etwa Horn und W a n b e r g, 1969, 1970; P o k o r n y et al., 1971; E v e n s o n et al., 1973); das gleiche gilt für unseren zweiten Faktor (Wirkungstrinken) und den dritten (familiäre Problematik). Faktoren, die die berufliche Problematik und soziale Auffälligkeiten der Patienten zusammenfassen, ermittelten P o k o r n y et al. (1971) und E v e n s o n et al. (1973).

### 3.2. Ansätze zur Weiterentwicklung des FFA1

Eine Verbesserung der Auswertungs- und Interpretationsmöglichkeiten des FFA1 ist durch die bislang vorgelegten Befunde noch nicht gegeben, da die Berechnung von Faktorwerten des jeweiligen Patienten auf den genannten Faktoren für den praktisch Arbeitenden ein zu aufwendiges, eventuell unmögliches Unterfangen wäre. Neben der Kürzung des FFA1 (vor allem wegen der Redundanz; siehe oben) soll also die Praktikabilität der Auswertung und Interpretation im Vordergrund der folgenden Überlegungen stehen. Zur Itemselektion wurden zunächst solche Items ausgeschieden, deren Schwierigkeitsindizes nicht im Bereich  $.10 < p_i < .90$  liegen, da sie von 90 % oder mehr der Patienten bejaht bzw. verneint wurden, und ihre Differenzierungsfähigkeit als gering bezeichnet werden kann. Nach der Berechnung verschiedenster Faktorlösungen und anschließender Skalenbildungen entschlossen wir uns dann für die 4-Faktoren-Lösung als Grundlage für eine verkürzte Form des FFA1 (im Folgenden wird diese verkürzte Version mit FFA2 bezeichnet). Diese Faktorlösung wurde von uns auf Grund folgender Ergebnisse und Überlegungen ausgewählt: (1) in der 4-Faktoren-Lösung bleiben die starken Faktoren der 8-faktoriellen Lösung stabil, die anderen werden sinnvoll zusammengefaßt (siehe unten); (2) nur wenige in der 8-faktoriellen Lösung hoch ladende Items zeigen in der 4-faktoriellen niedrige Ladungen; (3) Itemanalysen, berechnet für verschiedenste Skalen, ergaben für die Skalen der 4-faktoriellen Lösung die höchsten Reliabilitätswerte; (4) die heuristischen Empfehlungen von R ö h r (1977) zur Bestimmung der Faktorenzahl in psychologischen Untersuchungen lassen neben der 8-Faktoren-Lösung als eine weitere (reduzierte) die 4-faktorielle zu.

Die ermittelten 4 Faktoren erklären nur noch 32,8 % der Gesamtvarianz (im Gegensatz zu 43,6 % bei der 8-faktoriellen Lösung). Faktor I, und somit Skala I des FFA2, kann als *Wirkungstrinken* (66,7 % der relativen Varianz) bezeichnet werden. Der 2. und 8. Faktor der 8-faktoriellen Lösung, die beide Aspekte des Wirkungstrinkens kennzeichneten (siehe oben), werden durch ihn zusammengefaßt; auch einige Items, die auf dem 7. Faktor (*Schuldgefühle*) hohe Ladungen

hatten, finden sich auf diesem Faktor wieder. Aus Faktor II (15,2% der relativen Varianz) resultiert Skala II *Symptomatik*; dieser Faktor entspricht vollkommen dem 1. Faktor in der 8-faktoriellen Lösung. Faktor III (10,1% der relativen Varianz) faßt den 4. (*Trinkgewohnheiten*) und 5. Faktor (*berufliche Problematik*) der 8-faktoriellen Lösung in sinnvoller Weise zusammen; das Ergebnis ist Skala III (*berufliche Problematik und Trinkgewohnheiten*, im folgenden mit *Berufliche Problematik* bezeichnet). Faktor IV schließlich (8,1% der relativen Varianz) konstituiert die Skala familiäre Problematik und soziale Auffälligkeit (im folgenden mit *Familiäre Problematik* bezeichnet); er vereint den 3. (*familiäre Problematik*) und 6. Faktor (*soziale Auffälligkeit*) aus der 8-faktoriellen Lösung.

Zur Bildung der 4 Skalen des FFA2 wurden nun die Items, die (a) auf dem jeweiligen Faktor eine Ladung von  $a_{ij} \geq .40$  und (b) auf den drei anderen Faktoren Ladungen  $a_{ij} \leq .15$  haben, ausgewählt. Insgesamt 34 Items genügten diesen Kriterien; davon entfallen 12 Items auf Skala I, 10 auf Skala II, 6 auf Skala III und 7 auf Skala IV. Die verkürzte Version des FFA1, der FFA2<sup>3)</sup>, besteht also aus 34 Items, die von den Probanden jeweils mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden sollen. Ausgewertet wird der FFA2, indem man die Punkte (Ja = 2 Punkte, nein = 1 Punkt) der einzelnen Items für jede Skala getrennt addiert.

Erste Hinweise auf die Reliabilität und Validität der FFA2-Skalen ergeben sich aus den im folgenden dargestellten Befunden. Allerdings muß beachtet werden, daß diese Ergebnisse auf der Basis eines methodisch problematischen Vorgehens gewonnen wurden, da sie auf Daten aus der gleichen Stichprobe (N = 212) beruhen, die auch zur Itemselektion verwendet wurden.

Zunächst wurden Itemanalysen für die vier Skalen berechnet. Es zeigte sich, daß 19 der 34 Items über Trennschärfekoeffizienten  $r_{it-i} \geq .40$ , 22 weitere Items  $r_{it-i} \geq .25$  auf den jeweiligen Skalen verfügen; die drei übrigen Items gehören der Skala II (*Symptomatik*) an. Für Skala I (*Wirkungstrinken*) ergab sich eine Testhalbierungszuverlässigkeit (nach Spearman-Brown) von .86 und eine Interne Konsistenz (nach Kuder-Richardson 8) von .85; Skala II (*Symptomatik*): .82 und .85; Skala III (*Berufliche Problematik*): .58 und .71; Skala IV (*Familiäre Problematik*): .60 und .75. Die Reliabilitätskennwerte der Skalen I und II können als gut, die Skalen III und IV als gerade noch ausreichend bezeichnet werden (vgl. hierzu auch L i e n e r t, 1969<sup>3)</sup>). Der Zusammenhang von Reliabilität einer Skala und ihrer Länge (d. h. Itemzahl) wird hier deutlich. Die Mittelwerte der 4 Skalen betragen für Skala I  $\bar{x} = 19,3$  ( $s = 3,75$ ), für Skala II  $\bar{x} = 13,8$  ( $s = 3,51$ ), für Skala III  $\bar{x} = 9,3$  ( $s = 1,92$ ) und für Skala IV  $\bar{x} = 10,4$  ( $s = 2,20$ ).

3) Der FFA2 wird von den Autoren auf Anfrage gerne zugesandt.



Zur Validität der Skalen können folgende Aussagen gemacht werden:

(1) Die Skalenwerte korrelieren weder mit dem Alter ( $.02 \leq r \leq .12$ ) noch mit der tatsächlichen Behandlungsdauer ( $-.09 \leq r \leq .06$ ).

(2) Weibliche und männliche Patienten unterscheiden sich nicht auf den Skalen I (*Wirkungstrinken*;  $F = 2,291$ ;  $df_1 = 1$  und  $df_2 = 209$ ) und IV (*Familiäre Problematik*;  $F = 1,478$ ;  $df_1 = 1$ ,  $df_2 = 209$ ), aber auf den Skalen II (*Symptomatik*;  $F = 11,353$ ;  $df_1 = 1$ ,  $df_2 = 209$ ;  $p < .001$ ) und III (*Berufliche Problematik*;  $F = 5,885$ ;  $df_1 = 1$ ,  $df_2 = 209$ ;  $p < .05$ ). Auf der *Symptomskala* ( $\bar{x}_{II} = 14,9$ ) und auf der *Skala Berufliche Probleme* ( $\bar{x}_{III} = 9,8$ ) haben Männer im Durchschnitt höhere Werte als Frauen ( $\bar{x}_{II} = 12,9$  und  $\bar{x}_{III} = 8,7$ ). Bei der Interpretation dieser Differenzen ist allerdings zu bedenken, daß die Daten nicht für die Geschlechter getrennt faktorisiert wurden (siehe oben).

(3) Patienten, bei denen eine Polytoxikomanie diagnostiziert wurde ( $N = 14$ ), erreichen höhere Werte auf den Skalen *Symptomatik* ( $F = 16,526$ ;  $df_1 = 1$ ,  $df_2 = 209$ ;  $p < .001$ ), *Berufliche Problematik* ( $F = 4,220$ ;  $df_1 = 1$ ,  $df_2 = 209$ ;  $p < .05$ ) und *Familiäre Problematik* ( $F = 6,781$ ;  $df_1 = 1$ ,  $df_2 = 209$ ;  $p < .01$ ) als Patienten, bei denen neben Alkoholismus keine weitere Diagnose gestellt wurde. Auf der *Skala Wirkungstrinken* ergab sich kein signifikanter Unterschied ( $F = 0,377$ ;  $df_1 = 1$ ,  $df_2 = 209$ ).

(4) Patienten, die keinen Arbeitsplatz außer Haus haben (u. a. auch Hausfrauen;  $N = 96$ ) haben auf den Skalen *Berufliche Problematik* ( $F = 8,600$ ;  $df_1 = 1$ ,  $df_2 = 209$ ;  $p < .001$ ) und *Wirkungstrinken* ( $F = 4,595$ ;  $df_1 = 1$ ,  $df_2 = 209$ ;  $p < .05$ ) höhere Werte als Patienten, die über einen Arbeitsplatz außer Haus verfügen.

Diese Befunde zu Subgruppenunterschieden in den vier Skalen des FFA2 geben einige erste Hinweise auf die Validität der Skalen.

#### 4. Diskussion

Die vorliegende Arbeit besteht aus zwei Teilen, die verschiedenen Fragestellungen dienen. Im ersten Teil geht es um die dimensionale Analyse eines Fragebogens, der in dieser oder einer ähnlichen Form — angelehnt an die Arbeiten J e l l i n e k s (1952, 1960) — heute häufig eingesetzt wird. Die vorgelegten Ergebnisse und ihr Vergleich mit denen anderer Autoren sprechen dafür, daß es gelungen ist, einige für den Alkoholismus relevante Dimensionen oder Problem-bereiche zu spezifizieren. Neben der eigentlichen physischen und psychischen Symptomatik können die Aspekte des Wirkungstrinkens (2 Faktoren), der familiären und beruflichen Problematik, der sozialen Auffälligkeit im Verhalten der

Personen und der Schuldgefühle der Patienten, die schon eine Therapiemotivation andeuten, unterschieden werden. Es zeigte sich, daß 6 der 8 extrahierten Faktoren Items auf sich vereinigen, die einer Phase des Delta-Alkoholismus (sensu J e l l i n e k, 1952) entstammen: die beiden Faktoren des Wirkungstrinkens gehören der präalkoholischen Phase an; der Faktor *Trinkgewohnheiten* bündelt Items der prodromalen Phase, die vor allem durch heimliches und gieriges Trinken mit kurzen alkoholischen Palimpsesten gekennzeichnet ist; die Faktoren *familiäre Problematik* und *Schuldgefühle* vereinigen jeweils Items aus der kritischen Phase, und der Faktor *soziale Auffälligkeit* solche aus der chronischen Phase. Die beiden weiteren Faktoren stellen Mischtypen dar. Der Faktor *berufliche Problematik* beinhaltet hauptsächlich Items aus der kritischen Phase und einige wenige aus der chronischen. Der erste und stärkste Faktor (*Symptomatik*) vereint Items aus der chronischen und der späten kritischen Phase.

Vergleicht man diese Dimensionen des Alkoholismus mit denen, die andere Autoren mit anderen Fragebogen ermittelt haben (vgl. etwa H o r n und W a n b e r g, 1969; P o k o r n y et al., 1971; E v e n s o n et al., 1973; F e u e r l e i n et al., 1976; A n t o n s, 1977a), so gibt es Anzeichen dafür, daß die Forschung auf dem Wege zur Identifikation einer stabilen Faktorenstruktur des Alkoholismus im Bereich der Trinkfragebogen ist. Dies verdient vor allem deswegen Beachtung, weil in den genannten Untersuchungen jeweils unterschiedliche Itemmengen, also unterschiedliche Informationen, faktorisiert wurden; die abstrahierende Perspektive von Faktoren- oder auch Clusteranalyse gestattet es aber, die aufgedeckten Gemeinsamkeiten zu erkennen. Im weiten Bereich der persönlichkeitspsychologisch orientierten Studien etwa ist eine solche Konkordanz der Untersuchungsergebnisse bislang nicht festzustellen (vgl. etwa G r ü n b e r g e r, 1977; A d a m s o n et al., 1974).

Im zweiten Teil der vorliegenden Arbeit ging es um die Frage, ob es möglich ist, die Auswertung und Interpretation eines solchen Trinkfragebogens für den Praktiker zu optimieren. Die von uns entwickelte 2. Version (FFA2) versucht hier einige Hinweise für die weitere Forschungsarbeit, die natürlich nur durch den praktischen Einsatz des Verfahrens gelingen kann, zu geben. Die Reduktion des FFA1 auf 34 Items, die 4 Skalen zugeordnet sind (Wirkungstrinken, Symptomatik, berufliche Problematik, familiäre Problematik) kann sicher nur ein vorläufiges Ergebnis sein. Vorliegende Befunde werden durch den FFA2 weitgehend bestätigt, z. T. ergeben sich neue Ergebnisse, die aber durchaus interpretierbar sind (etwa die höheren Werte der polytoxikomanischen Patienten auf 3 Skalen). Selbstverständlich sind hier weitere Arbeiten notwendig: vor allem interessiert die Beziehung der 4 FFA2-Skalen zu anderen für den Alkoholismus relevanten Variablen (etwa den Variablen der subjektiven Handlungsfreiheit; vgl. K r a m p e n und N i s p e l, 1978) und der Bezug der Skalen zu

katamnestischen Informationen. Folgeuntersuchungen dieser Art, in denen u. a. im Längsschnitt der prognostische Wert des FFA2 für das Verhalten nach der Entziehungskur geprüft werden soll, werden im Moment von uns durchgeführt.

Betont werden soll noch, daß der FFA2 in keinem Fall zur Selbstapplikation des Patienten geeignet ist, wie sie etwa für den FFA1 (Rie th, o. J.) und den Fragebogen der Anonymen Alkoholiker (o. J.) propagandiert wird, da Mißverständnisse und Fehlinterpretationen — wie wir meinen — im Einzelfall zu gefährlich sein können. Zudem dient der FFA2 ja nicht der Identifikation von Alkoholikern (hierzu sind die Fragebogen von Feuerlein et al., 1976, 1977 geeignet), sondern zur weiteren Diagnostik bei Personen, bei denen kein oder nur geringer Zweifel über ihre Erkrankung besteht.

Abschließend soll noch einmal auf den Sinn und die Nützlichkeit des dimensionsanalytischen Ansatzes beim Alkoholismus eingegangen werden. Die Kenntnis der für eine Erkrankung relevanten Problembereiche, zu der neben Informationen über Symptomatik, Trinkanlässe, familiäre und berufliche Problematik (also Informationen aus Fragebogen zum Trinkverhalten) natürlich weitere Informationen über persönlichkeitspsychologische (vgl. etwa Adamson et al., 1974; Grünberger, 1977; Krampen und Nispel, 1978; Krampen und von Eye, 1979) und situative Variablen (vgl. etwa Deardorff et al., 1975) gehören, erlaubt neben der präzisen Deskription der Erkrankung bei jedem einzelnen Patienten auch eventuell gezieltere Interventionen. Ebenso wie in der allgemeinen Persönlichkeitspsychologie (vgl. etwa Herrmann, 1972<sup>2</sup>) sollte man sich auch bei der Deskription und Explanat ion psychopathologischer Erscheinungsbilder von Typologien wie z. B. der von Jellinek (1960) für Alkoholiker entfernen und das multidimensionale Vorgehen in den Vordergrund stellen. Dimensional bleiben auch Borderline-Fälle und die Veränderung der Symptomatik bei einem Patienten mit der Zeit faßbar. Die Platzierung des einzelnen Patienten auf für die Erkrankung relevanten Problemdimensionen kann dann auch Schwerpunktsetzungen flexibler Art in der Therapie möglich machen. Nach einem *Baukasten-System* (vgl. Anton s, 1977b) könnten individuell Interventionsmaßnahmen kombiniert werden. Die Position eines Patienten auf den relevanten Dimensionen mag dann über das spezifische Vorgehen mitentscheiden, d. h., die individuell bedeutendsten Problembereiche werden in den Vordergrund der Intervention gestellt. Das Ergebnis wäre dann eine Optimierung der differentiellen Therapieindikation. So könnten z. B. bei einem Patienten, der einen hohen Wert auf der Dimension *Wirkungstrinken* hat, verhaltenstherapeutische Maßnahmen verstärkt eingesetzt werden, bei einem anderen, bei dem die physische Symptomatik im Vordergrund steht, eine zunächst somatisch orientierte Therapie, die durch die Teilnahme an Gruppentherapie ergänzt wird etc. Voraussetzung für ein solches Vorgehen ist freilich die Klärung der Therapieziele

und die Verankerung eines solchen *Baukasten-Systems* in eine therapeutische Metatheorie, die die verschiedenen therapeutischen Ansätze integriert (vgl. hierzu auch *Antons*, 1977b).

### Zusammenfassung

Die Antworten von 212 Alkoholikern, die am Anfang einer stationären Entziehungskur standen, auf 80 Items des Fragebogens für Alkoholranke (Trinkfragebogen), der an den Arbeiten *Jellinek*s zum Phasenverlauf des Gamma-Alkoholismus angelehnt ist, wurden interkorreliert und faktorisiert. Die Faktorenbenennungen lauten: Symptomatik, Wirkungstrinken, familiäre Problematik, Trinkgewohnheiten, berufliche Problematik, soziale Auffälligkeit, Schuldgefühle wegen Trinken, ich-stabilisierende und extravertierende Wirkung von Alkohol. Eine verkürzte Version des Fragebogens wird entwickelt, die aus vier Skalen (Wirkungstrinken, Symptomatik, berufliche Problematik, familiäre Problematik) mit insgesamt 34 Items besteht. Abschließend wird auf den Sinn und die Nützlichkeit des dimensionsanalytischen Vorgehens für die Diagnose und Therapie bei Alkoholikern eingegangen.

### Summary

The responses of 212 alcoholics (starting a treatment) to an 80-items questionnaire, which was constructed on the base of *Jellinek*'s description of the phases of gamma-alcoholism, were intercorrelated and factorized. Eight factors were extracted: symptoms, drinking for psychological reasons, family problems, drinking habits, vocational problems, social deviance, ego-stabilizing and extraverting effects of alcohol, feeling of guilt because of drinking. A short version of this questionnaire was constructed. It consists of 34 items, belonging to four scales (drinking for psychological reasons, symptoms, vocational problems, family problems). The utility of the dimensional approach for diagnosis and therapy of alcoholics is discussed.

### Literatur

- Adamson*, J. D., *Fostakowsky*, R. T. und *Chebib*, F. S.: Measures associated with outcome on one year follow-up of male alcoholics. *British Journal of Addiction* 69, 325—337. 1974.
- Anonyme Alkoholiker* (Ed.): Sind Sie Alkoholiker? Gelsenkirchen: Zentrale Kontaktstelle der Anonymen Alkoholiker.
- Antons*, K.: Psychodiagnostische Untersuchungen an Patienten einer offenen Fachklinik. In: *Antons*, K. und *Schulz*, W. (Ed.) Normales Trinken und Suchtentwicklung. Band II. Göttingen: Hogrefe. p. 52—86. 1977a.

- Antons, K.: 1977b. Die Therapie des Alkoholismus — Methoden und Probleme. In: Antons, K. und Schulz, W. (Ed.) Normales Trinken und Suchtentwicklung. Band II. Göttingen: Hogrefe. p. 117—142.
- Böcher, W.: 1965. Erfahrungen mit einer amerikanischen Fragebogenmethode bei deutschen Alkoholikern. Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 183, 240—241.
- Deardorff, C. M., Melges, F. T., Hout, C. N. und Savage, D. J.: 1975. Situations related to drinking alcohol. A factor analysis of questionnaire responses. Journal of Studies on Alcohol, 36, 1184—1195.
- Evenson, D., Altmann, H., Sletton, J. W. und Knowles, R. R.: 1973. Factors in the description and grouping of alcoholics. American Journal of Psychiatry 130, 49—57.
- Feuerlein, W.: 1975. Alkoholismus — Mißbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart: Thieme.
- Feuerlein, W., Kufner, H., Ringer, C. und Antons, K.: 1976. Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA). Eine empirische Analyse. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 222, 139—152.
- Feuerlein, W., Ringer, C., Kufner, H. und Antons, K.: 1977. Diagnose des Alkoholismus. Der Münchner Alkoholismustest (MALT). Münchener Medizinische Wochenschrift 119, (40), 1275—1282.
- Groeger, W. und Roos, D.: 1973. Entwicklung und empirische Erprobung eines Lebensdaten-Fragebogens für Alkoholiker. Münster: Diplom-Arbeit für Psychologen an der Universität Münster (zitiert nach: Antons 1977a).
- Grünberger, J.: 1977. Psychodiagnostik des Alkoholkranken. Ein methodischer Beitrag zur Bestimmung der Organizität in der Psychiatrie. Wien: Maudrich.
- Herrmann, T.: 1972<sup>2</sup>. Lehrbuch der empirischen Persönlichkeitsforschung. Göttingen: Hogrefe.
- Horn, J. L. und Wanberg, K. W.: 1969. Symptom patterns related to excessive use of alcohol. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 30, 35—58.
- Horn, J. L. und Wanberg, K. W.: 1970. Dimensions of perception of background and current situation of alcoholic patients. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 31, 633—658.
- Jellinek, E. M.: 1946/47. Phases in the drinking history of alcoholics. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 7, 1—88.
- Jellinek, E. M.: 1952. Phases of alcohol addiction. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 13, 673—684.
- Jellinek, E. M.: 1960. The disease concept of alcoholism. New Haven: Yale University Press.
- Krampen, G. und Nispel, L.: 1978. Zur subjektiven Handlungsfreiheit von Alkoholikern. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 7, 295—303.
- Krampen, G. und von Eye, A.: 1979. Zur Strukturanalyse der Wert- und Zielvorstellungen von Alkoholikern. Zeitschrift für Klinische Psychologie (im Druck).
- Liener, G. A.: 1969<sup>3</sup>. Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: Beltz.
- Manson, M. P.: 1948. A psychometric differentiation of alcoholics from nonalcoholics. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 9, 175—206.

- Nie, N. H., Hull, C. H., Jenkins, J. G., Steinbrenner, K. und Bent, D. H.: 1970. Statistical package for the social sciences. New York: McGraw-Hill.
- Pokorny, A. D., Miller, B. A., Kanas, T. E. und Valles, J.: 1971. Dimensions of alcoholism. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 32, 699—705.
- Rieth, E.: o. J. Fragebogen für Alkoholranke. Bern und Wuppertal: Blaukreuz-Verlag.
- Röhr, M.: 1977. Zur Interpretation faktorenanalytischer Studien in der Psychologie. Probleme und Ergebnisse der Psychologie, 62, 61—77.
- Überla, K.: 1971<sup>2</sup>. Faktorenanalyse. Berlin: Springer.

Anschriften der Autoren:

Dipl.-Psych. Günter Krampen  
Universität Erlangen-Nürnberg, Fachbereich 11 — Psychologie I  
Regensburger Str. 160, 8500 Nürnberg

Dipl.-Psych. Luise Nispel  
Brüderkrankenhaus Trier, Station K 4 (St. Kamillus)  
Nordalle 1, 5500 Trier