

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Abteilung Köln

Masterstudiengang Suchthilfe/Suchttherapie

Masterthesis

Auswirkungen der „Male Depression“ auf die
Abstinenzsicherheit bei alkoholabhängigen Männern und Frauen
im Rahmen des ambulanten Suchthilfesystems.
Eine Vergleichsstudie

Vorgelegt von: Robert Müller

Matrikel Nr.: 504607

Erstprüferin: Prof. Dr. Wilma Funke

Zweitprüfer: Prof. Dr. Wolfgang Schwarzer

Datum der Abgabe: 31. März 2012

„Ich traue keinem Mann, der keinen Alkohol trinkt!“

- John Wayne -

Inhaltsverzeichnis

I	Einleitung	6
II	Theoretischer Hintergrund	9
1	Alkoholabhängigkeit und Depression	10
1.1	Zum Störungsbild der Alkoholabhängigkeit	10
1.1.1	Nosologie	10
1.1.2	Epidemiologie	13
1.1.3	Ätiologie	13
1.2	Zum Störungsbild der Depression	15
1.2.1	Nosologie	15
1.2.2	Epidemiologie	17
1.2.3	Ätiologie	17
1.3	Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und Depression	20
1.3.1	Zusammenhänge zwischen Alkoholabhängigkeit und ... Depression	21
1.3.2	Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Alkohol- abhängigkeit und Depression	23
2	Male Depression	24
2.1	Geschlechtsspezifische Aspekte psychiatrischer Erkrankungen	24
2.1.1	Alkoholabhängigkeit aus Geschlechterperspektive	24
2.1.2	Depression aus Geschlechterperspektive	25
2.2	Suizidalität aus Geschlechterperspektive	26
2.3	Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Stressverarbeitung	28
2.4	Männliches Hilfesuch- und Gesundheitsverhalten	34
2.5	Zur Diagnostik von Depression bei Männern	38
2.6	Zum Modell der „Male Depression“	40

3	Selbstwirksamkeit	44
3.1	Banduras Theorie der Selbstwirksamkeit	44
3.2	Zur Bedeutung der Selbstwirksamkeit bei	47
	Alkoholabhängigkeit und Depression	
3.2.1	Selbstwirksamkeit und Alkoholabhängigkeit	48
3.2.2	Selbstwirksamkeit und Depression	51
3.2.3	Selbstwirksamkeit bei kombinierter Störung	53
III	Empirische Fragestellung	55
4	Forschungsdesign	56
4.1	Fragestellung und Hypothesen	56
4.1.1	Problem- und Fragestellungen	56
4.1.2	Forschungshypothesen	56
4.1.3	Erkenntnisinteresse	58
4.2	Methodik	59
4.2.1	Studienaufbau	60
4.2.2	Beschreibung der Stichprobe	61
4.2.3	Testverfälschung und Rücklauf	63
4.3	Operationalisierung	65
4.3.1	„Male Depression“	66
4.3.2	Abstinenzzuversicht	67
4.3.3	Schweregrad der Alkoholabhängigkeit	69
4.3.4	Zusatzitems	71
5	Ergebnisdarstellung	72
5.1	Daten zur Stichprobe	72
5.1.1	Alter und Geschlecht	72
5.1.2	Abstinenzdauer	73
5.1.3	Male Depression (Gotland Scale)	74
5.1.4	Abstinenzzuversicht (DTCQ-A)	76
5.1.5	Abhängigkeitsschwere (SESA)	79
5.2	Überprüfung der Hypothesen	83
5.2.1	Male Depression und Abstinenzzuversicht	83

5.2.2	Geschlechtsspezifische Einflüsse der Male Depression..	88
	auf die Abstinenzzuversicht	
5.2.3	Einflüsse von Abhängigkeitsschwere und	90
	Abstinenzdauer auf die Abstinenzzuversicht	
5.2.4	Male Depression im Geschlechtervergleich	91
5.2.5	Einflüsse der Male Depression auf	92
	Rückfallrisikobereiche	
6	Diskussion der Ergebnisse	95
6.1	Interpretation der Ergebnisse	95
6.2	Kritische Anmerkungen zur Methodik	99
IV	Fazit	101
V	Verzeichnisse	103
	Literaturverzeichnis	104
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	127
	Abkürzungsverzeichnis	130
VI	Anhang	133
	Eidesstattliche Erklärung	134
	Anschreiben und Fragebogen	135
	Statistiken zu Kapitel 5	145
	Statistiken zur Stichprobe	155

I Einleitung

Aspekte männlicher Sozialisation stehen seit einigen Jahren im Fokus sozialwissenschaftlicher Forschung (Walter, 2006). Das Image des Mannes hat sich im Laufe der letzten Jahre und Jahrzehnte stark verändert. Die traditionelle Männerrolle hat im Laufe der Jahre immer mehr an Gültigkeit verloren. Für die Männerrolle hat sich durch die verbesserte berufliche Integration der Frauen viel verändert. Durch die Zunahme von gut ausgebildeten und studierten Frauen droht den Männern ein Wegfall der Rolle der beruflich Erfolgreicheren und Gebildeteren. Männern mangelt es an neuen Identifikationsschablonen und positiven neuen Rollenbildern, was eine Lösung von traditionellen Männlichkeitsnormen stark erschwert. Um es mit den Worten von Franz und Karger (2011) zu beschreiben: „Der Mann befindet sich in der Krise.“ (S. 7). In diesem Zusammenhang gerät auch die gesundheitliche Situation der Männer verstärkt in das Interesse der wissenschaftlichen Forschung. Unter dem Schlagwort *Männergesundheit* bildete sich ein eigener Forschungszweig heraus, der mithilfe sozialwissenschaftlicher, medizinischer und psychologischer Methoden versucht, männerspezifische Aspekte von Gesundheitsverhalten zu analysieren und Geschlechtsunterschiede zu ermitteln. In Abgrenzung zur traditionellen Gesundheitsforschung, welche sich bis dato in erster Linie mit der Gesundheit von Frauen befasste, liegt mit dem ersten deutschen Männergesundheitsbericht (Bardehle & Stiehler, 2010) erstmals ein wissenschaftlich kommentierter Bericht von Experten verschiedenster Fachrichtungen vor.

Besonders interessant stellt sich der Aspekt der Männlichkeit für bestimmte Formen von Krankheiten heraus. Die radikalen Unterschiede in der Geschlechtsverteilung von substanzbezogenen Störungen (Lehner & Kepp, 2012) legen eine Beschäftigung mit Männerthemen nahe. Das Krankheitsbild der klinischen Depression hingegen erscheint mit einem doppelt so hohem weiblichen als männlichen Anteil an Erkrankten auf den ersten Blick ein vordergründig weibliches Phänomen zu sein (Hautzinger, 2009). Mehrere Autoren gehen jedoch davon aus, dass sich das Krankheitsbild der Depression bei Männern anders äußert als bei Frauen und epidemiologisch zwischen den

Geschlechtern in etwa gleich verteilt sein dürfte (Kasper & Möller Leimkühler, 2009; Wolfersdorf, Schulte-Wefers, Straub & Klotz, 2006; Wålinder & Rutz, 2001; Pollack, 1998). Erklärt wird dies unter anderem mit einem *Gender-bias* in der Depressionsdiagnostik, welche vorwiegend Kriterien der weiblichen Depression berücksichtigt, der fehlenden *Inanspruchnahme von Hilfe*, bedingt durch männliche *Geschlechterrollenidentität*, der in etwa dreimal höheren *Suizidrate* bei Männern im Vergleich zu Frauen und geschlechtsspezifischen Unterschieden in der *Stressverarbeitung*. Nach Wålinder und Rutz (2001) ist das *männliche Depressionssyndrom*¹ neben den bekannten Symptomen der Depression durch erweiterte Symptome wie Aggressivität, Ruhelosigkeit oder antisoziale Verhaltensweisen gekennzeichnet. Ein Bestandteil des Modells männlicher Depression ist auch die Neigung zum Alkoholkonsum als männertypische dysfunktionale Bewältigungsstrategie, was einen hohen Zusammenhang zwischen anhaltendem Alkoholabusus und depressiven Symptomen vermuten lässt.

In der vorliegenden empirischen Arbeit wird der Zusammenhang zwischen Symptomen des Störungsmodells der *Male Depression* und der suchtbefugten Selbstwirksamkeitserwartung in Form von Abstinenzzuversicht durch Befragung untersucht. Anhand einer abstinent lebenden, alkoholabhängigen Stichprobe wird ein möglicher Zusammenhang untersucht und mit anderen Einflussfaktoren, wie dem Schweregrad der Abhängigkeit und der Abstinenzdauer, verglichen.

Der Begriff der Selbstwirksamkeitserwartung geht auf den Psychologen Albert Bandura zurück (Bandura 1977). Insbesondere für Abhängigkeitserkrankungen hat Selbstwirksamkeit eine besondere Rolle, da suchtbefugte Selbstwirksamkeit in Form von Abstinenzzuversicht als Indikator für Behandlungserfolge und Rückfallwahrscheinlichkeit genutzt werden kann (Maisto, Connors & Dearing, 2007). Die Studien, die den Zusammenhang zwischen depressiven Erkrankungen und alkoholbezogenen Störungen behandeln, sind zahlreich. Das Konzept der *Male Depression* wurde jedoch, insbesondere hinsichtlich Auswirkungen und Zusammenhängen mit Substanzkonsum und Abhängigkeitserkrankungen, bislang nicht erforscht. Mit dem Ziel der Erforschung der Zusammenhänge der Phänomene der *Male*

¹ Im Folgenden wird das beschriebene „*Male Depressive Syndrome*“ nach Rutz (2001) als *Male Depression* bezeichnet. Aufgrund der Tatsache, dass der Begriff relativ neu ist und in der wissenschaftlichen Literatur wenig bekannt sein dürfte, wird die kursive Darstellungsform beibehalten.

Depression und abstinentbezogener Selbstwirksamkeitserwartung wird ein quantitatives Design gewählt. In der Auswertung wird zwischen männlichen Probanden als Versuchs- und Weiblichen als Vergleichsgruppe selektiert. In früheren Untersuchungen konnte überwiegend ein starker Einfluss von Depressivität auf suchtbezogenes Selbstwirksamkeitserleben ermittelt werden. Anhand der vorliegenden Untersuchung soll unter Anderem die Möglichkeit der Vergleichbarkeit dieser Ergebnisse mit der *Male Depression* erzielt werden. Des Weiteren sollen die Ergebnisse dazu beitragen, das Konzept der *Male Depression* weiter zu validieren. Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, Aspekte des Zusammenhangs zwischen Alkoholabhängigkeit und *Male Depression* zu beschreiben und zu diskutieren.

Die formale Ausgestaltung orientiert sich an den *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2007). Die Arbeit ist in zwei größere Abschnitte geteilt. Der erste Abschnitt beschreibt den theoretischen Hintergrund und setzt sich mit verschiedenen Ergebnissen der Forschung und wissenschaftlichen Literatur auseinander, während der zweite Abschnitt den empirischen Teil der Arbeit darstellt. Der erste Teil des theoretischen Hintergrundes befasst sich mit der Beschreibung der Krankheitsbilder Alkoholabhängigkeit und Depression. Insbesondere auf mögliche Zusammenhänge und störungsspezifische Interaktionen nimmt das Kapitel Bezug. Aufbauend auf den Vorannahmen findet die Beschreibung des Störungsmodells der *Male Depression* vorwiegend anhand von sozialwissenschaftlichen Studien und Modellen statt. In diesem Teil werden depressionsassoziierte Themen -wie Suizid und Stressverarbeitung- aus geschlechtsspezifischer Perspektive betrachtet und mit Modellen aus den Gender-Theorien in Bezug gebracht, um die Männerdepression in all seinen Facetten beleuchten zu können. Schließlich folgt die Darstellung der Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura, insbesondere unter Berücksichtigung der klinischen Störungsbilder der Depression und der Alkoholabhängigkeit.

Im zweiten Abschnitt erfolgt zuerst eine Beschreibung des methodischen Vorgehens durch die Formulierung von Fragen und Hypothesen und die Auswahl und Beschreibung der Testinstrumente, sowie der Stichprobe. Im Weiteren werden die Ergebnisse der Untersuchung in Form von Stichprobenmerkmalen und Überprüfung der vorher formulierten Hypothesen dargestellt und im Weiteren interpretiert und diskutiert.

II Theoretischer Hintergrund

1 Alkoholabhängigkeit und Depression

1.1 Zum Störungsbild der Alkoholabhängigkeit

Alkohol ist eine Volksdroge. Nach Berechnungen von Gaertner, Meyer, Freyer-Adam und John (2010) lag der Pro-Kopf-Jahresverbrauch von Alkohol im Kalenderjahr 2008 bei 11,3 Liter reinem Alkohol. Der epidemiologische Suchtsurvey (Kraus et al., 2010) prüfte anhand dieser Grenzen die Zahlen der Menschen mit risikoarmem (Männer >0-24 g; Frauen >0-12 g) und riskantem Alkoholkonsum (Männer >24g; Frauen >12g)¹ und der Nichttrinker. Demnach überwiegen mit 59,9% die risikoarmen Konsumenten. 2,9% waren lebenslang abstinent. 20,7% der Befragten waren zeitweise (letzte 12 Monate oder letzte 30 Tage) abstinent. 16,5 % der Befragten galten als riskante Alkoholkonsumenten. Problematischer Alkoholkonsum liegt nach diesen Ergebnissen bei 43,6 % der jungen Alkoholkonsumenten (18-20 Jahre) vor. Die Problematik nimmt jedoch mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab.

1.1.1 Nosologie

Das ICD-10 unterscheidet hinsichtlich der Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ in Ziffer F10-F19 zwischen den verschiedenen Substanzen. Die Substanz wird mit der zweiten Ziffer nach dem Buchstaben definiert. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol befinden sich unter F10. Die erste Ziffer nach dem Punkt definiert die Ausprägung des Syndroms und unterscheidet insbesondere zwischen Möglichkeiten und Ausprägungen der Störung:

F10.1	Schädlicher Gebrauch
F10.2	Abhängigkeitssyndrom
F10.3	Entzugssyndrom
F10.4	Entzugssyndrom mit Delir
F10.5	Psychotische Störung
F10.6	Amnestisches Syndrom
F10.7	Reszustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F10.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F10.9	Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

Tab.01: Alkoholbezogene Störungen nach dem ICD-10

¹ Vorgeschlagene Grenzwerte für risikoarmen Alkoholkonsum nach Seitz, Bühringer und Mann (2008)

Nach Sobell und Sobell (2004) sind die Grenzen zwischen einem schädlichen Gebrauch und einer Abhängigkeit fließend, die meisten Konsumenten mit schädlichem Trinkmuster erfüllen jedoch nicht die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit. Tretter (2008) schlägt ein Modell vor, in dem die Aspekte *Missbrauch* und *Abhängigkeit* sich aus der Frequenz und der Menge gleichermaßen ergeben. Hinsichtlich des Unterschiedes zwischen einem gewöhnlichen und einem missbräuchlichen Alkoholkonsum schlagen Soyka und Kufner (2008) zwei Definitionen vor. Die *weite Definition* geht von einer Kosten-Nutzen-Relation aus. Wenn die Folgen des Alkoholkonsums deren Nutzen weit übersteigt, oder absehbar zu übersteigen droht, ist von einem Missbrauch auszugehen. Die enge Definition hingegen geht von den diagnostischen Kriterien für Alkoholmissbrauch- oder -abhängigkeit nach dem DSM-IV oder dem ICD-10 aus (Siehe Tabelle 2). Laut der Kurzdefinition der Alkoholabhängigkeit nach Lindenmeyer (2005) ist entweder alkoholabhängig, „wer den Konsum von Alkohol nicht beenden kann, ohne dass unangenehme Zustände körperlicher oder psychischer Art eintreten *oder* wer nicht aufhören kann zu trinken, obwohl er sich oder anderen immer wieder schweren Schaden zufügt.“ (S. 5).

Alkoholmissbrauch nach dem ICD-10 <i>Eines der folgenden Kriterien innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums</i>	Alkoholabhängigkeit nach dem ICD-10 <i>Gleichzeitiges Vorhandensein von zumindest 3 Kriterien innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums</i>
1. Wiederholter Alkoholkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.	1. Starker Wunsch, oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren
2. Wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.	2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Wiederholte Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Alkohol-konsum.	3. Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die alkoholspezifischen Entzugssymptome oder durch die Einnahme von Alkohol oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme	4. Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch geringere Alkoholmengen erreichten Wirkungen hervorzurufen sind größere Alkoholmengen erforderlich.
	5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zu Gunsten des Alkoholkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren, oder sich von den Folgen zu erholen.
	6. Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung oder Verschlechterung kognitiver Funktionen.

Tab.02: Diagnostische Kriterien der Alkoholabhängigkeit nach dem ICD-10

Seit 1990 gilt die Alkoholabhängigkeit als behandlungsbedürftige Krankheit. Die Diskussion über den Krankheitswert exzessiven Trinkens nahm über viele Jahre ihren Lauf (Soyka & Küfner, 2008). Alkohol stellt nach den Daten der Global Burden of Disease Studie der Weltgesundheitsorganisation (Ezzati et al., 2002) die dritthäufigste Ursache, nach Tabak und Bluthochdruck, für verlorene Lebensjahre („disability adjusted life years“ – kurz DALY’s) dar. Die WHO berichtete, dass Alkohol für 4,4 % aller durch Krankheit verlorenen Lebensjahre verantwortlich ist (World Health Organization, 2009, zitiert nach Kraus et al., 2011). Neben der Trinkmenge hat auch das Trinkmuster, insbesondere das episodische Rauschtrinken einen erheblichen Einfluss auf schädliche Folgen. Mehrere Analysen konnten aufzeigen, dass episodisches Rauschtrinken vermehrt mit alkoholbezogenen Folgen, wie Unfällen, Aggression, Gewalt, Problemen mit dem Gesetz, Selbstmord und interpersonellen Problemen verbunden ist (Rehm et al., 2003; Kraus et al., 2011). Tabelle 3 zeigt eine Auflistung möglicher Folgeschäden von Alkoholabhängigkeit in Anlehnung an Lindenmeyer (2005).

Trinkverhalten	Körperliche Folgeschäden	Soziale Folgeschäden	Psychische Folgeschäden
Häufige Rausche	Entzugserscheinungen	Partnerschaftskonflikte	Aggressive Entgleisungen
Dosissteigerung	Krampfanfälle	Trennung/ Scheidung	Verringertes Selbstwertgefühl
Toleranzsteigerung	Erhöhtes Krebsrisiko	Schulden	Selektive Wahrnehmung
Toleranzminderung	Verstärkte Infektanfälligkeit	Konflikte am Arbeitsplatz	Distanzlosigkeit
Alkoholvergiftung	Sexuelle Funktionsstörungen	Arbeitsplatzverlust	Gefühlsschwankungen
Spiegeltrinken	Gelenkschmerzen	Verlust der Fahrerlaubnis	Konzentrationschwierigkeiten
Morgendliches Trinken	Pankreatitis	Straftaten	Gedächtnisstörungen
Umsteigen auf harte Alkoholika	Kardiomyopathie	Wohnungsverlust	Depression
Heimliches Trinken	Bluthochdruck	Verwahrlosung	Delirium tremens
Trinken in Gesellschaft unter Niveau	Polyneuropathie	Rückzug von Freunden	Alkoholhalluzinose
Periodische Trinkexzesse	Traumen	Haftstrafen	Suizidalität
Erfolgreiche Abstinenzversuche	Fettleber		Soziale Ängste
Wiederholte Entgiftungsbehandlungen	Leberentzündung		Panikanfälle
Erfolgreiche Entwöhnungsbehandlungen	Leberzirrhose		Chronische Eifersucht
	Mangelernährung		
	Anämie		
	Gastritis		
	Knochenbrüche		

Tab.03: Folgeschäden des Alkoholismus nach Lindenmeyer (2005)

Die Vorstellung eines einheitlichen Verlaufes einer Alkoholabhängigkeit hat sich als falsch erwiesen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sich bei alkoholabhängigen Menschen Phasen der Abstinenz mit Phasen schwerer Trinkexzesse ablösen können. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass sich ein übermäßiges Trinken mit Krankheitswert in einem Zeitraum zwischen 10 und 12 Jahren manifestiert

(Lindenmeyer, 2005). Zur Zeit wird insbesondere die Rate der Remission ohne formeller Hilfe diskutiert. Neuere Forschungsarbeiten gehen von 66,3 – 77,7 % aller Betroffenen aus, die ohne formelle Hilfe remittieren (Rumpf et al., 2009). Insbesondere erwähnt werden soll die hohe Rückfallgefahr bei bestehender Alkoholabhängigkeit, die gerade in der ersten Zeit nach ambulanter und stationärer Behandlung stark erhöht ist. Es sind bereits 6 Monate nach Therapieende Rückfallquoten von 33 - 43 % zu verzeichnen (Körkel & Schindler, 2003). Demnach ist „Rückfälligkeit (...) selbst nach intensiver Behandlung wahrscheinlicher als Abstinenz.“ (Körkel & Kruse, 2005, S. 20).

1.1.2 Epidemiologie

Gesamtgesellschaftlich gesehen sind Suchtstörungen weit verbreitet. Nach den Daten des Bundesgesundheits surveys liegt die Lebenszeitprävalenz für die Entwicklung irgendeiner substanzbezogenen Störung (Missbrauch oder -abhängigkeit mit Ausnahme von Tabak) bei 9,9 % und nimmt in der Auswertung der Daten den fünften Rang ein (Jacobi et al., 2004). Anhand einer Auswertung von 21 Bevölkerungsstudien aus 16 europäischen Ländern ermittelten Wittchen und Jacobi (2005) 12-Monats-Prävalenzen für psychische Störungen. Die Alkoholabhängigkeit nahm mit durchschnittlich 2,4 % der erwachsenen Bevölkerung den dritten Rang ein. Auch im epidemiologischen Suchtsurvey 2006 erfüllten 2,4% der befragten Personen die Kriterien des DSM-IV für eine Alkoholabhängigkeit. Nach dem Bundesgesundheits survey liegt die Lebenszeitprävalenz für Alkoholmissbrauch- und abhängigkeit bei 8,5% (Jacobi et al., 2004). Nach Stockwell et al. (2004) kann jedoch von einer höheren Quote ausgegangen werden, da Betroffene zur systematischen Unterschätzung des eigenen Alkoholkonsums neigen. Nach Pabst und Kraus (2008) sind junge Menschen häufiger von alkoholbezogenen Störungen betroffen als ältere.

1.1.3 Ätiologie

Um eine Abhängigkeit in all seinen Facetten veranschaulichen und alle Aspekte berücksichtigen zu können, schlug Feuerlein (1969, zitiert nach Soyka und Küfner, 2008) das sogenannte bio-psycho-soziale Störungsmodell (kurz Trias-Modell) vor, welches von Tretter und Müller (2001) erweitert wurde. Demnach steht die Entwicklung einer Substanzstörung in Wechselwirkung mit

- der *Person* (z.B. durch genetische Prädisposition, der individuellen Lerngeschichte oder Persönlichkeitsmerkmalen),
- der *Umwelt* (z.B. durch das soziale Umfeld oder dem gesellschaftlichen Kontext) und
- der *Substanz* (z.B. durch pharmakologische Eigenheiten wie Wirkgeschwindigkeit, Wirkungsweise, Applikationsform etc.)

Abbildung 01 zeigt eine graphische Übersicht des Modells. Im Sinne eines integrativen Modells lassen sich weitere biologische, pharmakologische, psychologische und sozialwissenschaftliche Suchttheorien im Sinne eines multifaktoriellen Bedingungsgefüges in dieses Modell integrieren.

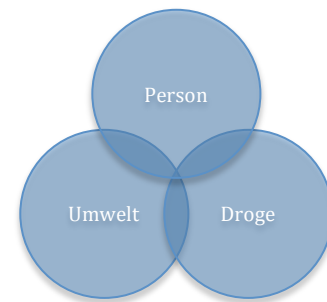


Abb.01: Trias-Modell

Im Zuge des Trias-Modells beschrieb Kufner (1981) drei Teufelskreise der Sucht. Demnach werde das süchtige Verhalten auf körperlicher Ebene über die Linderung von Entzugssymptomen, Entwicklung einer substanzbezogenen biologischen Toleranz und neurobiologischer Sensitivierung beibehalten (*Somatischer Teufelskreis*). Im *intrapsychischen Teufelskreis* bleibt der Konsum durch den Wunsch nach Regulierung von aversiven emotionalen Zuständen und der Deprivation substanzunabhängiger Problemlösestrategien beständig. Im letzten Teufelskreis wird deutlich, dass der Suchtmittelkonsum von den Betroffenen bei sozialen Konflikten und Problemen weiterhin aufrechterhalten wird (*psychosozialer Teufelskreis*). Kufner (1981) beschreibt in diesem Modell die Funktion des Alkoholkonsums als *allgemeiner Konflikt- und Spannungslöser* und als *Hilfsmittel zur Euphorisierung*. Die Gemeinsamkeit der drei Faktoren ist, dass der Lösungsversuch des Problems das Problem weiter verschärft (bspw.: Streit mit der Partnerin führt zum Trinken, welches wiederum zum neuen Streit führt ...).

Durch die überdauernden Erfahrungen mit der Substanz erfolgen fortlaufende Konditionierungsprozesse im Sinne einer positiven Verstärkung (*Euphorisierung*) und einer negativen Verstärkung (*Konflikt- und Spannungslösung*) (Grüsser & Thalemann, 2006). Im Zuge des Konditionierungsprozesses bilden sich nach der kognitiven Theorie der Sucht nach Beck, Wright, Newman und Liese (1995) sog. *alkoholbezogene Wirkungserwartungen* und Grundannahmen aus.

Der Physiologe Jellinek stellte 1960 ein Modell vor, in dem die Erkrankung des Alkoholismus in verschiedene Trinktypen klassifiziert wird. In der neueren Literatur werden nur noch vier der ursprünglichen fünf Typen vorgestellt (Lindenmeyer, 2005, 2011). Demnach zeichne sich der Konflikttrinker (*Typ Alpha*) durch mangelnde Bewältigungsstrategien zur Konfliktlösung aus und nutze den Alkohol daher vorwiegend zur Reduktion von Spannung. Der Rauschtrinker (*Typ Gamma*) hingegen unterscheide sich insbesondere durch das vorherrschende Merkmal des Kontrollverlustes von den anderen Typen. Die Abhängigkeit des Spiegeltrinkers (*Typ Delta*) bestehe darin, die Blutalkoholkonzentration aufrecht zu halten, um das Auftreten von Entzugssymptomen zu verhindern. Der *Epsilon-Typ* schließlich betreibe periodisches Trinken, welches sich darin äußert, dass sich Phasen der Abstinenz und Phasen des Trinkens abwechseln können.

Insgesamt sprechen verschiedene Modelle für eine relative Ähnlichkeit. So gehen z.B. das Modell der Trinktypen nach Jellinek (1960) und das Teufelskreismodell der Sucht nach Kufner (1981) von einer hohen Funktionalität des Alkohols, bezogen auf die Regulierung von Anspannungs- und Stresszuständen, aus.

1.2 Zum Störungsbild der Depression

1.2.1 Nosologie

Nach Beblo und Lautenbacher (2006) wird Depression als Gefühlszustand beschrieben, „...der durch große Traurigkeit, Verzweiflung, innere Leere und mangelndem Antrieb gekennzeichnet ist“ (S. 1).

Nach dem ICD-10 gehört die depressive Störung zum Bereich der affektiven Störungen nach den Ziffern F30-F39. Aufgrund der Differenzierung zum Krankheitsbild der bipolaren Störung werden depressive Störungen nach den Ziffern F32 und F33 auch als unipolare Depressionen bezeichnet. Eine weitere Differenzierung ergibt sich hinsichtlich des Schweregrades (leicht, mittel-, schwer), dem Auftreten weiterer psychopathologischer Symptome (z.B. Psychosen) und des Krankheitsverlaufes (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). So unterscheiden Arolt, Reimer und Dilling (2011) affektive Störungen im Verlauf zwischen monophasischen und polyphasischen Störungen oder anhaltender Symptomatik über mindestens 2 Jahre. Die Unterteilung

nach der WHO kann Tabelle 4 entnommen werden. „Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Interesseverlust, Hoffnungslosigkeit, Antriebsmangel, häufig begleitet von Ängstlichkeit, körperlichem Unwohlsein und erhöhter Ermüdbarkeit gelten als zentrale Symptome des depressiven Syndroms.“ (Hautzinger, 2009, S. 126).

F32.x - <i>Depressive Episode</i>	F33.x - <i>Rezidivierende depressive Störung</i>	F34.x - <i>Anhaltende affektive Störung</i>
x.0 - leichte Episode	x.0 - <i>ggw. leichte Episode</i>	...
x.1 - mittelgradige Episode	x.1 - <i>ggw. mittelgradige Episode</i>	x.1 - <i>Dysthymia</i>
x.2 - schwere Episode	x.2 - <i>ggw. schwere Episode</i>	
x.3 - schwere Episode mit psychotischen Symptomen	x.3 - <i>ggw. schwere Episode mit psychotischen Symptomen</i>	
...	x.4 - <i>ggw. remittiert</i>	
	...	

Tab.04: Unterteilung klinischer Depression nach Diagnosen

Hegerl, Althaus und Reiners (2005) gehen von drei Kernsymptomen der Depression aus. Eines dieser Kernsymptome, die „*deprimierte Stimmung*“, bezieht sich auf eine dauerhaft gedrückte Stimmungslage. Des Weiteren beschreiben die Autoren eine erkennbare *Freud- oder Interesselosigkeit*, bishin zu einem *Gefühl der Gefühllosigkeit* und einer *Energie-, Kraft- und Antriebslosigkeit*.

Als Major Depression wird eine depressive Verstimmung bezeichnet, wenn mindestens vier der Symptome „*Gewichtsveränderungen*“, „*Schlafstörungen*“, „*Unruhe oder Verlangsamung*“, „*Müdigkeit oder Energieverlust*“, „*Gefühle der Wertlosigkeit oder der Schuld*“, „*Konzentrations- oder Entscheidungsschwierigkeiten*“, oder „*Suizidgedanken, -pläne und -versuche*“ über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorliegen. Der Schweregrad der Depression wird anhand der Anzahl der bestehenden Symptome ermittelt, die Unterscheidung „*Depressive Episode*“, „*Rezidivierende Depressive Störung*“ oder „*Dysthymia*“ anhand der Dauer und dem Wiederauftreten der Symptome (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). Es ist von einer Drittelung auszugehen. So remittiert die Störung bei ca. einem Drittel aller Betroffenen wieder nach einer Einzelepisode. Ein wiederkehrender Verlauf als rezidivierende depressive Störung ist bei einem weiteren Drittel erkennbar. Als chronisch depressiv wird das letzte Drittel bezeichnet, bei welchem es zu keiner, oder nur unvollständiger Symptomremission kommt (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).

1.2.2 Epidemiologie

Mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 20% für alle Depressionsformen gehören depressive Störungen zu den weltweit häufigsten psychischen Erkrankungen. Ebenso gibt es Hinweise aus epidemiologischen Studien, dass das Erkrankungsrisiko stetig wächst (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). Inzidenzschätzungen gehen von einer Neuerkrankungsrate von 1-2% pro Jahr aus (Hautzinger, 2010). In Deutschland wird die Zahl der Betroffenen auf ca. vier Millionen Menschen geschätzt, wobei nach Payk (2010) eine hohe Dunkelziffer vermutet wird. Das durchschnittliche Ersterkrankungsalter liegt nunmehr zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr (Hautzinger, 2010).

Depressionen können als Erkrankung schwerwiegende Folgen haben. Nach Schätzungen der WHO werden depressive Störungen bis zum Jahr 2030 den zweiten Rang derjenigen Erkrankungen einnehmen, die am ehesten mit krankheitsbedingten verlorenen Lebensjahren (DALYs) einhergehen (Böker, 2011). Eine Hochrechnung des statistischen Bundesamtes hat krankheitsbedingte Folgekosten in Höhe von 5,2 Milliarden € für das Jahr 2008 ermittelt. Das macht 2,1% der Gesamtkosten für Krankheiten in Deutschland aus (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2010). Auch ist davon auszugehen, dass die Mehrheit aller Suizide von psychisch Erkrankten verursacht werden; am häufigsten von Menschen mit depressiver Störung. Nach Wittchen, Jacobi, Kloese und Ryl (2010) sterben schätzungsweise 3-4% aller depressiv Erkrankten durch Suizid².

1.2.3 Ätiologie

Ansätze zur Erklärung des Ursprungs, der Auslöser und der Aufrechterhaltung depressiver Störungen sind vielfältig und finden sich auf *biologischer, kognitiver, sozialer, persönlichkeits- und lerntheoretischer* Ebene.

Chronische Belastungen und soziale Konflikte nehmen vermutlich einen hohen Einfluss auf die Entwicklung einer Depression. Hinzu kommen weitere Vulnerabilitätsfaktoren, von denen „weibliches Geschlecht“ und „mangelnde soziale Unterstützung“ den größten Einfluss auf die Entwicklung der Störung zu haben scheint (Hautzinger, 2010). Als entscheidend gilt letztendlich die soziale und kognitiv-affektive Fähigkeit der

² Das Thema Suizid wird in Kapitel 2.2 ausführlicher behandelt.

Bewältigung stressreicher Ereignisse (Beesdo-Baum & Wittchen 2011). Protektivfaktoren sind unter anderem das Vorhandensein positiver sozialer Beziehungen, eine stabile berufliche Perspektive, ein hoher Bildungsstatus und ein Wohn- und Lebensraum in ländlicher oder kleinstädtischer Umgebung (Hautzinger, 2010).

Nach Lewinson (1974, zitiert nach Beesdo-Baum & Wittchen, 2011) wird Depression lerntheoretisch als Reaktion auf eine niedrige Rate an positiven Verstärkern betrachtet. Kurzfristig wird die depressive Reaktion z.B. durch Empathie, Zuwendung und Hilfestellung von anderen, intensiviert. Langfristig führen depressive Symptome insbesondere zu einer Veränderung des Sozialverhaltens, was wiederum mit einem Verlust an sozialer Zuwendung einher gehen kann. Dies bedeutet für Betroffene einen Verlust an verhaltensverstärkenden Bedingungen.

Aaron T. Beck (1970, 1974, zitiert nach Beesdo-Baum & Wittchen) sieht insbesondere einen Zusammenhang zwischen negativen kognitiven Schemata (wie *Hoffnungslosigkeit*, *Selbstkritik* oder *geringe Selbstachtung*) und depressiven Erkrankungen. Demnach bestehen dysfunktionale kognitive Muster im Sinne einer „*kognitiven Triade*“ aus einer pessimistischen Einstellung gegenüber *sich selbst*, gegenüber der *Umwelt* und gegenüber der *Zukunft*. Diese Schemata werden durch bestimmte Ereignisse oder Bedingungen früh erworben und situativ aktiviert. Diese „*automatischen Gedanken*“ äußern sich in kognitiven Fehlschlüssen und irrationalen Überzeugungen und sind aufgrund ihrer Automatisierung für Betroffene nur schwer wahrnehmbar.

Weitere Theorien gehen von einer sog. *gelernten Hilflosigkeit* und *Hoffnungslosigkeit* aus. Aufgrund der Beobachtung auf die Reaktion von Hunden, denen mit elektrischen Impulsen wahllos Schläge versetzt wurden, nahm Seligman (1974) an, dass auch bei Menschen unkontrollierbare aversive Reize zur Entwicklung eines Hilflosigkeitsverhaltens führen. Dies habe insbesondere zur Folge, dass bei Depressiven in belastenden, jedoch kontrollierbaren Situationen, die Motivation, effektiv zu reagieren, eingeschränkt ist. Eine revidierte Fassung legten Abramson, Seligman und Teasdale (1978) mit ihrer Attributionstheorie vor. Demnach entwickeln Menschen eine Depression, wenn sie erwünschte Ziele für unerreichbar halten und negativen Aspekten eine Unvermeidbarkeit zuschreiben. Wenn darüber hinaus dem negativen Ergebnis die eigene Unzulänglichkeit zugeschrieben wird, sinkt das

Selbstwertgefühl erheblich ab. Der depressive Attributionsstil umfasst daher die Zuschreibung schlechter Ergebnisse auf *interne, stabile* und *globale* Wesensmängel (z.B. „Ich bin einfach ein Versager“).

Wiederum erweitert wurde die Theorie von Abramson, Metalsky und Alloy (1989). Die Hoffnungslosigkeitstheorie beschreibt, dass Hoffnungslosigkeit ein Zustand ist, der Eintritt, wenn die Erwartung aufgebaut wird, dass wünschenswerte Ereignisse nicht eintreten werden. Ebenfalls verbunden ist die Vorstellung, dass unerwünschte Ereignisse, die als nicht veränderbar erachtet werden, eintreffen. Dieses Modell besagt auch, dass ein niedriges Selbstwertgefühl und Depressivität in einem engen Zusammenhang stehen. Dies erklärt in gewisser Weise auch die äußerst hohe Komorbidität mit Angststörungen, da die Erwartung und später die Gewissheit von Hilflosigkeit zu Ängsten und das Eintreten dieser negativen Ereignisse schließlich zur Hoffnungslosigkeit führen kann (Davison, Neale & Hautzinger, 2007).

Ebenfalls ursächlich für die Entwicklung depressiver Störungen können körperliche Zustände oder Erkrankungen sein. So geht z.B. eine hormonelle Störung durch eine Unterfunktion der Schilddrüse mit Depressionssymptomen einher (Payk, 2010). Nach Hautzinger (2010) wird auch von einem hohen Einfluss genetisch bedingter Anfälligkeit für die Entwicklung depressiver Störungen ausgegangen.

Auf neurochemischer Ebene werden Störungen bestimmter Neurotransmitter-Systeme mit depressiven Erkrankungen in Verbindung gebracht. Hierbei werden Störungen der Systeme der Neurotransmitter *Serotonin*, *Dopamin* und *Noradrenalin* am meisten diskutiert (Beblo & Lautenbacher, 2006).

Die Entwicklung einer depressiven Störung durch einen alleinigen Faktor wird jedoch ausgeschlossen, weshalb nach Hautzinger (2010) mehrere Faktoren Einfluss auf die Entwicklung der Störung nehmen und sich gegenseitig bedingen. Daher erscheinen multifaktorielle Störungsmodelle am ehesten zur Erklärung des Krankheitsbildes der depressiven Störung geeignet.

1.3 Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und Depression

Die Forschung die sich auf den Zusammenhang zwischen Alkohol und Depression konzentriert, blickt auf eine ganze Reihe von Studien und Erkenntnissen zurück. Komorbiditäten sind als solche insgesamt sehr hoch. Nach den Daten der Münchner Follow-up Studie litten ca. 69% aller Personen, die jemals im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Störung erkrankten, an mindestens einer weiteren psychischen Störung. Am höchsten hierbei hat sich das gemeinsame Vorkommen von Angst-, Substanzstörungen und affektiven Störungen gezeigt (Wittchen et al., 1992).

Störung A → Störung B
Unidirektionale direkte Kausalbeziehung

Störung A ↔ Störung B
Bidirektionale direkte Kausalbeziehung

Störung A → Störung B → Störung C
Unidirektionale indirekte Kausalbeziehung

**Gemeinsame Faktoren ↗ Störung A
↘ Störung B**
Modell der gemeinsamen Faktoren

Abb.02: Komorbide Störungsbeziehungen

Moggi und Donati (2004) gehen in der Frage des Zusammenhangs verschiedener psychischer Störungen von vier unterschiedlichen Störungsbeziehungen aus (Abb.02).

Das erste Modell beschreibt eine einfache unidirektionale Beziehung von *Störung A*, welche *Störung B* bedingt. Das zweite Modell geht von einer kausalen Wechselbeziehung

zweier Störungen aus (A und B bedingen sich gegenseitig). Das dritte Modell beschreibt eine Dreierkette. Über diesen Weg bedingt *Störung A* über *Störung B* indirekt *Störung C*. Das vierte Modell geht schließlich von gemeinsamen Faktoren aus, welche die Entwicklung zweier paralleler Störungen (A und B) beeinflusst. Solch ein gemeinsamer Faktor könnte bspw. eine genetische Disposition sein (Kapfhammer, 2004).

1.3.1 Zusammenhänge zwischen Alkoholabhängigkeit und Depression

Der Zusammenhang von Suchterkrankungen und Depressionen konnte in einer ganzen Reihe von Studien belegt werden (Übersicht in Soyka und Lieb, 2004). Die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer affektiven Störung ist für Alkoholabhängige doppelt so hoch wie für den Rest der Bevölkerung (Hoes, 1997,

Tab.05: Aspekte der Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und depressiven Syndromen nach Schuckit (1986). Aus Soyka 2005.

1. **Alkoholkonsum kann zumindest kurzfristige depressiven Verstimmungen auslösen**
 2. **Depressive Syndrome können nach längeren Trinkexzessen auftreten.**
 3. **Vermehrter Alkoholkonsum kann während einer primär affektiven Erkrankung exazerbieren. So sollen bis zu zwei Drittel der Patienten in manischen Phasen ihren Alkoholkonsum steigern.**
 4. **Depressiven Syndrome und Suchterkrankungen können auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen wie z.B. Schizophrenien auftreten.**
 5. **Manche Patienten leiden sowohl an einer affektiven als auch an einer Suchterkrankung.**
-

zitiert nach Zumbeck & Conrad, 2008, S. 101). Nach den Daten der ECA-Studie (Epidemiologic Catchment Area Program) leiden 29% psychisch Erkrankter auch an einer zusätzlichen Substanzstörung (mit Ausnahme der Tabakabhängigkeit welche hier nicht miteinbezogen wurde). Die Komorbiditätsrate bei Alkoholabhängigkeit liegt nach diesen Daten bei 45%, wobei auch andere substanzbezogene Störungen miteingeschlossen sind (Regier et al.,

1990). Nach den Daten des National Comorbidity Surveys (NCS-Studie) ist für Alkoholabhängige von einer Lebenszeitprävalenz von 26,4% für eine Major Depression und 28,7% für Dysthymie auszugehen (Kessler et al., 1994).

Zum Zusammenhang von Alkohol und Depressionen schlug Schuckit (1986, zitiert nach Soyka, 2005, S. 498) eine Klassifikation vor (Siehe Tabelle 5).

Hinsichtlich des Vorkommens und des zeitlichen Verlaufes der Entwicklung beider Störungen ist zwischen der *Primärabhängigkeit*, also der zeitlich früheren Entwicklung von Abhängigkeitssymptomen mit der Folge der Depression; und der *Sekundärabhängigkeit* mit dem Merkmal der früheren Depressionsentwicklung mit der Folge der Entwicklung der Alkoholabhängigkeit zu unterscheiden (Soyka & Lieb, 2004). Kapfhammer (2004) kommt nach einer Auswertung mehrerer epidemiologischer Komorbiditätsstudien zu dem Ergebnis, dass Primär- und Sekundärabhängigkeit hinsichtlich ihres Vorkommens annähernd gleich verteilt sind. Nach Moggi und Donati (2004) sind Doppeldiagnosen von substanzinduzierten psychischen Störungen zu unterscheiden. Nach Soyka & Lieb (2004) kann sich eine depressive Symptomatik bei

bestehender Alkoholabhängigkeit durch die *pharmakologische Alkoholwirkung* (im Rahmen des *Alkoholentzugssyndroms*), als *Symptom einer alkoholbedingten hirnorganischen Störung*, als *Symptom einer alkoholinduzierten organischen Erkrankung* (wie z.B. der hepatischen Enzephalopathie), durch *Traumatisierungen* (bspw. Schädelhirntrauma) oder als *Folge anderer psychosozialer Probleme* (wie Arbeitsplatz-, Partnerschafts- oder Führerscheinverlust) entwickeln.

Bei primärer Abhängigkeit und sekundärer Depression ist zu unterscheiden, ob depressive Symptome vordergründig im Rahmen von Entzugssymptomen auftauchen, da diese meist nach 4-5 Wochen nach Absetzen des Alkohols ohne spezifische Depressionsbehandlung eigenständig remittieren. Bei weiterem Vorkommen depressiver Symptome nach diesem Zeitraum ist eine substanzinduzierte Depression auszuschließen und von einer komorbiden Doppeldiagnose auszugehen (Kapfhammer, 2004). Bei gleichzeitiger depressiver Störung und Alkoholabhängigkeit sind die Behandlungserfolge geringer. Auch ist das Rückfallrisiko komorbider Alkoholabhängiger nach einer Entgiftungsbehandlung erhöht (Greenfield et al., 1998).

Im Zusammenhang mit Doppeldiagnosen besonders hervorzuheben ist die Selbstmedikationshypothese nach Khantzian (1985, 1997). „The self-medication hypothesis of addictive disorders postulates that individuals with psychiatric symptoms use drugs to alleviate their symptoms.“ (Chutuape & de Wit, 1995, S. 91). Demnach hat der Konsum mit dem Ziel der Reduktion von Symptomen anderer psychischer Störungen direkte verhaltensverstärkende Wirkung nach Modellen der klassischen und operanten Konditionierung durch die symptomreduzierende Wirkung. Kufner und Metzner (2011) sprechen in diesem Zusammenhang von negativer Affektregulation durch die Erwartung der Beseitigung aversiver emotionaler Zustände durch den Substanzkonsum. Ein Zusammenhang von Alkoholkonsum und Depression im Rahmen der Selbstmedikation wurde durch wissenschaftliche Ergebnisse belegt (Deykin et al., 1987; Swendsen et al., 2000). Alkoholkonsum mit dem Motiv der Selbstmedikation findet nach Bühringer und Behrendt (2011) besonders im Rahmen von Angst- und affektiven Störungen statt. Nach Thomas et al. (2003) profitieren Betroffene in erster Linie von der anxiolytischen und entspannenden Wirkung des Alkohols. Des Weiteren konnte nachgewiesen werden, dass bei affektiven Störungen, insbesondere bei Depressionen, Männer doppelt so häufig zum Substanzmissbrauch neigen wie Frauen (Weiss et al., 1992, Swendsen et al., 2000, Bolten et al., 2009).

1.3.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Alkoholabhängigkeit und Depression

Frauen überwiegen in der Komorbiditätsrate sowohl bei Alkoholabhängigkeit als auch bei Depressionen. Alkoholabhängige Männer weisen weitaus häufiger begleitend eine antisoziale Persönlichkeitsstörung auf als alkoholabhängige Frauen, welche wiederum in verstärktem Maße an Angst- und affektiven Störungen leiden (Lindenmeyer, 2005). So leiden nach Kessler et al. (1997) 28% der alkoholabhängigen Männer und 54 % der alkoholabhängigen Frauen an einer zusätzlichen affektiven Störung. Alkoholismus ist des Weiteren häufiger bei depressiven Männern als bei depressiven Frauen zu finden (Pjrek, Kasper und Winkler, 2004; Grant & Harford, 1995). Nach Pettinati et al. (2000) weisen 40-60% aller alkoholabhängigen Frauen eine zusätzliche psychiatrische Diagnose auf, bei denen Angststörungen und depressive Syndrome annähernd gleich verteilt sind. Bei alkoholabhängigen Männern liegt die psychiatrische Komorbiditätsrate bei 20-40% mit depressiven Störungen an erster Stelle. Anhand einer Haushaltsbefragung von 42.862 Personen kamen Grant und Harford (1995) zu dem Ergebnis, dass Major Depression eher im Zusammenhang mit einer Alkoholabhängigkeit steht, als lediglich mit einem Alkoholmissbrauch nach Kriterien des DSM-IV.

Winokur (1972) beschrieb anhand von prospektiven Familienstudien die sogenannte *Depressions-Spektrums-Störung*. Die Arbeitsgruppe um Winokur ging davon aus, dass Frauen mit frühentwickelter Depression gehäuft von einem depressiven familiären Umfeld betroffen sind, wohingegen depressive Männer mit früher Depressionsentwicklung eher aus einem familiären Kontext stammen, welches durch Alkoholismus und antisoziale Verhaltensweisen geprägt ist. Von einer Depressions-Spektrums-Störung sind nach diesem Modell jene betroffen, die im familiären Umfeld in erster Linie Erlebnisse von Alkoholmissbrauch und antisozialem Verhalten machten. In einer früheren Familienstudie nach Winokur et al. (1970) mit alkoholabhängigen Probanden zeigte sich, dass männliche Kinder von trinkenden Elternteilen im Laufes ihres Lebens eine stärkere Neigung zu Alkoholismus und antisozialen Verhaltensweisen entwickelten, während die weiblichen Kinder im Erwachsenenalter verstärkt an Depressionen litten. Demnach äußere sich das Krankheitsbild der Depressions-Spektrums Störung in einer vorwiegenden Ausprägung von Alkoholismus bei Männern und Depression bei Frauen (Coryell et al., 1992).

2 Male Depression

2.1 Geschlechtsspezifische Aspekte psychiatrischer Erkrankungen

Psychische Störungen sind in ihrer Gesamtheit im Bevölkerungsdurchschnitt annähernd gleich auf beide Geschlechter verteilt. Nach der Studie von Wittchen und Jacobi (2005) liegt das Geschlechterverhältnis in der Gesamtprävalenz psychischer Störungen bei 1,5 (F) zu 1 (M). Einige Störungsformen sind jedoch häufig geschlechtsspezifisch. So überwiegen bspw. *affektive Störungen*, *Angststörungen*, *Essstörungen* und *somatoforme Störungen* bei Frauen. Männer hingegen leiden häufiger an Erkrankungen wie *Substanzmissbrauch und -abhängigkeit*, *antisozialer Persönlichkeitsstörung* und/ oder *Störungen der Impulskontrolle* (Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005).

2.1.1 Alkoholabhängigkeit aus Geschlechterperspektive

Bei dem klinischen Bild der Alkoholabhängigkeit überragt der Männeranteil im Geschlechtervergleich eindeutig im Verhältnis 4:1 (Wittchen et al., 1992). Nach den Studien der Epidemiologic Catchment Area von 1980 (Regier et al., 1990) und dem National Comorbidity Survey von 1990 (Kessler et al., 1994) liegt die Geschlechterverteilung im Männer:Frauen Ratio bei Alkoholismus zwischen 2,2:1 und 2,5:1 (Greenfield, 2002). Ein weiterer Unterschied findet sich in der Konsummenge, welche bei Männern mehr als doppelt so hoch ist als bei Frauen. Auch leben Männer weitaus seltener als Frauen abstinent (Vosshagen, 1997, zitiert nach Vosshagen, 2006). Des Weiteren sind 76% der Opfer alkoholbedingter Todesfälle Männer (Vosshagen, 2006). Ebenfalls haben Männer eine schlechtere Therapieprognose aufgrund einer höheren Rückfallwahrscheinlichkeit (Walitzer & Dearing, 2006). Männer scheinen somit im direkten Geschlechtervergleich wahrhaftig an Alkohol zu hängen. Jacob und Stöver (2009) schreiben der Sucht die Funktion einer wesentlichen Quelle zur Inszenierung und Konstruktion von männlichen Geschlechtsmustern zu:

Der Konsum psychotroper Substanzen, ob gelegentlich oder dauerhaft, moderat oder exzessiv, scheint für viele Jungen und (junge) Männer ein probates Mittel grundsätzliche Probleme wie

Sprachlosigkeit, Ohnmacht, Isolation, Bedeutungsverlust, Armut oder Identitätskrise für einige Zeit zu lösen (Jacob & Stöver, 2009, S. 9).

2.1.2 Depression aus Geschlechterperspektive

Die meisten Studien gehen bei der Frage der Geschlechterverteilung depressiver Störungen von einem Verhältnis von 2:1 für Frauen aus. Insgesamt liegt die Punktprävalenz unipolar depressiver Störungen vermutlich zwischen 2-3 % bei Männern und 4-7 % bei Frauen (Hautzinger, 2009). Durch das Bundesgesundheitsurvey wurde anhand einer Bevölkerungsstichprobe von 4181 Personen eine Lebenszeitprävalenz für depressive Störungen von 25% bei Frauen im Verhältnis zu 12,3% bei Männern ermittelt (Jacobi et al., 2004). Die Zahlen für die Punktprävalenzen betragen 7,8% bei Frauen und 4,8% bei Männern (Wittchen et al., 2000, zitiert nach Kühner, C., 2006, S. 191). Eine stichpunktartige Studie bei 633 Hausarztpraxen ergab bei einer Stichprobengröße von 20.421 Patienten eine Punktprävalenz von 8,7% für Männer und 13% bei Frauen für irgendeine depressive Störung nach dem ICD oder DSM (Jacobi, Höfler, Meister & Wittchen, 2002). Das Geschlechterverhältnis bei depressiven Störungen ist kultur- und länderübergreifend sehr ähnlich (Weissman & Olfson, 1995). Ein weiterer Aspekt betrifft die Altersverteilung für die bestehenden Geschlechtsunterschiede depressiver Störungen. So sind bei depressiven Kindern zwischen 5 und 14 Jahren nahezu keine Geschlechtsunterschiede zu verzeichnen. Ab der Phase der Pubertät und Adoleszenz bildet sich ein Unterschied heraus, welcher kontinuierlich weiter anwächst, bis er im Altersbereich zwischen 19 und 25 Jahren seinen Höhepunkt erreicht hat. Einen Angleich gibt es erst wieder im späten Alter zwischen 55 und 59. In dieser Altersspanne ist kein nennenswerter Geschlechtsunterschied festzustellen (Kasper & Möller-Leimkühler, 2009).

Nach wie vor ungeklärt ist, ob Geschlechtsunterschiede bei psychiatrischen Erkrankungen eher auf biologische oder eher auf soziale Faktoren zurückzuführen sind (Pjrek, Kasper & Winkler, 2004). Nach einer Auswertung von 5 Studien kamen Sullivan, Neale und Kendler (2000) zu dem Ergebnis, dass das genetische Depressionsrisiko für beide Geschlechter vergleichbar ist. Das Überwiegen der Frauen beim Erscheinungsbild der Depression muss daher primär auf andere Aspekte zurückzuführen sein.

2.2 Suizidalität aus Geschlechterperspektive

Eine nähere Betrachtung der Depressionsstatistik lässt gewisse Zweifel und Unsicherheiten bezogen auf unser Krankheitsverständnis depressiver Störungen aufkommen. Frauen gelten als doppelt so gefährdet, eine depressive Störung zu entwickeln wie Männer (Wittchen et al., 2010; Härter et al., 2010; Beblo & Lautenbacher, 2006; Hautzinger, 2010; Beesdo-Baum & Wittchen, 2011; Hautzinger, 2009). Auf der anderen Seite verüben Männer in Deutschland nach den meisten Statistiken mehr als doppelt so häufig versuchte und erfolgreiche Suizide aus wie Frauen (Hegerl, Althaus & Reiners 2005; Härter et al. 2010; Schaller & Wolfersdorf, 2011). Im Jahre 2008 betrug das Verhältnis 1:3,17 (Bauer, Fartacek & Nindl, 2011). Des Weiteren weisen Frauen häufiger Zahlen versuchten Suizids auf, Männer hingegen suizidieren sich häufiger erfolgreich, was nicht zuletzt an der häufigeren Wahl härterer Methoden wie Erstickten, Erhängen oder Erschießen liegen kann (Wolfersdorf, 2010). Isreal, Felber & Winiecki (2001, zitiert nach Wolfersdorf, 2010, S. 36) gehen davon aus, dass Frauen verstärkt von den sozialen Aspekten des Suizidversuchs profitierten und diesem eher die Funktion einer Unterstützungssuche zugeschrieben werde. Männer seien demgegenüber erfolgreicher in der Durchführung, da diesen weniger Copingmechanismen zugesprochen werden. Eine Erklärung nach Wolfersdorf (2010) für das Überwiegen erfolgreicher Suizide bei Männern findet sich in Tabelle 6.

Erklärungsansätze für das Überwiegen von Männern beim Suizid

- Hoher Todeswunsch; wenig appellativ-intentionale, kommunikative Suizidalität
- Kombination aus Isolation, körperlicher Krankheit, Depressivität und Sucht bei alten Männern
- Eventuell geschlechtsspezifische Ausprägung des Serotonin-Systems im ZNS (z.B. einige 5-HT-Rezeptoren tragen auch Östrogen-Rezeptoren, vermutlich Verstärkung der impulsmodulierenden ZNS-5-HT-Funktion)
- Überwiegen von Männern bei gewalttätiger Auto- und Fremdaggressivität; dabei zerebraler Serotoninmangel
- Gestörte bzw. verzögerte Anpassungsleistung in psycho-physiologischen Habituationsexperimenten bei Männern
- Eher innenorientierte Konfliktlösungsstrategien bei Männern; Depressivität von Männern bei Arbeits- und Beziehungsverlust; bei Frauen Suizidalität überwiegend beziehungsorientiert

Tab. 06: Erklärungsansätze für das Überwiegen von Männern beim Suizid nach Wolfersdorf (2010)

Kapusta et al. (2008, zitiert nach Bauer, Fartacek & Nindl, 2011, S. 63) weisen in der Erklärung des Überwiegens männlicher Suizide insbesondere auf das stärker ausgeprägte Aggressionspotential, die subjektiv höhere Wirkung von Leistungs- und Konkurrenzdruck, sowie auf die höhere Neigung von Alkoholabusus bei Männern hin.

Psychische Erkrankungen gelten als häufigste Ursache für Suizidalität (Lauterbach & Kienast, 2009). 70-90% aller Suizide sind bedingt durch depressive Störungen (Hausmann, Rutz & Meise 2008). Ebenfalls eine Rolle spielt die Schwere der Depression, so suizidieren sich 15% der schwer depressiv Erkrankten. Suizidversuche unternehmen schätzungsweise 20-60% aller Erkrankten, wohingegen 40-80% wenigstens im Laufe ihrer Erkrankung Suizidideen entwickeln (Skogman, Alsén & Öjehagen, 2003). Damit gilt die Depression nach Wolfersdorf (2006) nicht nur als die häufigste psychische Erkrankung, sondern auch als die lebensgefährlichste. Neuere Untersuchungen belegen des Weiteren, dass stärker werdende Depression mit einer höheren Bereitschaft zu autoaggressiven Handlungen einhergeht, welche wiederum suizidale Handlungen begünstigen können (Botsis et al., 1994, 1995, zitiert nach Ille & Huber, 2003, S. 80; Corruble, Damy & Guelfi, 1999). Nach Beck, Steer, Kovacs und Garrison (1985) ist der Aspekt der Hoffnungslosigkeit ein besserer Prädiktor für Suizid als Depression.

Anhand einer Auswertung von Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Suizid, nehmen nach Schaller und Wolfersdorf (2011) neben affektiven Störungen und Schizophrenie die Substanzmittelabhängigkeiten ebenfalls einen hohen Stellenwert für Suizide ein. Demnach steht, je nach Untersuchung, die Alkoholabhängigkeit auf dem zweiten oder dritten Platz für versuchte und vollendete Suizide. Autopsiestudien ergaben bei 19 – 63% aller Suizidopfer eine Störung durch psychotrope Substanzen (Schneider, 2007). Des Weiteren fanden Harris & Barraclough (1997) ein fast 6-fach erhöhtes Suizidrisiko bei bestehendem Alkoholabusus gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Es bleibt zu diskutieren, inwiefern Suizide aufgrund von alkoholbedingten Effekten wie Erniedrigung der Hemmschwelle, Aggressivität oder Selbstüberschätzung geschehen. Des Weiteren wird diskutiert, ob exzessives Verhalten wie z.B. der übermäßige Konsum von Alkohol und Tabak im Sinne einer kontinuierlichen Selbstzerstörung bereits als Suizid auf Raten anzusehen ist (Davison, Naele & Hautzinger, 2007). Nach Linehan (1997, zitiert nach Davison, Naele & Hautzinger, 2007) ist das Suizidrisiko bei zusätzlicher depressiver Begleiterkrankung zum Alkoholismus besonders erhöht. Diese Zahlen belegen möglicherweise auch einen engeren Zusammenhang zwischen Depressionen und Substanzkonsum.

2.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Stressverarbeitung

Die bisherigen epidemiologischen Zahlen belegen zum einen, dass Frauen in etwa doppelt so häufig an Depressionen leiden wie Männer, Männer sich jedoch in etwa 3 mal so häufig wie Frauen suizidieren und ebenfalls in etwa 3-4 mal so häufig eine Alkoholabhängigkeit ausbilden. Die Hypothese liegt daher nahe, dass es sich bei den Störungsbildern Depression und Alkoholabhängigkeit um ähnliche Phänomene handeln könnte und sich lediglich die Reaktion auf Stress und der Umgang mit diesem zwischen Männern und Frauen unterscheiden könnte. Im Vorfeld soll somit zuerst der Stressbegriff passend formuliert werden, um sich an einem passenden Modell orientieren zu können. „Man kann Stress entweder als einen schädigenden Umweltreiz, als eine Belastungsreaktion des Organismus oder als transaktionales Geschehen auffassen.“ (Schwarzer, 2004, S. 153). Nach Lazarus (1995, zitiert nach Eppel 2007) beruht die kognitiv-transaktionale Stresstheorie im Wesentlichen auf der Annahme, dass verschiedenen Personen in potentiell stressauslösenden Situationen Gefühle von Stress entwickeln können. Somit stellt Lazarus hier die Person-Umwelt Beziehung heraus, indem Stress nach diesem Modell einer kognitiven Bewertung unterzogen wird. Im nächsten Schritt folgt eine Einschätzung bezüglich der Bedrohlichkeit der Situation und der Möglichkeiten zur Bewältigung. Stressreaktionen als Solche können dann auf körperlicher, kognitiv-emotionaler oder behavioraler Ebene entstehen (Kaluza, 2004). Eine umfassende telefonische Befragung zum Thema Stress ergab, dass fast jeder zweite Befragte (47%) an subjektiv belastendem Stress litt. Ebenfalls war ein Geschlechtsverhältnis zu verzeichnen, so berichteten 51% der befragten Frauen zu 43% der befragten Männer, von Stress betroffen zu sein. Die Gruppe der von Stress Betroffenen schilderten verschiedene Stressreaktionen, wobei Männer nach dieser Untersuchung andere Stressreaktionen zeigten als Frauen. Demnach benannten Frauen Nervosität (66%), den Wunsch zu weinen (65%) und Energielosigkeit (60%), wohingegen Männer häufiger über Schlafprobleme (59%), Reizbarkeit und Ärger (54%) berichteten (Greenberg & Berkold, 2006). Ernst (2010, zitiert nach Pinquart, 2011) unterscheidet in seiner Darstellung von Geschlechtsunterschieden bei stressbezogenen Variablen zwischen sozialwissenschaftlichen, biologischen und psychologischen Erklärungsansätzen. Die *sozialwissenschaftlichen Theorien* betonen

insbesondere unterschiedliche Anforderungen zwischen Männern und Frauen. Frauen seien demnach eher von sozialen Stressoren betroffen als Männer, wohingegen Männer eher bei berufsbezogenen Faktoren Stress erleben. Biologische Stresstheorien gehen davon aus, dass die rechte Gehirnhälfte bei Frauen zur Verarbeitung von Gefahren und Vermittlung von Ängsten vergleichsweise stärker angeregt wird und sich neurophysiologische Stressreaktionen schneller auslösen lassen als bei Männern.

Die psychologischen Erklärungsansätze beziehen sich eher auf die Bewältigung von Stress. Auch hier wird beschrieben, dass Frauen sich schlechter von Stressoren distanzieren können und eher passiv im Unterschied zu Männern reagieren, welche hingegen Stressoren eher durch aktive Problemlösung zu bewältigen versuchen, jedoch auch in missbräuchlicher Art und Weise zum Alkoholkonsum neigen.

Nach Piccinelli und Wilkinson (2000) sind geschlechtsspezifische Stressoren und Risikofaktoren für die individuelle Entwicklung depressiver Erkrankungen mit ausschlaggebend. Eine Übersicht geschlechtsspezifischer Risikofaktoren können der Tabelle 7 entnommen werden.

Risikofaktoren für Frauen	Risikofaktoren für Männer
<ul style="list-style-type: none"> • Niedriger sozioökonomischer Status • Niedriges Bildungsniveau • Hausfrau • Ehefrau • Mutter • Alleinerziehende Mutter • Geringe soziale Unterstützung • Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger • Sexueller Missbrauch in der Kindheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Niedriger sozioökonomischer Status • Alleinlebend • Scheidung/Trennung • Arbeitslosigkeit • Berufliche Gratifikationskriterien • Pensionierung • Chronische Erkrankungen

Tab.07: Geschlechtsspezifische Risikofaktoren nach Piccinelli & Wilkinson (2000)

Gender-Theorien gehen davon aus, dass männliches und weibliches Verhalten als solches zu einem sehr hohen Teil konstruiert ist und nicht nur durch biologische Gegebenheiten determiniert ist. So ist davon auszugehen, dass kulturelle Aspekte der Sozialisation für die Ausprägung der Geschlechtsrollenorientierung und der Geschlechteridentität prägend sind (Stephan, 2006). Geschlechtsunterschiede gelten vor allen Dingen als historisch geprägt durch Zuschreibungen von typisch weiblichen oder männlichen Eigenschaften (von Braun, 2006). Sawyer (1974, zitiert nach Walter, 2006) beschrieb den Rollendruck der Männlichkeit als krank machend. Nach Connells (1999, zitiert nach Connell, 2006) Konzept der „hegemonialen Männlichkeit“ diene der Ausbau der Männlichkeitsnormen historisch dem Erhalt der Vormachtstellung des

Patriarchats. Die klassischen Geschlechtsrollen entstanden demnach durch Machtkämpfe zwischen den Geschlechtern. Heutzutage geraten Männer verstärkt in den Konflikt, da traditionell-männliche Rollenideale nicht mehr zeitgemäß erscheinen.

Das traditionelle Konstrukt der Männlichkeit ist in einer sich schnell verändernden postindustriellen Gesellschaft nicht mehr funktional, gleichzeitig stehen aber keine neuen männlichen Identifikationsschablonen zur Verfügung, sodass die Folgen auf Grund männlicher Rollenkonflikte unausweichlich sind. (Möller-Leimkühler, 2000, S. 408).

Als Anforderung der modernen Männerrolle während des Sozialisationsprozesses benennen Böhnisch und Winter (1995) verschiedene emotionale Bewältigungskategorien zur Entwicklung einer männlichen Identität (Siehe Tab.08).

<i>Anforderungen an die Männerrolle während der Sozialisation</i>	
1. Externalisierung/Außenorientierung	<i>Grundlegendes Verbot, sich mit der Innenwelt zu befassen</i>
2. Gewalt	<i>Gegen Frauen, gegen andere Männer, gegen sich selbst</i>
3. Benützung	<i>Funktionalisieren/ Abwerten von anderen Menschen, aber auch der Umwelt</i>
4. Stummheit	<i>Aufgrund des fehlenden reflexiven Selbstbezugs nicht über sich selbst reden können</i>
5. Alleinsein	<i>Zwang zur Autonomie; mit allem allein fertig werden</i>
6. Körperferne	<i>Nichtwahrnehmung des eigenen Körpers; Angst vor körperlicher Nähe und Intimität mit anderen Männern; Objektivierung von Frauen</i>
7. Rationalität	<i>Abwertung und Verdrängung von Emotionen</i>
8. Kontrolle	<i>Selbstkontrolle und Kontrolle der Umwelt</i>

Tab.08: Anforderungen an die Männerrolle während der Sozialisation nach Böhnisch & Winter (1995)

Ernst (2010, zitiert nach Pinquart, 2011) beschreibt in der „Expressivitätshypothese“, dass Frauen verstärkt zu offeneren und lebhafteren Emotionsschilderung sozialisiert wurden und es daher zu einer Tendenz der Unterdiagnostizierung von Stress, sozialen Problemen und psychischen Erkrankungen bei Männern kommt. Es wird davon ausgegangen, dass das männliche bzw. weibliche Rollenstereotyp zur Emotionalität einen Einfluss auf das Emotionsverhalten bei Männern und Frauen hat. In Selbstschilderungen berichteten Frauen in psychologischen Untersuchungen konstant von einem höheren Maß an Emotionalität als Männer. Auch berichteten Frauen konstant von einer höheren Neigung, emotional bedeutsame Erfahrungen zu suchen (Allen & Haccoun, 1976; Balswick & Avertt, 1977; Larsen & Diener, 1987). Nach

Kellerher et al., (2000) besteht ein wichtiger Schutzfaktor für Frauen darin, in positiver Art und Weise mit ihren Emotionen umgehen und belastende Situationen besser ertragen zu können. Männer hätten des Weiteren Defizite in der Wahrnehmung aversiver emotionaler Zustände. Möglicherweise könnten Männer sich ihre Gefühle weniger gut eingestehen, was auch dazu führt, dass es Männern schwerer fällt, ihre Gefühle zu äußern und anderen mitzuteilen. Auch hier vermuten die Autoren neben biologischen Einflüssen auch geschlechtsspezifische soziale Rollenvorstellungen.

Da Emotionalität streng codiert ist (sozial akzeptiert sind Aggressivität, Ärger oder Feindseligkeit, nicht akzeptiert sind „weibliche“ Gefühle wie Schwäche, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Traurigkeit), kommt es zu einer dauerhaften Unterdrückung von als weiblich geltende Emotionen. Traditionelle männliche Sozialisation produziert damit eine emotionale Hemmung, die schon früh eingeübt wird und mit zunehmendem Alter ebenfalls zunimmt. (Möller-Leimkühler, 2006, S. 220).

Grossman und Wood (1993) konnten feststellen, dass die Implementierung von geschlechtsbezogenen Erwartungen bei Probanden einen Einfluss auf die Offenheit der Emotionsschilderung hatte. So waren Männer im Bewusstsein, das Geschlechterunterschiede gering seien, offener in ihrer Emotionsschilderung gegenüber den Versuchsleitern als Männer, die vorher davon überzeugt wurden, dass Geschlechtsunterschiede sehr groß seien.

Branney und White (2008) gehen davon aus, dass die Orientierung an der Geschlechtsrolle einen wesentlichen Einfluss darauf haben kann, wie Männer und Frauen mit Problemen umgehen. So beziehen sich maskuline Copingstrategien auf konkrete Probleme und situative Faktoren. Feminine Problemlösestrategien seien emotionsbasierter und zielten eher darauf ab, Stimmungen zu regulieren (Li, DiGuseppe & Froh, 2006). Diese feminine Orientierung auf emotionale Faktoren mache Frauen jedoch auch anfälliger für Depressionen.

Ein weiterer wichtiger Zusammenhang zum Coping bei stressbezogenen Faktoren ergibt sich im Maß der sozialen Unterstützung. In der Stressforschung konnte nachgewiesen werden, dass sozialer Rückhalt Stresseffekte „abfedern“ kann (Thoits, 1986).

Hinsichtlich des Geschlechtsunterschieds für soziale Unterstützung gibt es viele Befunde, dass Männer weniger soziale Unterstützung erfahren als Frauen. Des Weiteren scheinen Männer weniger erfolgreich in der Erschließung sozialer Unterstützungsquellen zu sein (Glynn, Christenfeld & Gerin, 1999). Nach Matthews,

Stansfeld und Power (1999) zeigen Frauen hingegen eine höhere Bereitschaft zur sozialen Unterstützung als Männer und erhalten im Gegenzug auch mehr von dieser. Des Weiteren haben sie nach Antocucci und Akiyama (1987) ein höheres Maß an *wahrgenommener Unterstützung* und sind mit *erhaltener Unterstützung* zufriedener als Männer (zitiert nach Kienle, Knoll & Renneberg, 2006, S. 111). Beide Geschlechter scheinen darüber hinaus eher von weiblicher als von männlicher Unterstützung auf emotionaler Basis zu profitieren (Glynn, Christenfeld & Gerin, 1999). Nach einer Analyse mehrerer Forschungsergebnisse berichten Kohlmann et al. (2008) von einem geringen Geschlechtsunterschied im Alter von 3-4 Jahren bezogen auf die Suche nach sozialen Unterstützungsquellen. Mit dem Alter werde der Geschlechtsunterschied für das beobachtete Copingverhalten jedoch größer, sodass bereits Mädchen im Alter zwischen 7 und 16 Jahren eher zur Suche nach sozialer Unterstützung in Stresssituationen neigen, wohingegen Jungen und junge Männer eher mit Vermeidung der Situation reagieren.

Der Umgang mit Stresssymptomen spielt generell für den Verlauf und die Entwicklung von psychischen Erkrankungen eine besondere Rolle. Die positive Bewältigung stressreicher Ereignisse und Distress geht somit unmittelbar mit psychischer Gesundheit einher (Schwarzer, 2004; Knoll, Scholz & Rieckmann, 2005). Laut Bodenmann, Cina und Schwerzmann (2001) weisen Depressive vielfältige Defizite in der positiven Bewältigung von Belastungen auf, wobei die Schwere der Depression auch mit einer höheren Dysfunktionalität bzgl. des individuellen Copings einhergeht.

Susan Nolen-Hoeksema beschrieb (1991) in ihrer Response-Style Theorie zwei kognitive Copingmechanismen zur Verarbeitung depressiver Gefühle:

I propose that the ways people respond on their own symptoms of depression influence the duration of these symptoms. People who engage in ruminative responses to depression, focusing on their symptoms. People who engage in ruminative responses to depression, focusing on their symptoms and the possible causes and consequences of their symptoms, will show longer depression than people who take action to distract themselves from their symptoms. (S. 569).

Demnach steht die Rumination als kognitive Verarbeitungsstrategie der Distraction gegenüber. Nach Martin und Tesser (1997, zitiert nach Wimmer, 2010) bedeutet Rumination das Wiederholen depressiver gedanklicher Inhalte und eine fortlaufende gedankliche Beschäftigung mit bestimmten depressionsassoziierten Themen, welche jedoch nicht lösungs- oder zielorientiert sind, sondern ihren Fokus insbesondere auf

die negativen Aspekte legt¹. Nach Nolen-Hoeksema (2000) führt anhaltende Rumination insbesondere zur Aufrechterhaltung und Verschlimmerung depressiver Symptome und gilt daher als dysfunktionale Copingstrategie.

Die Distraction wird als zielgerichtete funktionale Copingstrategie der kognitiven und verhaltensmäßigen Ablenkung verstanden, durch die kurzfristig der aktuelle Prozess des gegenseitigen Aufschaukelns negativer Stimmung, negativer Kognition und beeinträchtigter Informationsverarbeitung unterbrochen und somit eine weitere Verfestigung der Symptomatik entgegengewirkt werden kann (Nolen-Hoeksema, 1991; Bürger & Kühner, 2007). Mehrere Studien konnten belegen, dass Frauen verstärkt zum ruminieren, Männer verstärkt zum distrahieren neigen (Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema, Morrow & Frederickson, 1993; Butler & Nolen-Hoeksema, 1994; Li, DiGuiseppe & Froh, 2006). Nach einer Studie von Nolen-Hoeksema und Harrell (2002) steht die Tendenz zur Rumination für beide Geschlechter mit der Entwicklung depressiver Symptome in Verbindung. Die Rumination als Solche führt demnach geschlechtsunabhängig zur Entwicklung depressiver Symptome. Nach derselben Studie geht eine erhöhte Neigung zur Rumination auch mit einer höheren Neigung zum substanzbezogenem Coping einher.

Copingstrategien können zwischen problemorientiertem und emotionsorientiertem Coping unterschieden werden (Billings & Moos, 1982; Lazarus & Folkman, 1984, je zitiert nach Zimbardo & Gerrig, 2004, S. 575). Das problemorientierte Coping setzt darauf, die Situation zu verändern (z.B. durch Kampf oder Flucht, oder künftigem Vermeiden von denselben oder ähnlichen Stressoren), während das emotionsorientierte Coping eher auf die Regulierung der mit dem Stress verbundenen negativen Emotionen abzielt (Selbstveränderung durch Medikamente, Ablenkung, gedankliche Beschäftigung etc.).

Nach Wolfersdorf, Schulte-Wefers und Schaller (2008) tendieren Männer bei bestehender Depression zu Isolation, Aggressivität, verdeckter Suizidalität und Alkoholismus und äußern eher körperliche Beschwerden. Eine depressive Patientin formulierte das Phänomen: „Frauen heulen, Männer bringen sich um“ (Hausmann, Rutz & Behnke, 2008, zitiert nach Wolfersdorf, 2010, S. 36). Auch Dinges (2006) geht von geschlechtsspezifischen Copingstrategien aus, wenn er schreibt: „Männer

¹ Vgl. auch hierzu die kognitive Triade nach Beck, S. 18.

kompensieren ihren Streß (sic!) mit größeren Mengen von Alkohol und anderen gesundheitsschädlichen Genußmitteln (sic!). Probleme „lösen“ Männer häufiger als Frauen durch Verdrängung oder Aggressivität.““ (S. 21).

Auch nach Walter, Dammann, Wiesbeck und Klapp (2005) steht stressbezogenes Coping besonders häufig am Beginn der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Insbesondere wird in vielen Publikationen ein Teufelskreis aus Distresssymptomen, Alkohol als Copingstrategie und einer mit den Folgen des Alkohols verbundenen weiterentwickelnden Distress-Syndroms dargestellt. So bezieht sich insbesondere der nach Jellinek (1960) bekannt gewordene Subtyp des Konflikttrinkers (Typ Alpha) auf das beschriebene Copingschema. Auch die bereits 1940 von Hull entwickelte Spannungsreduktionshypothese (zitiert nach Lindenmeyer, 2011, S. 752) und die Selbstmedikationshypothese (Khantzian 1985; 1997) liefern weitere theoretische Hintergrundannahmen für copingbezogenes Trinkverhalten. Des Weiteren konnte belegt werden, dass die Rückfallgefahr im Bereich der *negativen Gefühlszustände* bei Alkoholabhängigen am höchsten ist (Marlatt, 1985 a; Körkel & Schindler, 2003).

2.4 Männliches Hilfesuch- und Gesundheitsverhalten

Im Allgemeinen gelten Frauen als gesundheitsbewusster als Männer. Nach einer Studie von Wiesmann, Timm und Hannich (2003) zeigen Männer insbesondere schlechter ausgeprägte Gesundheitsverhaltensweisen im Bereich der Compliance, der Substanzvermeidung, der Sicherheitsorientierung und der Hygiene. Verschiedene Studien belegen, dass Frauen bei allgemeinmedizinischen Beschwerden eine bis zu doppelt so hohe Bereitschaft besitzen einen Arzt zu konsultieren als Männer. Der Geschlechtsunterschied wird auch bei der Inanspruchnahme von Hilfe bei psychischen Beschwerden und stressbezogenen Erkrankungen als groß eingeschätzt (Corney, 1990; Briscoe, 1987; Hibbard & Pope, 1986; Gijsbers van Wijk et al., 1992; Lefebvre et al., 1998; Verbrugge, 1985; 1989). Durch Befragungen zur Gesundheitseinstellung konnte gezeigt werden, dass Männer zur systematischen Selbstüberschätzung bezüglich ihrer eigenen Gesundheit neigen (Sommer & Weißbach, 2010).

So genannte *Artefakttheorien* gehen davon aus, dass Frauen in Folge ihres höher ausgeprägten Hilfesuchverhaltens eine höhere Bereitschaft haben Symptome zu realisieren und offen vor einem Gesprächspartner zu äußern (Möller-Leimkühler, 2008b). Nach dieser Artefakt-Theorie könnten Männer und Frauen ähnlich häufig an depressiven Störungen erkranken, die bekannte Geschlechterdifferenz jedoch werde künstlich produziert. Neben dem gering ausgeprägtem Hilfesuchverhalten der Männer, geschehe dies des Weiteren durch Unterschiede im Symptombenrichtverhalten und in der Symptomqualität. So Sorge ein systematisch verzerrtes Erinnerungsvermögen depressiver Symptome zu verzerrter Selbstbeurteilung (Wilhelm & Parker, 1994; Möller-Leimkühler, 2000). Verantwortlich hierfür sei nach Möller-Leimkühler (2003) die typisch männliche Unterdrückung von Emotionen im Sinne einer „restriktiven Emotionalität“ (nach Carpenter und Addis, 2000). Nach Möller-Leimkühler (2009) hätte das Eingeständnis von Hilflosigkeit und die Äußerung eines Hilfebedarfs, für traditionell rollenorientierte Männer einen Identitäts- und Statuskonflikt zur Folge:

Die traditionelle männliche Geschlechtsrolle, charakterisiert durch Leistungs- und Erfolgsorientierung vor allem in der Berufsrolle, erfordert die Bewältigung von Gefahren, Bedrohungen und Schwierigkeiten, ohne dass damit verbundene Ängste und Probleme wahrgenommen, bzw. zugegeben werden dürfen. Hilfesuche ist im Männlichkeitsstereotyp nicht vorgesehen, da sie Inkompetenz und Abhängigkeit, Aufgabe von Autonomie und Selbstkontrolle signalisiert, kurzum „Unmännlichkeit.“ (Möller-Leimkühler, 2006, S. 220)

Männliche Rollenattribute produzieren nach Möller-Leimkühler (2001) daher Barrieren zur Hilfesuche, wohingegen weibliche Rollenattribute eher förderlich für die Inanspruchnahme von Hilfe sind. Da Männer Erkrankungen als Bedrohung ihrer männlichen Identität erleben, reagieren sie bei Belastungen und Stressoren eher mit Nichtwahrnehmung, Bagatellisierung und Verleugnung. Dinges (2010) führt das Phänomen auf Connells Theorie der „hegemonialen Männlichkeit“ zurück (Siehe Kapitel 2.3). Kühner (2006) kommt jedoch anhand eines Vergleichs zwischen Bevölkerungsstudien und Studien zur Population von Inanspruchnahme von Hilfe zu dem Ergebnis, dass die Erkrankungsrate in beiden Settings ähnlich ist und daher kein Hilfesuchartefakt existiert. Das unterschiedliche Gesundheitsverhalten wird nach Waldron (1997, zitiert nach Wiesmann et al. 2003, S. 155) in erster Linie auf komplementäre Geschlechtsrollenaspekte, nämlich ein erhöhtes Risikoverhalten bei Männern und ein höheres Gesundheitsbewusstsein bei Frauen, zurückgeführt. Nach

(Maschewsky-Schneider, 1996; Sieverding 1998, je zitiert nach Pauli & Hornberg 2010, S. 631) ebenfalls auf die höhere Krankheitsanfälligkeit bei Frauen.

Good und Wood (1995, zitiert nach Branney & White, 2008, S. 258) beschreiben, dass maskulin orientierte Männer Hemmungen in der Aufsuche eines Psychotherapeuten haben können, da das Verfahren eher dem femininen (emotionsorientierten) Problemlösestil entspreche als dem maskulinen (problemorientierten) Copingstil (Siehe Kapitel 2.3). Nach Angermeyer (2003) sei hierfür insbesondere die mit psychischen Erkrankungen einhergehende Angst vor Stigmatisierung ausschlaggebend. Forschungsergebnisse belegen, dass Männer eine höhere Bereitschaft haben über alkoholbezogene Störungen zu sprechen, wohingegen Frauen eher von emotionalen Problemen berichteten, jedoch aus Furcht vor der Etikettierung als „Trinkern“ weniger bereit waren, über ihren Alkoholkonsum zu sprechen (Allen et al., 1998, zitiert nach Kühner, 2006, S. 167; Thom, 1986). Die Inanspruchnahmerate von Psychotherapie in ambulant psychotherapeutischen Praxen ist annähernd gleich verteilt² (Gallas et al., 2008). Die Zahlen der akut psychisch Erkrankten gehen von einem Verhältnis von 37% zu 25% mit höherem Frauenanteil aus (Bundespsychotherapeutenkammer, 2012), was bedeuten würde, dass in der geschlechtsspezifischen Krankheitsrelation eher Frauen weniger ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen. Für den Bereich der stationären-psychiatrischen Versorgung liegt das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ebenfalls annähernd gleich, mit einer Tendenz zur höheren Inanspruchnahme von Männern. Nach Hübner-Liebermann, Hajak und Spießl (2008) blieb das Geschlechterverhältnis von männlichen und weiblichen Patienten einer psychiatrischen Klinik über elf Jahre hinweg konstant. Ein bedeutsamer Geschlechterunterschied war nicht zu verzeichnen gewesen. Die Behauptung der mangelnden Hilfesuche bei Männern kann für die Bereiche der ambulanten Psychotherapie und stationären Psychiatrie, zumindest aufgrund dieser Datenlage, nicht gehalten werden.

Bezogen auf das Krankheitsbild depressiver Störungen ist belegt, dass die Inanspruchnahmeraten von medizinischer oder psychologischer Hilfe bei depressiven Störungen generell geschlechterunabhängig äußerst gering ist (Maier et al., 1999). Anhand einer klinischen Stichprobe bei chronisch Depressiven kamen Kornstein et al.

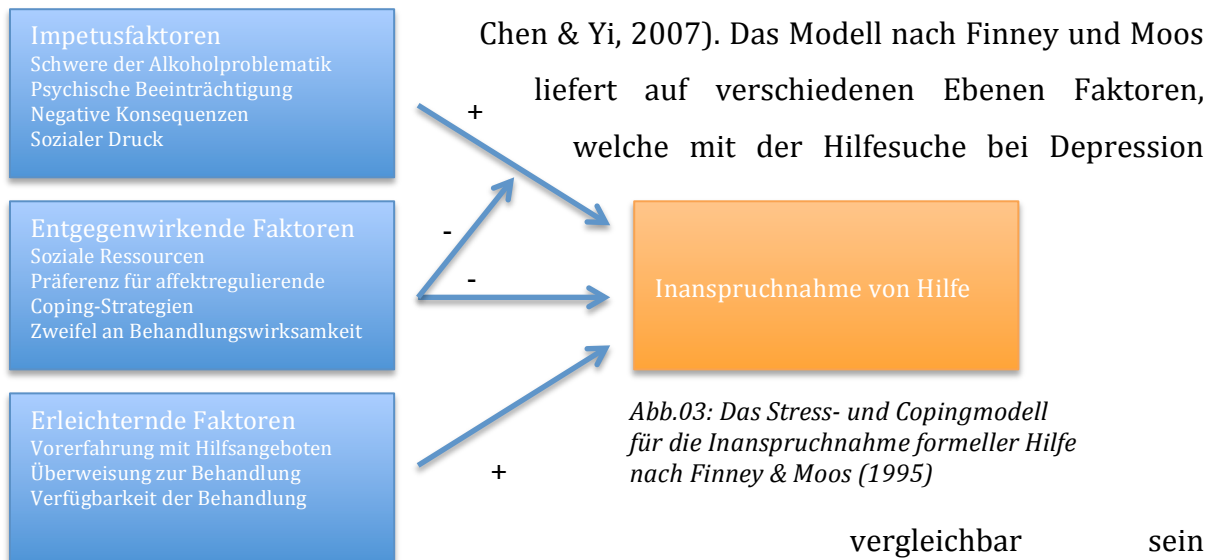
² In der Studie von Gallas et al. (2008) betrug das Verhältnis 385 Frauen zu 329 Männern.

(2000) zu dem Ergebnis, dass Frauen eine deutlich höhere Bereitschaft zeigten, depressive Symptome medikamentös oder psychotherapeutisch behandeln zu lassen als Männer. Des Weiteren schätzen Männer den Schweregrad eigener depressiver Symptome geringer ein als Frauen (Ruppe, 1996, zitiert nach Wolfersdorf et al., 2006, S. 7). In einer Studie an 1004 jungen Männern im Zuge der Musterung stellten Möller-Leimkühler, Heller und Paulus (2007) heraus, dass 41% der Männer mit Depressionsgefährdung nach einem Diagnoseinstrument für Symptome der *Male Depression* (Siehe Kapitel 4.3.1) angaben, kein psychisches Problem zu haben. Lediglich 9% hatten professionelle Hilfe aufgesucht.

Für die formelle Hilfe bei Alkoholproblemen konnten Cohen et al. (2007) anhand einer Datenanalyse mehrerer Studien eine Inanspruchnahmerate von 14% feststellen. Es ist davon auszugehen, dass der überwiegende Teil medizinische Leistungen aufgrund der Folgeerkrankungen in Anspruch nimmt. So konsultieren 70-80% aller Betroffenen den Hausarzt und 30-35% werden in einem Allgemeinkrankenhaus behandelt. Eine Fachberatungsstelle suchen lediglich 6% und eine psychiatrische Klinik lediglich 4% der Betroffenen auf (Wienberg, 2002, zitiert nach Diehl & Mann, 2005, S. 2245). Für die Abstinenzprognose wiesen in einer Kontrollgruppenstudie zwischen Hilfesuchenden und nicht-Hilfesuchenden diejenigen ohne vorhergehende Inanspruchnahme von Hilfe eine signifikant höhere Rückfallwahrscheinlichkeit auf (Moos & Moos, 2006).

Finney und Moos (1995) entwickelten zum Thema der formellen Inanspruchnahme von Hilfe bei Alkoholproblemen ein Stress- und Copingmodell, welches von einer Wechselwirkung zwischen antreibenden (Impetusfaktoren), hemmenden (entgegenwirkenden Faktoren) und unterstützenden (erleichternden Faktoren) Aspekten ausgeht (Siehe Abb.03). Die *Impetusfaktoren*, wie z.B. Abhängigkeitsschwere oder parallele Begleiterkrankungen) treiben die Hilfesuche voran. *Hemmende Faktoren*, wie soziale Ressourcen oder Zweifel an der Wirksamkeit von Hilfe, wirken sich negativ auf die Hilfesuche aus. Als *erleichternd* können bspw. Faktoren wie eine positive Vorerfahrung mit Hilfe oder eine ortsnahe Verfügung der Behandlung wirken. Mehrere Studienergebnisse konnten aufzeigen, dass die Schwere der Abhängigkeit im Zusammenhang mit der Hilfesuche steht (Bardsley & Beckman, 1988; Mulford & Fitzgerald, 1981; Weisner, 1993; Weisner & Matzger, 2002; Moss, Chen & Yi, 2007). Andere Ergebnisse lassen jedoch auf keinen entsprechenden Zusammenhang schließen (Bannenber, Raat & Plomp, 1992; Tucker, 1995; Tucker & Gladsjo, 1993). Weiterhin

ist davon auszugehen, dass psychische Begleitbelastungen in Form von Depressionen zur Hilfesuche beitragen (Hingson et al., 1982; Woodruff, Guze & Clayton, 1973; Moss,



könnten. Nach Cellucci, Krogh und Vik (2006) ist das Problembewusstsein als solches schon ausschlaggebend für die Suche nach Hilfe.

Lane und Addis (2005) konnten anhand einer kleineren Stichprobe aus den USA und Costa Rica ein differenzierteres Bild zum Hilfesuchverhalten bei psychischen Erkrankungen aufzeigen. Demnach ist das Hilfesuchverhalten neben maskuliner Geschlechtsrollenorientierung von vielen weiteren Faktoren, wie z.B. Zugangsmöglichkeiten zu Hilfsangeboten, abhängig. Außerdem ging der Faktor Substanzkonsum mit einer eher höheren Bereitschaft zur Hilfesuche einher als der Faktor Depression.

2.5 Zur Diagnostik von Depression bei Männern

Nach Rutz (1999) liegt das Verhältnis depressiver Störungen von Frauen zu Männern bei 2:1, die Suizidrate jedoch bei 1:5. Ähnliche Befunde stammen aus Ungarn, woraufhin dieses Phänomen als „ungarisches Paradoxon“ bekannt geworden ist (Rihmer, Barsi, Veg & Katona, 1990).

Augenscheinlich kann für den großen Unterschied zwischen Frauen und Männern mit klinischer Depression ein *gender-bias* in der Depressionsdiagnostik eine unzureichende Diagnostik begünstigen. So gehen die üblichen Instrumente zur diagnostischen

Erfassung einer depressiven Erkrankung vorwiegend von eher weiblich konnotierten Symptomen der Depression aus. Des Weiteren werden auch eher weibliche Copingstrategien (Antriebslosigkeit, Grübeln, Selbstvorwürfe) erfragt als männliche (Aggressivität, Ärgerattacken, Feindseligkeit, Aktivismus, exzessiver Alkoholkonsum). Dies führe nach Möller-Leimkühler (2006) nicht nur zur Unterdiagnostizierung depressiver Störungen, sondern auch zu Fehldiagnosen bei Männern, da die Diagnosen Alkoholabhängigkeit oder antisoziale Persönlichkeitsstörung augenscheinlich bei Männern überrepräsentiert sind und besser zum männlichen Rollenstereotyp passen. Nach Kämmerer (2001, zitiert nach Möller-Leimkühler, 2006, S. 218) wird eine psychische Störung eher erkannt, je mehr das mit der Störung zusammenhängende Verhalten aus dem Normbereich des Geschlechtsstereotyps fällt. Dies sei sowohl bei einer Über- als auch bei einer Untererfüllung der erwarteten Norm der Fall³. Demnach spielt das beobachtete Verhalten und die Bewertung hinsichtlich eines Geschlechtsrollenstereotyps eine große Rolle bei der Diagnostizierung psychischer Störungen. Des Weiteren ist die Quote der Fehldiagnosen bei depressiven Störungen besonders hoch. So blieben nach den Ergebnissen der „Depression 2000“ Studie, 26% aller anhand der ICD-10 Kriterien erfüllten Depressionen bei Hausärzten unerkannt. Bei 19% wurde eine andere psychische Störung diagnostiziert. Erkannt wurde eine manifeste depressive Störung bei 55% aller Patienten, von denen 21% als „definitiv depressiv“ und 34% als möglicherweise depressiv eingeschätzt worden sind (Wittchen & Pittrow, 2002). Diese Ergebnisse weisen auf eine hohe Fehleranfälligkeit und Beliebigkeit professioneller Diagnostik hin. Die Frage nach geschlechtsspezifischen Formen und epidemiologischen Unterschieden der Depression ist keineswegs neu. So fand Murphy (1995) anhand einer Datenauswertung von 16 Jahren im Rahmen der *Stirling County Follow-Up Study* ein annähernd gleiches Verhältnis von Männern und Frauen in der Vergangenheit. Unterschiede ergaben sich erst dann, wenn bestimmte Kriterien in der Diagnostik vernachlässigt worden sind (psychomotorische Unruhe, Konzentrationsprobleme, Suizidideen, Gefühle von Wertlosigkeit und sexuelles Desinteresse) und insbesondere das Hilfesuchverhalten mitberücksichtigt wurde. Murphy ging schon damals trotz Kritik zum methodischen Vorgehen (Weissman et al.,

³ Eine Übererfüllung der erwarteten Geschlechtsnorm wäre z.B. eine übergroße Vorsicht oder Ängstlichkeit bei Frauen, als Beispiel für eine Untererfüllung wird Aggressivität bei Frauen oder Weinerlichkeit bei Männern angeführt.

1997) von einem methodologischen Artefakt und einem möglichen Gender-bias aus. Auch Wilhelm und Parker (1994) gingen von einem Artefakt in der Diagnostik aus, indem Sie in einer Längsschnittstudie herausfanden, dass sich Frauen insbesondere besser an vergangene depressive Symptome erinnerten als Männer, und somit in der Berichterstattung eher über depressive Gefühle sprechen als Männer.

2.6 Zum Modell der „Male Depression“

Die Idee für das Krankheitsmodell der *Male Depression* wurde von Rutz, von Knorrig, Pihlgren, Rihmer & Wålinder (1995) und Rutz (1999) entwickelt und hat ihre Wurzeln in der sogenannten Gotland-Studie. Aufgrund der hohen krankheitsbedingten Folgekosten und der hohen Suizidrate der kleinen schwedischen Insel wurde in den Jahren 1983 - 1984 ein Suizidpräventionsprogramm mit dem Ziel der Verbesserung der Depressionsdiagnostik und -behandlung entwickelt. An dem Fortbildungsprogramm des *Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression* nahmen alle 20 der damals praktizierenden Allgemeinärzte der Insel teil (Rutz, 1999; Rutz, 2001). Durch die Schulung war es den Ärzten möglich, die Suizidrate um ca. 65% zu verringern (Rutz et al., 1995). Auffällig war jedoch, dass Suizide bei Frauen um bis zu 90% reduziert werden konnten, die Suizidrate der Männer hingegen nahezu unverändert blieb. Im Zuge der Durchführung psychologischer Autopsien der Suizidopfer wurde deutlich, dass die Suizidenten den ansässigen Ärzten nicht bekannt waren. Laut Aussagen der örtlichen Polizeibehörde und des Ordnungsamtes wurden diese häufig durch übermäßigen Alkoholkonsum auffällig (Möller-Leimkühler, 2006). Auch wählten viele der männlichen Opfer härtere Suizidmethoden. Rund die Hälfte der Opfer wurde im Nachhinein durch biographische Analysen eine manifeste Depression zugeschrieben (Rihmer, Rutz & Pihlgren, 1995).

Pollack (1998, zitiert nach Lechner, 2009) beschrieb anhand von Beobachtungen aus seiner Psychotherapiepraxis die Möglichkeit einer geschlechtsspezifischen Ausprägung depressiver Störungen, indem er andere Kriterien zur Diagnose von Depressionen bei Männern vorschlug. In Anlehnung an Pollack erweiterten Zierau, Bille, Rutz und Bech (2002) die vorgeschlagenen diagnostischen Kriterien (Siehe Tabelle 9).

Diagnostische Kriterien „männlicher Depression“

- *Vermehrter sozialer Rückzug, der oft verneint wird*
- *Burnout: berufliches Überengagement, das mit Klagen über Stress maskiert wird*
- *Abstreiten von Kummer und Traurigkeit*
- *Zunehmend rigide Forderungen nach Autonomie (in Ruhe gelassen werden)*
- *Hilfe von anderen nicht annehmen (Das „Ich kann das schon alleine“ – Syndrom)*
- *Ab- oder zunehmendes sexuelles Interesse*
- *Zunehmende Intensität oder Häufigkeit von Ärgerattacken*
- *Impulsivität*
- *Vermehrter bis exzessiver Alkohol- und/oder Nikotinkonsum (weiterhin z.B. süchtig nach Sport, Fernsehen o.Ä.)*
- *Ausgeprägte Selbstkritik, bezogen auf vermeintliches Versagen*
- *Versagensangst*
- *Andere für eigene Probleme verantwortlich machen*
- *Verdeckte und offene Feindseligkeit*
- *Unruhe und Agitiertheit*
- *Konzentrations-, Schlaf- und Gewichtsprobleme*

Tab.09: Diagnostische Kriterien „männlicher Depression“ nach Zierau et al. (2002)

Nach Wålinder und Rutz (2001) ist die Depression bei Männern gekennzeichnet durch *Geringe Stresstoleranz, Ausagierende Verhaltensweisen, Geringe Impulskontrolle, Irritabilität, Ruhelosigkeit, Unzufriedenheit, Substanzmissbrauch, Antisoziale Verhaltensweisen, Depressive Verstimmung* und/oder eine *Erbliche Vorbelastung für depressive Erkrankung, Alkoholismus und/oder Suizid*.

Möller-Leimkühler (2006) schreibt den eher männlich assoziierten Symptomen der Depression die Rolle des Schutzes einer „starken Fassade“ im Sinne eines männlichen Geschlechtsrollenschemas zu. Es ist davon auszugehen, dass sich Kernsymptome depressiver Störungen grundsätzlich nicht zwischen männlich und weiblich unterscheiden lassen. Das Vollbild der Major Depression ist daher auf symptomatischer Ebene vermutlich bei Männern, wie bei Frauen identisch (Möller-Leimkühler, 2006). Dennoch berichten Männer bei bestehender depressiver Erkrankung von konstant weniger Symptomen als Frauen (Angst et al., 2002). Stattdessen fanden sich in einigen Studien eindeutige Hinweise auf erhöhten Alkoholkonsum (Angst et al., 2002), erhöhte Feindseligkeit (Katz et al., 1993) und Agitiertheit bei depressiven Männern (Kockler & Heun, 2002). Darüber hinaus fanden Winkler et al. (2004) und Winkler, Pjrek und Kasper (2005; 2006) eine Neigung zu Aggressivität, Impulsivität, Ärgerattacken und Irritabilität bei depressiven Männern. Ähnliche Ergebnisse erbrachte auch eine Studie von Möller-Leimkühler, Bottlender, Strauß und Rutz (2004) an stationären Patienten einer Psychiatrie. Des Weiteren berichten Frauen im Vergleich zu Männern von

schwereren Symptomen (Kornstein et al., 2000; Scheibe, Preuschhof, Cristi & Bagby, 2002). Nolen-Hoeksema (1991) geht davon aus, dass geschlechtsspezifische Symptome, wie bspw. Ärgerattacken, besonders im früheren Stadium der Erkrankung als Folge geschlechtsspezifischer Copingstrategien dominieren. Bei zunehmender Krankheitsschwere ist eine Überlagerung durch klassische Depressionssymptome denkbar. Das theoretische Konstrukt der *Male Depression* wird unter anderem durch die Ergebnisse der „Amish Study“ unterstützt, in der zwischen 1976 und 1980 eine Stichprobe von 12.500 Personen einer U.S. amerikanischen Amish Gemeinde untersucht wurde. Anhand der Stichprobe konnte bezüglich der Epidemiologie der Major Depression kein Geschlechtsunterschied festgestellt werden, da das Krankheitsbild mit einem Verhältnis von 49% zu einem Frauenanteil von 51% gleich verteilt war. Begründet wird dies insbesondere mit soziokulturellen Aspekten. So seien Amish aufgrund der gesellschaftlichen Intoleranz gegenüber Alkoholkonsum nicht in der Lage, ihre Depressionen zu „maskieren“ (Egeland & Hostetter, 1983).

Bech (2001, zitiert nach Möller-Leimkühler, 2006, S. 221) stellte des Weiteren anhand einer dänischen Bevölkerungsstichprobe fest, dass Frauen unter Bedingungen reduzierten Wohlbefindens eher mit depressiven Symptomen reagierten, während Männer mit Stress, Aggression und Alkoholmissbrauch ein anderes Verhalten zeigten.

Zierau et al. (2002) gehen nach einer Studie an einer klinischen Stichprobe im Rahmen der Entzugsbehandlung von einem Anteil von 50% an Depressionen nach der Gotland Skala bei einer männlichen Stichprobe mit Alkoholabhängigkeit aus. Eine Studie von Möller-Leimkühler, Paulus und Heller (2007) kam zu einem hohen Ergebnis von 22% für das Vorliegen einer Depression nach dem Modell der *Male Depression* bei jungen Männern im Rahmen der Musterung.

In einem Geschlechtervergleich kamen Möller-Leimkühler und Yücel (2010) zu dem Ergebnis, dass die Symptome der *Male Depression* nahezu gleich unter beiden Geschlechtern verteilt waren. Lediglich 6% mehr Frauen als Männer litten unter einem manifesten Krankheitsbild nach dem Krankheitsmodell. Auch die Ergebnisse von Innamorati et al. (2011) sprechen für die Annahme, dass keine epidemiologischen Geschlechterunterschiede nach diesem Krankheitsmodell existieren.

In einer weiteren vorangegangenen Studie zum Zusammenhang zwischen der Geschlechtsrollenorientierung und *Male Depression* kamen Möller-Leimkühler, Paulus und Heller (2007; 2009) zu dem Ergebnis, dass eher feminin orientierte Männer ein

erhöhtes Risiko für die Entwicklung männlicher Depressionssymptome tragen als Maskuline. Somit scheinen eher die sensiblen Männer für die Entwicklung einer Störung betroffen zu sein.

Nach Hausmann, Rutz und Meise (2008) wirft das Krankheitsmodell der *Male Depression* insbesondere aufgrund des Faktors der „Aggressiven Entgleisungen“ die Frage auf, inwieweit eine Abgrenzung zum Krankheitsbild bipolar affektiver Störungen erforderlich ist. Alles in allem beschreibt auch Möller-Leimkühler (2009), dass die *Male Depression* noch nicht ausreichend evaluiert und wissenschaftlich abgesichert ist. Insbesondere sind Bevölkerungsstudien, sowie Studien zur Abgrenzung von anderen klinischen Erscheinungsformen wie der Alkoholabhängigkeit oder Persönlichkeitsstörungen notwendig. Auch ist hinsichtlich des klinischen Verständnisses geschlechtsspezifischer Depression der Zusammenhang mit anderen störungsübergreifenden Modellen, wie bspw. der *Depression Spectrum Disease* nach Winokur (Siehe Kapitel 1.3.2) zu überprüfen. Weitere Abgrenzungsprobleme ergeben sich in der Frage, welche Symptome als depressiv gelten sollten und ob Copingmechanismen (wie bspw. dysfunktionaler Alkoholkonsum) Einzug in Diagnoseinstrumente finden sollten.

In seinem Kommentar zum Artikel „Big boys don't cry“ von Branney and White (2008) kommentiert Smith (2008) das Konzept eher kritisch, indem er unter anderem anmerkt, dass Aggressionen nun vielmehr als Symptom betrachtet werden, es jedoch wenig über die eigentliche Erkrankung aussagen könne, wie Männer oder Frauen im Vorfeld mit Stress und Belastung umgehen. Zurecht beschreibt er die Kritik, dass sich das Konzept der *Male Depression* in einem Grenzbereich aus psychologischen, entwicklungstheoretischen, soziologischen, neurobiologischen und epidemiologischen Vorstellungen bewegt, was eine unvorhersehbare Komplexität zur Folge habe. Dennoch belegen gerade solche übergreifende Studien die Bedeutung komplexer Gesamtzusammenhänge, welches zwar für die Forschung eine besondere Herausforderung bedeutet, jedoch auf verschiedenen Dimensionen ein schlüssiges Gesamtbild liefern kann.

3 Selbstwirksamkeit

3.1 Banduras Theorie der Selbstwirksamkeit

Im Zuge der Entwicklung seiner sozialen Lerntheorie erarbeitete Albert Bandura das Konzept der Selbstwirksamkeit (Bandura, 1977; 1997; 1999; 2000). „Mit Selbstwirksamkeit ist gemeint, dass eine Person glaubt, bestimmte Handlungen ausführen zu können, um ein gewünschtes Ereignis zu erreichen“ (Bandura, 1977, zitiert nach Traut-Mattausch et al., 2011, S. 32). Demnach sind unsere Motive, Wünsche und Erwartungen, neben unseren Handlungen, abhängig vom Grad der Selbstwirksamkeit. So kann eine geringe Selbstwirksamkeit dazu führen, dass wir uns z.B. nicht in der Lage sehen, eine bestimmte Aufgabe zu bewältigen, obwohl diese prinzipiell lösbar ist und diese die eigenen Kompetenzen nicht übersteigt. Nach Bandura (1997) bestimmt der Grad der Selbstwirksamkeitserwartung wie viel Anstrengung und Aufwand betrieben wird, um bspw. eine schwierige Situation zu lösen und wie schnell jemand augenscheinlich an der Aufgabe scheitert und aufgibt. Demzufolge sind Personen, die sich als selbstwirksam erleben, häufig erfolgreicher als diejenigen mit geringerem Selbstwirksamkeitserleben und lassen sich durch Misserfolge weniger schnell entmutigen (Cervone & Peake, 1986; Litt, 1988; Cervone, 2000). Wer davon überzeugt ist, eine Prüfung erfolgreich zu bestehen, wird sich von der gegenteiligen Erfahrung nicht leicht einschüchtern lassen. Wer hingegen davon überzeugt ist, die anstehende Prüfung nicht zu meistern, wird weniger erfolgreich im Endergebnis sein und das wahrscheinlichere Scheitern eher als Bestätigung der Grundannahme interpretieren, was sich wiederum negativ auf die Selbstwirksamkeitserwartung bei der nächsten Prüfung auswirken wird. Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung ist als eigenständige Theorie von Bandura formuliert, besitzt jedoch eine hohe Ähnlichkeit mit anderen psychologischen Theorien, wie der *Kontrollüberzeugung* (Rotter, 1966), den *Attributionstheorien* (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978), der Theorie der *gelernten Hilflosigkeit* (Seligman, 1974) und *Hoffnungslosigkeit* (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989) oder Modelle und Ideen der *Selbststeuerung*, welche Selbstwirksamkeit als wichtigen Faktor der Selbstregulation verstehen (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012;

Carver & Schneider, 1998, zitiert nach Schwarzer 2004, S. 16). Nach Banduras sozialer Lerntheorie (Bandura & Walters, 1963; Bandura, 2001) steuert die subjektive Überzeugung kognitive, emotionale, motivationale und aktionale Prozesse. Hier wird zwischen *Handlungs-Ergebnis-Erwartungen* (auch Konsequenzerwartungen) und *Selbstwirksamkeitserwartungen* (auch Kompetenzerwartungen) unterschieden (Siehe Abbildung 4).

Handlungs-Ergebnis-Erwartungen beziehen sich auf die generelle Überzeugung, dass

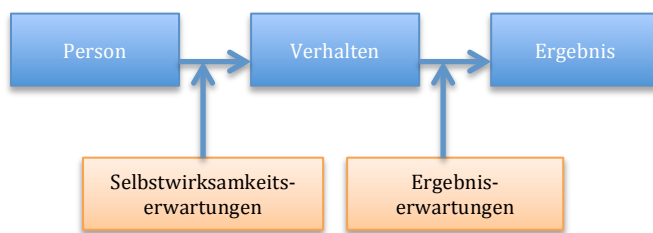


Abb.04: Banduras Modell der Selbstwirksamkeit

ein bestimmtes Handeln mit dem gewünschten Ergebnis einhergehen kann („Weniger Essen und mehr Sport treiben führt zu einer Gewichtsreduktion“).

Die persönlichen Anteile und die zugeschriebene Fähigkeit zur Durchführung und Aufrechterhaltung der Handlung hingegen werden durch Selbstwirksamkeitserwartungen bestimmt („Ich weiß nun, wie ich abnehmen kann und bin überzeugt, dies auch zu schaffen!“). So besteht auch die Abgrenzung der Selbstwirksamkeit zur Theorie der Kontrollüberzeugung darin dass die Kontrollüberzeugung aussagt, ob eine Situation generell kontrollierbar ist, jedoch den subjektiven Eigenanteil zur Kontrolle der Situation auslöst. Die Theorie der Selbstwirksamkeit hingegen, beschreibt die eigene Überzeugung, eine prinzipiell kontrollierbare Situation auch selbst bewältigen zu können. „Self-Efficacy beliefs are appraisals of our ability to use our competencies in specific domains and situations. (...) In addition, self-efficacy beliefs are not decontextualized appraisals of competencies divorced from situations; they are, instead, beliefs about what we can do with our skills and abilities in certain contexts and conditions.“ (Maddux & Volkman, 2010, S. 316). Am Beispiel der Veränderung des Alkoholkonsums sind somit verschiedene Varianten möglich: a) „Ich kann meinen Alkoholkonsum eigenständig beenden“ (hohe Kontrollüberzeugung, hohe Selbstwirksamkeit); b) „Es ist möglich, das Trinken zu beenden, alleine werde ich es jedoch wohl kaum schaffen“ (hohe Kontrollüberzeugung; niedrige Selbstwirksamkeit); c) „Mein Trinken ist nicht zu stoppen“ (niedrige Kontrollüberzeugung; niedrige Selbstwirksamkeit), oder d) „Ich bin Alkoholiker: Wenn mein Alkoholkonsum zu stoppen wäre, würde ich es ja selber machen“ (niedrige Kontrollüberzeugung, hohe Selbstwirksamkeit). Die Beispiele

verdeutlichen ebenfalls die Rolle der Attribution und der Situationsinterpretation vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrungen. Ebenfalls weiter abzugrenzen ist Banduras Theorie vom Begriff des Selbstbewusstseins, welcher allgemeiner gehalten und weniger gut messbar ist, als der Begriff der Selbstwirksamkeit (Connolly, 1989). Der Begriff des *Selbstkonzeptes* (Rogers, 1959; Wylie, 1974, je zitiert nach Bandura 1997, S. 11) wird aufgrund seiner Abstraktheit zumindest der forschungstheoretischen Perspektive weniger gerecht als der Selbstwirksamkeitsbegriff. Dieser sei nach Bandura (1997) konkreter gestaltet als das eher globalere und abstraktere Modell des *Selbstkonzeptes*. Nach Walitzer und Dearing (2006) besteht der Unterschied zwischen Coping und Selbstwirksamkeit darin, dass Selbstwirksamkeit auf der Ebene der Einstellungen agiert und als *Coping* konkrete Handlungsweisen und Regulationsmechanismen definiert werden. Nach Bandura (1977; 1997) liegt die Hauptquelle der Bewertung von Selbstwirksamkeit in den eigenen *Erfahrungen*. Wenn wir also eine Situation gut gelöst haben oder ein bestimmtes Ziel erreicht haben, gehen wir eher in dieselbe oder eine ähnliche Situation in der Überzeugung, diese ähnlich gut zu lösen, bzw. das Ziel wieder zu erreichen. Die Erfahrung, eine Situation nicht adäquat bewältigen zu können führt hingegen zu einer höheren Überzeugung, dieselbe oder eine ähnliche Situation, auch ein weiteres mal nicht angemessen bewältigen zu können. Weiterhin sorgen auch *stellvertretende Erfahrungen* Anderer für die Organisation von Selbstwirksamkeit, da im Sinne eines Modelllernens Erfahrungen anderer nach Beobachtung übernommen werden können. Die *Vorstellung* der Bewältigung bestimmter Situationen führt ebenfalls zu einer höheren Bewertung der Selbstwirksamkeit, da imaginative Handlungspläne für spezifische Situationen entworfen werden können, welche zumindest gedanklich als umsetzbar erlebt werden können (Wesch et al., 2006). Forschungen zum Thema Selbstwirksamkeit haben darüber hinaus die Bedeutung der *verbalisierten Fremdüberzeugung* bestätigt. Insbesondere sind diese davon abhängig, wie vertrauenswürdig, attraktiv und kompetent in Bezug auf die beschriebene Situation die fremdüberzeugte Person eingeschätzt wird (Eagly & Chaiken, 1993, zitiert nach Maddux & Volkmann, 2010). Welchen Einfluss die soziale Zuschreibung haben kann, bzw. welchen Einfluss Selbstwirksamkeit als solches hat, fanden Blittner, Goldberg und Merbaum (1978) in einer Studie zur Tabakabstinenz heraus. Durch das bewusste Erzeugen der Vorstellung, einen starken Willen zu besitzen und somit eine besonders gute Chance auf

dauerhaftes Nichtrauchen zu haben, konnte in einer von drei Versuchsgruppen eine signifikant höhere langfristige Erfolgsquote der Tabakabstinenz erzielt werden.

Einen direkten Einfluss auf die Bewertung der Selbstwirksamkeit können ebenfalls *emotionale und physiologische Zustände* nehmen. So sorgt das eigene Gefühl für eine weitere Bewertung hinsichtlich der eigenen Fähigkeiten. Wenn bspw. ein Student Hunger oder Schlafdefizite hat und sich einer schwierigen Prüfung unterzieht, ist dieser eventuell weniger von seinen Fähigkeiten in Anbetracht seiner körperlichen Zustände überzeugt, als wenn er satt und ausgeschlafen ist. Wer kennt nicht das Gefühl, man könnte Berge versetzen, wenn man frisch verliebt ist?

Nach Bandura (1977) kann Selbstwirksamkeit auf verschiedenen Dimensionen variieren. So spielt einmal der *Umfang* der Aufgabe eine Rolle - bezogen auf die Überzeugung - nur leichte oder aber auch schwierige Aufgaben meistern zu können. Des Weiteren ist nach der *Generalität* zu unterscheiden. So kann sich erwartete Selbstwirksamkeit nur auf spezifische Situationen oder auf ein allgemeines Grundgefühl beziehen. Die dritte Unterscheidung ergibt sich in der *Stärke* der Selbstwirksamkeitsüberzeugung, welche Aussagekraft darüber haben kann, wie schwer diese veränderbar ist.

3.2 Zur Bedeutung der Selbstwirksamkeit bei Alkoholabhängigkeit und Depression

Banduras Theorie der Selbstwirksamkeit erfährt in verschiedenen psychologischen Disziplinen, wie der Gesundheitspsychologie oder der pädagogischen Psychologie, großen Zuspruch. Für die klinische Psychologie wird die Theorie Banduras für verschiedene psychische Störungen diskutiert und in Zusammenhang mit verschiedensten Störungskonzepten gebracht (Pinquart, 2011). Die Bedeutung der Theorie der Selbstwirksamkeit für Alkoholabhängigkeit und depressive Störungen wird in den folgenden Abschnitten dargestellt.

3.2.1 Selbstwirksamkeit und Alkoholabhängigkeit

In den letzten Jahrzehnten baute sich in der Forschung die Vorstellung auf, dass die Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura auch bei Suchtstörungen eine tragende Rolle spielt: „...self-efficacy generally refers to the degree of confidence a patient has in his or her ability to avoid drinking (or to drink in moderation).“ (Maisto, Connors & Dearing, 2007, S. 20). Nach dem Erscheinen von Banduras Arbeiten beschäftigten sich verschiedene Autoren mit der Übertragbarkeit des Konzeptes der Selbstwirksamkeit auf Suchterkrankungen (bspw. Rollnick & Heather, 1982).

DiClemente, Fairhurst und Piotrowski (1995) entwickelten eine eigenständige Typologie der Selbstwirksamkeit bei suchtbezogenen Störungen, welche von Marlatt, Baer und Quigley (1999) weiterentwickelt wurde. Demnach kann suchtbezogene Selbstwirksamkeit auf fünf verschiedenen Ebenen stattfinden. Die *Resistance Self-Efficacy* (1) bezieht sich auf die Wahrnehmung, einem ersten Kontakt mit dem Suchtmittel standhalten zu können, also die Substanz gar nicht erst auszuprobieren und ist somit Bestandteil der Suchtprävention. Die *harm-reduction self-efficacy* (2) bezieht sich auf den aktiven Konsum und drückt sich im Gefühl aus, einem Suchtmittelkonsum in risikoarmer Weise zu betreiben, also z.B. keine 20, sondern nur 3 Zigaretten pro Tag zu rauchen, oder nach dem dritten Glas Bier aufzuhören. Die *action self-efficacy* (3) bezieht sich auf die Phase der Handlung im transtheoretischen Modell von Prochaska und DiClemente (1982; 1983) und beschreibt die zugeschriebene Fähigkeit zur Abstinenz (*Abstinenzzuversicht*); oder als alternatives therapeutisches Ziel die Fähigkeit zum dauerhaft reduzierten und kontrollierten Suchtmittelkonsum. Mit *Coping Self-Efficacy* (4) ist die wahrgenommene Fähigkeit, mit rückfallkritischen Situationen (Siehe Tab.10 auf S. 50) umgehen zu können, gemeint. *Recovery Self-Efficacy* (5) betrifft den Aspekt der Erholung nach einem Rückfall, also der Erwartung, auch nach einem Rückfall wieder zur Abstinenz zurückfinden zu können.

Basierend auf der sozialen Lerntheorie entwickelte Alan Gordon Marlatt ein Programm zur Rückfallprävention (Marlatt & Gordon, 1985; Marlatt & Donovan, 2005), welches auf seiner sozialkognitiven Rückfalltheorie basiert. In Marlatts Modell kommt dem Aspekt der Selbstwirksamkeit, welche auch als „Abstinenzzuversicht“ deklariert wird, eine tragende Rolle zu. Als theoretische Begründung für sein Modell stützt sich Marlatt (1985b) auf den Vergleich zwischen einem Selbstkontroll- und dem traditionellen

Krankheitsmodell der Sucht, mit dem wesentlichen Unterschied, dass eine suchtmittelabhängige Person nach dem Krankheitsmodell Opfer der Suchterkrankung ist, während ihr nach dem Selbstkontrollmodell Handlungskompetenzen im Bereich der Selbstkontrolle zugesprochen werden.

Selbstwirksamkeit im Kontext der Alkoholabhängigkeit bezieht sich somit auf die eigene Erwartung, in bestimmten Situationen mit dem Alkoholverlangen umgehen zu können: „... *self-efficacy generally refers to the degree of confidence a patient has in his or her ability to avoid drinking (or to drink in moderation).*“ (Maisto, Connors & Dearing, 2007, S. 20). Die wiederholte Erfahrung der Bewältigung rückfallkritischer Situationen führt demnach auch zu einer Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Auf der anderen Seite kann der Rückfall insbesondere bei dysfunktionaler Attribution zu einer verminderten Selbstwirksamkeitsüberzeugung und zu einer höheren Wahrscheinlichkeit des Weitertrinkens führen (Lindenmeyer, 2009).

Nach Marlatt (1985a) haben die vier beschriebenen Informationsquellen zur Bewertung der Selbstwirksamkeit nach Bandura (Siehe Kapitel 3.1) auch einen Einfluss auf die Bewertung der Selbstwirksamkeit bezogen auf die Verhaltenskontrolle bei Suchterkrankungen. Das sozialkognitive Rückfallmodell hat insbesondere die Haltung von Suchtwissenschaftlern und Therapeuten zum Thema der Rückfälligkeit bei Suchtproblemen verändert. So war das sozialkognitive Modell Marlatts auch im deutschen Raum die Grundlage für die Entwicklung verschiedenster therapeutischer Programme zur Rückfallprävention (Siehe Körkel & Schindler, 2003; Altmannsberger, 2004 oder Bowen, Chawla & Marlatt, 2012).

Das Modell setzt sich nach Lindenmeyer (2005) aus „Rückfallrisikosituationen“, „Bewältigungsfertigkeiten“ und „Abstinenzzuversicht“ zusammen. Als letztere wird die Überzeugung verstanden, verschiedene rückfallkritische Situationen abstinent überstehen zu können. Eine hohe Abstinenzzuversicht geht demnach mit einer höheren Bewältigungskompetenz und einer geringeren Wahrscheinlichkeit der Rückfälligkeit einher. Als weiterer Effekt steigt die Abstinenzzuversicht mit der wiederholten Erfahrung, rückfallkritische Situationen erfolgreich überstehen zu können, weiter an (Lindenmeyer, 2005).

Das Konzept der Abstinenzzuversicht wurde vielfach untersucht und findet insbesondere in der Diagnostik und Therapie Anwendung. Im Zuge der Erforschung von rückfallspezifischen Risikofaktoren beschrieb Marlatt (1985b, 1996) acht

Risikobereiche für Rückfälligkeit, welche intrapersonalen und intrapersonalen Faktoren zugeordnet werden:

Intrapersonale Faktoren	Interpersonale Faktoren
Negative emotionale Zustände	Interpersonale Konflikte
Negative körperliche Zustände	Soziale Verführungssituationen
Positive emotionale Zustände	Positive emotionale Zustände im Zusammensein mit anderen
Austesten eigener Kontrollmöglichkeiten	
Alkoholverlangen (Craving)	

Tab.10: Rückfallrisikosituationen nach Marlatt (1985b)

Mehrere Studien kamen zu dem Ergebnis, dass insbesondere die Situationen „*Negative emotionale Zustände*“, „*Zwischenmenschliche Konflikte*“ und „*Soziale Verführungssituationen*“ mit einer hohen Rückfallgefährdung einhergehen und damit über 50% aller Rückfälle ausmachen. Insgesamt kommt es jedoch bei intrapersonalen Einflussfaktoren zu einer höheren Rückfallgefahr als bei interpersonalen (Körkel & Schindler, 2003). Mehrere Untersuchungen konnten belegen, dass die Abstinenzzuversicht als großer Einflussfaktor für die Aufrechterhaltung der Abstinenz gilt und des Weiteren prognostische Qualitäten für die Vorhersage von Therapieerfolgen besitzt (Fäh, Sieber & Uchtenhagen, 1991; Greenfield et al., 2000; Maisto, Connors & Zywiak, 2000; Demmel, Rist & Olbrich, 2001; Blomqvist et al., 2003; Rychtarik et al., 1992; Marlatt & Witkiewitz, 2005). Auch therapeutische Interventionen gehen mit einer erhöhten Abstinenzzuversicht, gekoppelt mit einem niedrigeren Alkoholverlangen, einher (Brown et al., 1998; Zingg et al. 2009). Auch hat sich in einer Studie von Sitharthan und Kavanagh (1990) die Selbstwirksamkeitserwartung als wichtigster Faktor für den Erfolg in der Aufrechterhaltung eines kontrollierten Konsums bei Alkoholabhängigen erwiesen. Eine geringe alkoholbezogene Selbstwirksamkeit als Risikofaktor für Rückfälle bei Alkoholabhängigkeit konnten Walitzer und Dearing (2006) ermitteln. Nach Greenfield et al. (2000) bestimmt der Grad der Selbstwirksamkeitserwartung auch die Dauer bis zum Rückfall nach Behandlung. Nach Connors, Maisto & Zywiak (1998) ist der Aspekt der Selbstwirksamkeit negativ mit der Anzahl der Getränke pro Tag und positiv mit der Dauer der Abstinenz nach Behandlungsende assoziiert. Jedoch zeigen Untersuchungen zum Thema der Abstinenzzuversicht im Zusammenhang mit Rückfälligkeit auch, dass eine zu hohe Abstinenzzuversicht ebenfalls mit einer erhöhten Rückfallgefahr

einhergehen kann, was mit einer unrealistischen Selbsteinschätzung und geringem Risikobewusstsein begründet wird (Demmel, 2002).

Nach einer Messung der prognostischen Qualität der Selbstwirksamkeit stellen Körkel und Schindler (1994) eine eher mäßige Bedeutung der Selbstwirksamkeit für den Krankheitsverlauf heraus. Schneider, Brenner, Funke und Garbe (2002) messen anhand einer Untersuchung im stationären Kontext den psychosozialen Aspekten einer Abhängigkeitserkrankung eine höhere prognostische Qualität zu als der alleinigen Abstinenzzuversicht. Auch die Resultate einer Studie von Demmel, Nicolai und Jenko (2006) sprechen für die Annahme, dass weitere Faktoren ausschlaggebender sind als die reine Abstinenzzuversicht. Nach einer Untersuchung an alkohol- und nikotinabhängigen Probanden in stationärer Behandlung fanden Koller, Kryspin-Exner und Marx (1999) einen Zusammenhang zwischen suchtbezogener und allgemeiner Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Demnach erlebten sich Probanden mit geringer suchtbezogener Selbstwirksamkeitsüberzeugung auch auf globaleren Ebenen als weniger selbstwirksam.

3.2.2 Selbstwirksamkeit und Depression

Wie bereits eingangs erwähnt, ist die Theorie der Selbstwirksamkeit nicht immer vollständig abzugrenzen von anderen Modellen und Vorstellungen der psychologischen Fachliteratur. Nach Maddux und Meyer (1995) weist Banduras Konzept eine besondere Nähe zur Theorie der erlernten Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit auf (Siehe hierzu Kapitel 1.2.3). Das andauernde und anhaltende Gefühl der Hilflosigkeit und fehlenden Kontrolle gekoppelt mit entsprechendem Attributionsstil würde in weiterer Konsequenz ebenfalls zu einer verminderten allgemeinen Zuversicht führen. Letztlich ist davon auszugehen, dass das Gefühl der Hoffnungslosigkeit auf emotionaler Ebene zu einer veränderten kognitiven Bewertung der Selbstwirksamkeit in bestimmten Situationen führt. Kavanagh (1992) geht daher von einer hohen Beteiligung emotionaler Prozesse bei der Bewertung der eigenen Handlungsfähigkeiten aus. Es ist davon auszugehen, dass depressive Verstimmungen sowohl auf spezifischer Ebene der Symptomregulierung als auch in allgemeiner Art und Weise mit einer verminderten Selbstwirksamkeitserwartung einhergehen. Eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung korrelierte in mehreren Studien mit Depressivität (Ehrenberg & Koopman, 1991; Körkel & Schindler, 1994; Gross et al., 1994; Howell et al., 2006; Pakenham,

Smith & Rattan, 2007). Mehrere Ergebnisse zeigen eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung depressiver Episoden durch eine geringe Selbstwirksamkeit (Maciejewski, Prigerson & Mazure, 2000; Bandura et al., 1999; Muris, 2002; Arnstein, Wells-Federman & Caudill, 2001; Sacco et al., 2005). „Briefly, when people perceive themselves as inefficient to gain highly valued outcomes, they will be depressed.“ (Muris, 2002, S. 338). Umgekehrt konnten McFarlane, Bellissimo und Norman (1995) aufzeigen, dass eine hohe Selbstwirksamkeit einen protektiven Effekt für die Entwicklung von Depressionen hat. Weiterhin wird angenommen, dass Depressionen wiederum individuelle Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen beeinflussen (Weinmann et al., 2001) und ebenfalls eine große Rolle bei der Aufrechterhaltung depressiver Symptome spielen (Maciejewski, Prigerson & Mazure, 2000; Gordon, Tonge & Melvin, 2012).

Um das Phänomen zu erklären erscheint es leichter, sich mit den Auswirkungen von Emotionen auf Selbstwirksamkeit zu beschäftigen. In einer unter Hypnose durchgeführten Studie konnten Kavanagh und Bower (1985) den Effekt der Selbstwirksamkeit verdeutlichen. Bei den teilnehmenden Studenten wurden imaginativ drei verschiedene Situationen mit unterschiedlich emotionalem Erregungsniveau hervorgerufen. In einem anschließenden Rating zur Selbstwirksamkeit auf verschiedenen Ebenen zeigten Probanden mit negativ-emotionaler Imagination („sexuelles Versagen“) deutlich schlechtere Werte als die beiden anderen Gruppen (*positive emotionale Imagination*: „sexueller Erfolg“ und *neutrale Imagination*: „Am Schreibtisch sitzen und lesen“).

Nach Kavanagh (1992) könnte also zwischen Selbstwirksamkeit und Depression ein reziproker Zusammenhang bestehen. So ist zum einen die Selbstwirksamkeit von der Bewertung einer Handlung abhängig. Das Krankheitsbild der Depression geht zum anderen jedoch häufig mit einer geringeren Bewertung eigener Erfolge und einer höheren Bewertung von Misserfolgen einher, welches beides zur Folge hat, dass die erwartete Selbstwirksamkeit in verschiedenen Bereichen absinkt. Demnach bedingt die Leistung (indirekt über die Bewertung dieser) das Gefühl der Selbstwirksamkeit. Nach Cutrona und Troutman (1986) geht auch eine geringe Selbstwirksamkeit mit der Neigung einher, Versagenserlebnisse auf interne Aspekte zu attribuieren (also sich selbst die Schuld am Versagen zu geben), welches wiederum bei anhaltender Erfahrung Ängste und Depressionen hervorrufen kann.

Die Selbstwirksamkeit spielt auch für den Verlauf der Krankheit eine tragende Rolle. So konnte nachgewiesen werden, dass eine allgemein niedrige Selbstwirksamkeit die Gefahr des Wiederauftretens depressiver Symptome erhöht (Tucker et al., 2004; Gopinath et al., 2007; Vittengl, Clark & Jarrett, 2010; Yamashita & Okamura, 2011). Der Krankheitsverlauf kann des Weiteren anhand der Erwartung der Bewältigung depressiver Symptome vorhergesagt werden. (Tucker et al., 2004; Perraud et al., 2006). Es wird des Weiteren angenommen, dass die Erhöhung der allgemeinen oder spezifischen Selbstwirksamkeitserwartung durch therapeutische Interventionen einen depressionslindernden Effekt hat (Brody et al., 2006; Francis et al., 2007), bzw. die erfolgreiche Behandlung depressiver Störungen automatisch mit einer Selbstwirksamkeitserhöhung einhergeht (Kavanagh & Wilson, 1989).

3.2.3 Selbstwirksamkeit bei kombinierter Störung

In einer Studie zum Rückfallgeschehen fanden Blomqvist et al. (2003) heraus, dass negative Gefühle sehr häufig verbunden sind mit Rückfälligkeit. Weitere frühere Befunde stützen die Annahme, dass negative emotionale Zustände mit der höchsten Wahrscheinlichkeit für Rückfälle einhergehen (Marlatt & Witkiewitz, 2005; Körkel & Schindler, 2003; Sandahl, 1984; Lowman et al., 1996). Hodgins, Guebaly und Armstrong (1995) zeigten, dass bei einem Rückfall negative Affekte eher mit schwerem Trinken assoziiert sind, während positive Affekte eher leichtere Trinkepisoden zur Folge haben. Angelehnt an das Rückfallmodell nach Marlatt (Siehe Kapitel 3.2.1) vermuten die Autoren, dass positive Affekte als Trinkauslöser eher mit einem Vorfall verbunden sind, wohingegen negative Affekte schneller in einem handfesten und überdauerndem Rückfall münden. Auch eine Studie von Connors, Maisto und Zywiak (1998) konnte aufzeigen, dass Affekte einen höheren Einfluss auf Rückfälligkeit haben, als andere Aspekte wie bspw. Kognitionen oder körperliche Zustände. Insbesondere Traurigkeit und Ärger dominierten die rückfallassoziierten Affekte. Aufgrund dieser Ergebnislage müsste die Prognose für zusätzlich depressive Alkoholabhängige insgesamt ungünstiger ausfallen. Bezogen auf das Modell der *Male Depression* gehören auch Ärgerattacken zum Krankheitsbild, welche dann in ähnlicher Art und Weise zum Rückfall beitragen könnten.

Ein weiterer möglicher Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit, Depression und Selbstwirksamkeit wird auf neurobiologischer Ebene deutlich. Vermutet wird, dass sich

die häufig bei Alkoholabhängigen ausgebildete Hirnatrophie auf die Volitionsstärke und damit auf die Selbststeuerungsfähigkeit auswirkt. Somit leiden Alkoholabhängige häufiger an einer schlechteren Selbstkontrollfähigkeit bezogen auf den Rückfall (Heinz & Beck, 2007). Die erlebten Erfahrungen mit Rückfall regulieren wiederum den Grad an zugeschriebener Selbstwirksamkeit, welche bei häufiger Rückfälligkeit eine Depression begünstigen könnte.

Die Ergebnisse von Greenfield et al. (1998) zeigen deutlich, dass das Vorhandensein depressiver Symptome bei Männern und bei Frauen die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall nach Behandlung deutlich erhöht. Hohe Werte in einem Depressionsscreening gingen nach Greenfield et al. (2012) mit verminderter Zuversicht einher, Rückfallrisikosituationen abstinentzfrei bewältigen zu können. Der oben beschriebene Zusammenhang zwischen dem Risikobereich „negative Gefühlszustände“ und der Rückfallwahrscheinlichkeit fällt bei Depressionen vergleichsweise deutlicher auf (Ralston & Palfai, 2010; Greenfield et al., 2012), was für eine insgesamt schlechtere Abstinenzprognose bei depressiven Alkoholabhängigen spricht.

Nach einer Studie von Skutle (1999) nimmt der Schweregrad der Abhängigkeit ebenfalls maßgeblichen Einfluss auf die alkoholbezogene Selbstwirksamkeitserwartung.

Geschlechtsunterschiede in der Selbstwirksamkeit konnten vielfach nachgewiesen werden. In einer Normierungsstichprobe der Skala zur *allgemeinen Selbstwirksamkeit* nach Schwarzer und Jerusalem, konnten Hinz et al. (2006) höhere Werte für Männer als für Frauen ausmachen. Nach Connolly erzielten Frauen im spezifischen Bereich der *sozialen Selbstwirksamkeit* höhere Werte als Männer. Bezogen auf den Faktor Depression ermittelten Ehrenberg & Koopman (1991) einen höheren Einfluss von Selbstwirksamkeit auf Depression für junge Frauen als für junge Männer. Greenfield et al. (2000) fanden in ihrer Studie zum Rückfallgeschehen nach stationärer Krankenhausbehandlung bei alkoholabhängigen Männern und Frauen zwar einen hohen Zusammenhang zwischen geringer abstinentzbezogener Selbstwirksamkeitserwartung und Rückfall, jedoch keinen nennenswerten Geschlechtsunterschied. Möglicherweise kann von einer insgesamt unwesentlich geringeren Abstinentzzuversicht alkoholabhängiger Frauen, im Vergleich zu Männern, ausgegangen werden.

III Empirische Fragestellung

4 Forschungsdesign

4.1 Fragestellung und Hypothesen

Im vorherigen Kapitel wurden der aktuelle wissenschaftliche Stand und erste Impulse zur Forschungsfrage verdeutlicht. Aus den Erkenntnissen der empirischen Forschung zum Erscheinungsbild des *Male Depressive Syndroms* und aus den Erkenntnissen zum Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und klinischer Depression, leiten sich die Problem- und Fragestellungen der Arbeit ab.

4.1.1 Problem- und Fragestellungen

Die Problemstellung der vorliegenden Arbeit bezieht sich auf die Frage, ob die Auswirkungen von klinisch bedeutsamer Depression auf die Abstinenzzuversicht vergleichbar sind mit den Auswirkungen der *männlichen Depression*. Hieraus ergeben sich folgende relevante Forschungsfragen:

- F1: Gibt es negative Auswirkungen der *Male Depression* auf die Abstinenzzuversicht der Probanden?
- F2: Wirken sich die Symptome der *Male Depression* auf die Abstinenzzuversicht bei Männern wie bei Frauen gleichermaßen aus?
- F3: Ist die Abstinenzzuversicht stärker abhängig vom Schweregrad der Alkoholabhängigkeit, von der Dauer der Abstinenz oder vom Schweregrad der Symptome der *Male Depression*?
- F4: Sind Symptome der *Male Depression* stärker bei Männern verbreitet als bei Frauen?

4.1.2 Forschungshypothesen

Anhand der in 4.1.1 beschriebenen Fragestellung lassen sich die folgenden Hypothesen ableiten.

Haupthypothese:

H1: Symptome der *Male Depression* wirken sich negativ auf die Abstinenzfähigkeit aus; depressive Probanden nehmen sich als weniger wirksam hinsichtlich ihrer Abstinenzfähigkeit wahr und besitzen daher ein geringeres Maß an suchtbezogener Selbstwirksamkeitserwartung.

Ergebnis: Es müsste ein signifikanter Unterschied zwischen „männlicher Depression“ und „Abstinenzzuversicht“ bestehen. „Male Depression“ müsste negativ mit „Abstinenzzuversicht“ korrelieren ($\mu_{1+} = \mu_{2-}$).

Nullhypothese:

H0: Symptome der *Male Depression* haben keine Auswirkung auf die Abstinenzzuversicht.

Ergebnis: Es gibt keinen statistisch bedeutsamen Zusammenhang zwischen „männlicher Depression“ und „Abstinenzzuversicht“ ($\mu_{1+} \neq \mu_{2-}$).

Weitere Hypothesen:

H2: Frauen stufen sich bei bestehenden Symptomen *männlicher Depression* als weniger zuversichtlich hinsichtlich ihrer Abstinenzfähigkeit ein, da Sie sich generell als weniger selbstwirksam erleben als Männer (Hinz, Schumacher, Albani, Schmid & Brähler, 2006)

Ergebnis: Es müsste ein weiterer statistisch bedeutsamer Zusammenhang in der Wechselwirkung zwischen „Geschlecht“ und „Male Depression“ mit der „Abstinenzzuversicht“ vorhanden sein.

H3: Die Abstinenzzuversicht wird stärker vom Schweregrad der Alkoholabhängigkeit und der Dauer der Abstinenz beeinflusst als von der *Männlichen Depression*.

Ergebnis: Nach einer Studie von Langenbucher, Sulesund, Chung und Morgenstern (1996) wurde ein starker Zusammenhang zwischen Rückfälligkeit und Schweregrad der Erkrankung nachgewiesen. Die erwartete negative Korrelation müsste bei den Faktoren „Schweregrad der Alkoholabhängigkeit“ und „Dauer der Abstinenz“ höher ausfallen, als beim Faktor „männliche Depression“.

H4: Symptome der *Male Depression* sind bei Männern insgesamt weniger verbreitet als bei Frauen; der Distressfaktor bei Männern ist ausgeprägter, der Depressionsfaktor weniger ausgeprägt als bei Frauen¹.

Ergebnis: Der „Depressionsfaktor“ der „männlichen Depression“ müsste signifikant stärker bei Frauen auftreten, als bei Männern. Der „Distressfaktor“ der „männlichen Depression“ müsste bei den männlichen Probanden signifikant stärker auftreten, als bei den weiblichen.

H5: Das Vorhandensein depressiver Symptome führt zu den geringsten Werten in Abstinenzzuversicht im Risikobereich „negative Gefühlszustände“ nach Marlatt.

Ergebnis: Nach einer Studie von Ralston und Palfai (2010) führten negative Gefühlszustände bei College Studenten zur geringsten Abstinenzzuversicht in Situationen mit Bezug zu negativen und depressiven Stimmungen. Die Subskala „negative Gefühlszustände“ auf dem Instrument zur Messung der Abstinenzzuversicht (Siehe Kapitel 4.3.2) müsste signifikant mit „männlicher Depression“ korrelieren.

4.1.3 Erkenntnisinteresse

Die Untersuchung kann ein vertiefendes Verständnis zum Phänomen der „geschlechterabhängigen Depression“ vermitteln und zu weiterer Forschung in diesem Bereich anregen. Das Konzept der *männlichen Depression* ist bislang als eigenständige Ausprägung der depressiven Störung noch nicht ausreichend erforscht und anerkannt (Möller-Leimkühler, 2008a). Studien dieser Art sollen insbesondere dabei unterstützen, weitere Ergebnisse zum Phänomen der *Male Depression* zu sammeln und das Krankheitsverständnis geschlechtsspezifischer Störungen zu erweitern. Ferner sollen sie auch die Möglichkeit bieten, weitere Screeninginstrumente zu entwickeln und zu validieren. Der Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit bei Männern und *männlicher Depression* erscheint sehr eindeutig (Zierau et al., 2002). Dennoch sind Studien zu spezifischen Auswirkungen und Interaktionen mit dem Krankheitsbild der Alkoholabhängigkeit selten. So können zum Beispiel die Auswirkungen von suchtbezogener Hilfe auf eine Symptomreduktion der *männlichen Depression*, oder

¹ Die Beschreibung des entsprechenden Testinstruments, sowie eine Beschreibung der beiden Skalen finden sich in Kapitel 4.3.1.

epidemiologische Krankheitsverläufe und Wechselwirkungen zwischen *Male Depression* und Suchtmittelabhängigkeit, vertieft erforscht werden.

Für die praktische Arbeit mit alkoholabhängigen Männern und Frauen kann die Beschäftigung mit der Thematik der *Male Depression* zu einer Entwicklung neuer oder einer Weiterentwicklung bestehender Behandlungskonzepte beitragen. Die Wahrnehmung der Möglichkeit einer depressiven Symptomatik im Sinne einer *Male Depression* kann ebenfalls zur Optimierung und Weiterentwicklung therapeutischer Methoden führen. Hinsichtlich der Abstinenzfähigkeit können die Ergebnisse aufzeigen, ob die Abstinenzfähigkeit durch *männliche Depressionssymptome* beeinflusst wird. Dies kann psychotherapeutisch bei der Thematisierung rückfallkritischer Situationen und Einübung individueller Copingstrategien, jedoch auch bei der Anwendung von Selbstmanagement-Therapien nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2012), zum Tragen kommen.

Auf prognostischer Ebene könnte die *Male Depression* eine Bedeutung für die Vorhersage von Behandlungserfolgen haben. Insbesondere bietet die Beschäftigung mit dem Krankheitsbild der *männlichen Depression* die Chance, verstärkt geschlechtsspezifische Aspekte von Depression und Alkoholabhängigkeit in der therapeutischen Arbeit zu berücksichtigen.

4.2 Methodik

Als Hauptgegenstand der Studie wurde der Zusammenhang zwischen der Abstinenzzuversicht und der *Male Depression* untersucht. Um weitere Faktoren mit einzubeziehen, die einen Einfluss auf die Abstinenzzuversicht haben können und um unter Umständen verschiedene Einflüsse voneinander abgrenzen zu können, wurde weiterhin der Schweregrad der Abhängigkeit, sowie die Dauer der Abstinenz erfasst. Im Rahmen der Untersuchung wurden demnach

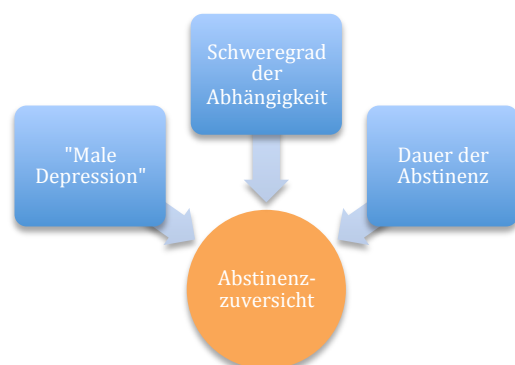


Abb.05: Darstellung der Variablen

die Einflussfaktoren „*Grad der Male Depression*“; „*Dauer der Abstinenz*“ und „*Schweregrad der Alkoholabhängigkeit*“ als unabhängige Variablen auf die „*Abstinenzzuversicht*“ als abhängige Variable (Lamberti, 2001) erfasst (Siehe Abb.05). Im Sinne einer Parallelisierung (nach Hug & Poscheschnik, 2010) wurden Versuchs- und Vergleichsgruppen gebildet. Die Versuchsgruppe stellt in diesem Design die Gruppe der Probanden mit hohem *Male Depression Score* (also mit vorhandener Depression) dar. Der Vergleichsgruppe wurden Probanden ohne auffällige Depressionswerte nach dem Testinstrument zugeordnet.

4.2.1 Studienaufbau

Nach Hug und Poscheschnik (2010) sind quantitative Erhebungsmethoden gut dazu geeignet, Zusammenhänge von zwei oder mehr Variablen zu erfassen. Zur Bearbeitung der beschriebenen Fragestellung erschien hinsichtlich der Operationalisierbarkeit ein quantitatives Verfahren angezeigt, da vor dem Hinblick der Fragestellung Zusammenhangsmaße erhoben werden sollten. Theoretische Konstrukte wie *Einstellungen*, *Persönlichkeitsaspekte* oder *Selbstkonzepte* können durch die Methode des Fragebogens messbar gemacht werden. Die Methode des Fragebogens eignet sich insbesondere zur subjektiven Beurteilung vorgegebener Fragen und Behauptungen (Mummenday & Grau, 2008) und wurde daher als Methode für die vorliegende Untersuchung gewählt. Depressionen und aversive emotionale Zustände werden im Regelfall als sehr unangenehm erlebt. Face-to-face Designs sind daher aufgrund sozialer Einflussgrößen oftmals sehr störanfällig (Kromrey, 2006). Das der vorliegenden Untersuchung zugrunde liegende Konzept der *Male Depression* ist dadurch gekennzeichnet, dass sich Betroffene nicht rechtzeitig Unterstützung suchen und Hilfsangebote in Anspruch nehmen (Hausmann, Rutz & Meise, 2008). Somit war auch zu erwarten, dass betroffene Männer z.B. in einem qualitativen Interview nicht offen mit ihrer individuellen Symptombeschreibung umgehen, und die Tendenz zur sozial erwünschten Beantwortung der Fragen entwickeln, welches die Untersuchungsergebnisse stark beeinflussen kann (Bortz & Döring, 2006). Durch eine Fragebogenstudie kann nach Hug und Poscheschnik (2010) ein höheres Maß an Anonymität und Objektivität erreicht werden.

Da der Untersuchungsgegenstand die Befragung von mehreren Probanden zu verschiedenen Themen ist, handelt es sich bei dem Design nach Hug und Poscheschnik

(2010) um ein *Survey*. Die Testung erfolgt zu einem einzigen Testzeitpunkt mit der Ausgangssituation der Erfragung von Zusammenhangsmaßen. Somit ist das Forschungsdesign nach Lamberti (2001) als *Querschnittsstudie* einzuordnen. Da das Ziel der Untersuchung die Überprüfung der in Kapitel 4.1.2. formulierten Hypothesen ist, fällt das Design in die Kategorie der *explanativen Untersuchungen* (Bortz & Döring, 2006).

Die Untersuchung erfüllt des Weiteren die ethischen Kriterien nach Bortz und Döring (2006): Die *Menschenwürde* wurde durch das Studiendesign der Erhebung durch Fragebögen nicht beeinträchtigt. Die Fragen konnten dazu beitragen, den Probanden neue Denkanstöße und Impulse zu geben, die im Falle eines erhöhten Leidensdrucks, oder *persönlicher Beeinträchtigung* im Rahmen der suchtherapeutischen Nachsorge und Selbsthilfe besprochen werden konnten. Der Versuchsleiter trug die *persönliche Verantwortung* für die Untersuchung. Bei der Güterabwägung zwischen *Informationspflicht* und Vermeidung von Testverfälschung, wurde im Sinne eines „objektiven Tests“ zugunsten der Objektivität der Ergebnisse entschieden. Die Probanden wurden auf Wunsch im Nachhinein über den genauen Gegenstand der Untersuchung aufgeklärt. Des Weiteren war die Teilnahme an der Untersuchung *freiwillig*, die Ergebnisse sind *anonym*.

4.2.2 Beschreibung der Stichprobe

Zur Beantwortung der wissenschaftlichen Fragestellungen waren zunächst einmal folgende Aspekte bei der Wahl der Studienteilnehmer zu beachten:

- Die Probanden mussten eine klinisch bedeutsame Alkoholabhängigkeit aufweisen

Vor dem Beginn der Untersuchung wurden die Probanden instruiert, nur bei substanzspezifischen Problemen mit Alkohol an der Studie teilzunehmen. Es wurden daher bewusst Einrichtungen und Gruppen für die Teilnahme akquiriert, die sich vorwiegend, oder zum großen Teil auf den Bereich der Alkoholabhängigkeit spezialisiert haben.

- Die Probanden sollten heterogen hinsichtlich des Geschlechts innerhalb derselben Gruppe sein, um ein höheres Maß an Vergleichbarkeit sicherzustellen.

Durch die geschlechtsübergreifende Befragung wurde eine heterogene Stichprobe hinsichtlich des Geschlechts gewährleistet.

- Die Probanden mussten eine Abstinenzentscheidung getroffen haben
Es ist davon auszugehen, dass ohne eine Abstinenzentscheidung die Abstinenzzuversicht kein messbares Kriterium darstellt und dass die Abstinenzorientierung der Teilnehmenden ein höheres Maß an Vergleichbarkeit gewährleistet.
- Die Probanden sollten zumindest zum Teil eine klinisch bedeutsame depressive Erkrankung aufweisen.
Dieses Kriterium wurde erst nach Ablauf und Auswertung der Daten miteinbezogen, da davon auszugehen war, dass ein großer Teil der Alkoholabhängigen einen hohen Summenwert im gewählten Testinstrument, der „Gotland Scale For Male Depression“ (Siehe Kapitel 4.3.1), erzielen würde (Zierau et al., 2002). Außerdem konnte so ein Vergleich zwischen alkoholabhängigen Probanden mit und ohne depressiver Erkrankung hinsichtlich ihrer Abstinenzzuversicht gezogen werden.

Demnach erfüllten männliche wie weibliche Probanden mit einer klinisch auffälligen Alkoholabhängigkeit und mit dem Ziel der Alkoholabstinenz die Eingangskriterien für die Probandenauswahl. Die Anwerbung der Versuchsteilnehmer erfolgte daher über verschiedene Einrichtungen der Suchthilfe und eigenständig oder verbandlich orientierten Selbsthilfegruppen. Da die psychiatrische Komorbidität mit depressiven Störungen bei Alkoholabhängigkeit sehr hoch ist (Moggi & Donati, 2004) und ein noch höherer Zusammenhang zur *Male Depression* bei Alkoholabhängigen vermutet wird (Zierau et al., 2002), war zu erwarten, dass einige der Teilnehmer hohe Summenwerte in der „Gotland Male Depression Scale“ aufweisen würden. Ebenfalls war zu erwarten, dass die Teilnehmer an den Angeboten mit dem Ziel der Aufrechterhaltung der Abstinenz teilnahmen (Soyka & Küfner, 2008). Aufgrund dieser Vielzahl gemeinsamer Merkmale gilt die Stichprobe nach Lamberti (2001) als *quotiert*.

Insgesamt konnten 3 Einrichtungen der Ambulanten Rehabilitation und der Nachsorge mit insgesamt 12 Gruppen mit einer Teilnehmerstärke von 10-15 Personen pro Gruppe für die Fragebogenstudie akquiriert werden. Hinzu kamen sieben Gruppen eines Selbsthilfeverbundes aus Bonn mit je 10-20 Teilnehmern pro Gruppe und eine weitere,

privat organisierte Selbsthilfegruppe mit einer Teilnehmerstärke von 12 Personen. Die dritte Probandengruppe setzte sich aus Patienten einer tagesklinischen Rehabilitationseinrichtung zusammen. Die meisten Teilnehmer dieser Gruppen konnten aufgrund ihrer Suchtproblematik mit Alkohol an der Fragebogenstudie teilnehmen.

4.2.3 Testverfälschung und Rücklauf

Nach Bortz und Döring (2006) sorgt die persönliche Bekanntschaft des Versuchsleiters für eine höhere Teilnahmebereitschaft und reduziert die Wahrscheinlichkeit einer Testverfälschung. Die Teilnehmer wurden daher direkt im Kontext der Nachsorge- und Selbsthilfegruppen und damit in einem vertrauten Setting angesprochen. Ein persönliches Erscheinen zu den Gruppenstunden ermöglichte eine direkte Bekanntschaft. Nach Bortz und Döring (2006) sollte das Untersuchungsvorhaben inhaltlich erläutert werden, sodass die potenziellen Teilnehmer erfahren, wem die Ergebnisse in welcher Form zugute kommen, insbesondere dann, wenn die Teilnehmer selbst einen Nutzen aus den Ergebnissen ziehen können. Der Rahmen dieser Studie bot daher ebenfalls die Möglichkeit, die Teilnehmer über die Untersuchung und die Fragebogenstruktur zu informieren, die Probanden persönlich zu instruieren und anstehende Fragen zu beantworten. Die Rate der Versuchsverweigerer fällt nach Bortz und Döring (2006) geringer aus, wenn potentielle Teilnehmer am Gegenstand der Untersuchung interessiert sind und die Untersuchung insgesamt als bedeutsam einschätzen. Es war davon auszugehen, dass die Teilnehmermotivation im Setting der Selbsthilfe und der Nachsorge außerordentlich hoch ist, da das Thema „Alkoholabhängigkeit“ für diesen Personenkreis von besonderem Interesse ist. Eine Anregung zur Teilnahme erfolgte daher auch durch die Erklärung, dass die Suchtforschung Ergebnisse dieser Art benötige, um neue Behandlungskonzepte entwickeln und damit die Qualität der Suchtbehandlung verbessern zu können. Die Untersuchungsteilnehmer hatten somit die Möglichkeit, einen eigenen Teil zum Qualitätsgewinn der Suchtbehandlung beizutragen. Den Teilnehmenden wurde ebenfalls angeboten, nach Ablauf der Untersuchung über die Ergebnisse in Form eines Abstracts informiert zu werden.

Nach Rosenthal und Rosnow (1975, zitiert nach Bortz & Döring, 2006) wirkt sich auch die Anwerbung durch eine Person mit einem möglichst hohen sozialen Status positiv

aus. Demzufolge wurde das Anschreiben zum Fragebogen nach Möglichkeit ebenfalls vom Leiter/ von der Leiterin der Einrichtung unterschrieben. Dieses Vorgehen sollte neben der Kompetenzzuschreibung auch das Vertrauen der Probanden zum Versuchsleiter steigern, da dadurch den Teilnehmenden vermittelt wurde, dass die Einrichtung in positiver Art und Weise zu der Untersuchung stand. Die Einbettung in einen institutionellen Rahmen mit der Erwünschtheit der Teilnahme, sorgt nach Bortz und Döring (2006) ebenfalls für eine Erhöhung der Teilnahmequote. Die Gruppenleiter/Innen der Selbsthilfe wurden über die Methoden der Untersuchung informiert und um eine zusätzliche Motivierung der Gruppenteilnehmer gebeten.

Um die Neigung der Klienten zur positiven Selbstdarstellung zu umgehen (Börtz & Döring, 2006), wurde der Hinweis gegeben, dass die Studie absolut anonym ist und die Daten wissenschaftlich ausgewertet und daher absolut vertraulich behandelt werden. Dies sollte die Teilnehmer zur Offenheit motivieren. Um Effekte der *sozialen Erwünschtheit* abzufedern wurden die Probanden insbesondere darüber aufgeklärt, dass für sie keinerlei negative Konsequenzen durch die Teilnahme an der Studie entstehen. Im Anfangshinweis des Fragebogens wurden die Probanden auch zu korrektem Testverhalten gebeten. Auf Anregung durch Bortz und Döring (2006) wurden zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft durch *Incentives* alle Fragebögen mit einem kleinen Schokoladenriegel versehen.

Nach Bortz und Döring (2006) wurde das Prinzip des *Objektiven Tests* angewendet, was für die Untersuchung bedeutete, dass der genaue Gegenstand den Teilnehmern vorenthalten wurde und der Test möglichst undurchschaubar gestaltet war.

Um die Rücklaufquote der Fragebögen zu erhöhen, wurden in Anlehnung an Bortz und Döring (2006) verschiedene Methoden angewandt. Beim Anschreiben wurde in Anlehnung an Richter (1970, zitiert nach Bortz & Döring, 2006) insbesondere darauf geachtet, den Namen und Titel des Ansprechpartners, sowie eine Adresse und eine Rufnummer zu hinterlassen. Am Anfang des Fragebogens befand sich eine genaue Anleitung zum Ausfüllen der Fragen. Auf die Ausfülldauer wurde ebenso, wie auf die Anonymität der Daten hingewiesen. Am Ende des Begleitschreibens wurde, wie am Ende des Fragebogens, für die Teilnahme gedankt. Auf die Dauer des Befragungszeitraums wurde ebenfalls im Begleitschreiben hingewiesen. Um genug Spielraum für die Probanden zu lassen, den Druck jedoch nicht zu gering zu halten, wurde eine Ausfülldauer von 6 Wochen ab dem Beginn des Austeilens der Fragebögen

terminiert. Das genaue Datum war ebenfalls dem Anschreiben zu entnehmen. Nach Lamberti (2001) ist ein möglichst störungsfreies Setting für eine Untersuchung zu wählen. Die Teilnehmer wurden daher darum gebeten, den Fragebogen in störungsfreier Umgebung auszufüllen. Um die Anonymität weiterhin zu gewährleisten und die Vertraulichkeit der Daten hervorzuheben, konnten die Probanden die Fragebögen bei den Einrichtungen in einen kleinen verschlossenen Holzkasten durch einen Schlitz einwerfen. Außerdem wurde den Probanden durch das Anschreiben und zusätzlich persönlich mitgeteilt, dass der Fragebogenkasten zwei Wochen nach Verteilungsbeginn das erste Mal und anschließend im zweiwöchentlichen Rhythmus geleert würde. Die Gruppenleiter/Innen der Nachsorge- und Selbsthilfegruppen wurden ferner instruiert, zwei Wochen nach Beginn der Verteilung zur Erinnerung noch einmal auf die Fragebögen hinzuweisen. Um zu vermeiden, dass die Teilnehmer aufgrund von Verständnisschwierigkeiten den Fragebogen nicht ausfüllen, wurde im Anschreiben eine Rufnummer hinterlassen, um Fragen rasch beantworten zu können. Hug und Poscheschnik (2010) empfehlen insbesondere eine leichte und schnelle Form des Fragebogenrücklaufs. Die Schwelle für den Rücklauf der Fragebögen war daher besonders niedrig, die Teilnehmer konnten den Fragebogen direkt vor Ort bei einem der Gruppenbesuche abgeben.

4.3 Operationalisierung

Hinsichtlich der Operationalisierung der Fragestellung und der Überprüfung der formulierten Hypothesen (Siehe Kapitel 4.1.2) wurden standardisierte psychologische Testverfahren in Fragebogenform eingesetzt. Die Instrumente verwenden größtenteils „geschlossene Fragen“ mit mehreren Antwortvorgaben. Zusätzlich wurden weitere Fragen konstruiert, die zur Gewährleistung einer adäquaten Auswertbarkeit zumeist geschlossene Antwortkategorien verwendeten (Bortz & Döring, 2006). Zur Regulierung eventuell auftretender Erinnerungsschwierigkeiten seitens der Probanden (Mummenday & Grau, 2008) wurde am Anfang einer jeden Seite erneut auf die Antwortkategorien oder die genaue Fragestellung hingewiesen.

4.3.1 „Male Depression“

Zur Operationalisierung der *Male Depression* wurden bislang nur wenige Instrumente entwickelt und validiert. Die *Gotland Male Depression Scale* (GMDS) wurde zu dem Zweck konzipiert, männerspezifische Depressionssymptome zu erfassen. Basierend auf den Erfahrungen der Gotland Study entwickelte Wolfgang Rutz in den 1990er Jahren den Fragebogen. Nach Bech sind besonders im leichten Stadium einer depressiven Erkrankung die Geschlechtsunterschiede besonders ausgeprägt, weshalb das Instrument besonders zur Früherkennung des Phänomens der *Male Depression* geeignet erscheint (Bech, 2000, zitiert nach Heller, 2008, S. 31). Das Selbstbeurteilungsinstrument umfasst 13 Items. Es liegt ein Fragebogen in deutscher Version vor, welcher für die Durchführung der Studie verwendet wurde.

Auf zwei Skalen werden jeweils Depressions- und Distressfaktoren erhoben. Die allgemeinen Depressionssymptome gelten als geschlechtsübergreifend, wohingegen die Distresssymptome insbesondere männerspezifische Verhaltensweisen der dysfunktionalen Stressverarbeitung, wie bspw. Irritabilität, Aggression, Wutattacken, Aktivismus und exzessiver Alkohol- und Substanzkonsum aufzeigen. Insgesamt werden 6 Items dem Depressions- und 7 Items dem Distressfaktor zugeordnet (vgl. Tabelle 11).

Depressionsfaktor	Distressfaktor
(3) Burn-out und Leeregefühl	(1) Stressempfindung
(4) Müdigkeit	(2) Aggressivität
(6) Entscheidungsschwierigkeiten	(5) Ruhelosigkeit/ Irritation
(7) Schlafprobleme	(8) Angst und Unwohlsein
(11) Hoffnungslosigkeit	(9) Übermäßiger Alkohol- und Substanzkonsum
(13) Familienanamnese von Depression oder Selbstmord	(10) Verhaltensänderungen
	(12) Verstärkte Selbstmitleidstendenz

Tab.11: Zuordnung der Items zu den Subskalen der GSMD

Die Verhaltensänderungen werden innerhalb eines 4-wöchigen Zeitraums auf einer 4-stufigen Likert-Skala (0 Punkte= *überhaupt nicht* bis 3 Punkte= *stimmt genau*) bewertet. Es kann somit ein Summenscore bis zu 39 Punkten erzielt werden. Ein höherer Summenscore steht demnach für eine höhere Wahrscheinlichkeit an einer Depression erkrankt zu sein. Das standardisierte Schema zum Summenscore lautet 0-12 Punkte = *keine Depression*; 13-26 Punkte = *Depression möglicherweise vorhanden spezifische Therapie und Psychopharmaka indiziert*; 27-39 Punkte = *klare Depressionszeichen, spezifische Therapie und Psychopharmaka eindeutig indiziert* (Zierau et al., 2002).

Eine Vergleichsstudie von Zierau et al. (2002) hat an einer Stichprobe von Alkoholabhängigen eine als „gut“ zu bezeichnende interne Konsistenz von 0,86 nach Cronbachs Alpha und eine Homogenität von 0,37 nach dem Loevinger Koeffizienten ergeben. Die psychometrischen Gütekriterien können somit als erfüllt betrachtet werden. Das Instrument wurde anhand derselben Stichprobe mit dem Major Depression Inventory und dem WHO-5 verglichen. Die externe Validität mit dem Major Depression Inventory betrug nach Spearman's Korrelationskoeffizienten 0,77, mit dem WHO-5 gab es eine negative Korrelation von -0,69.

Nach Möller-Leimkühler, Heller und Paulus (2007) ist die konvergente Validität aufgrund der Korrelation mit der WHO-5 mit -0,56 nach Spearmans Rho zufriedenstellend. Weitere Studien belegen eine signifikante Korrelation zwischen der Gotland Scale of Male Depression und anderen validierten Diagnoseinstrumenten (Innamorati et al., 2011; Strömberg, Backlund & Löfvander, 2010).

Für die Umsetzung des Fragebogens wurde Item Nr. 9: *„Trinken Sie viel mehr Alkohol oder nehmen Sie Beruhigungsmittel, arbeiten Sie viel mehr oder treiben viel mehr Sport als sonst oder essen zu wenig oder zu viel?“* verändert, da die Alkoholabstinenz eine Voraussetzung für die Teilnahme an der Fragebogenstudie war. Das Item wurde daher um den ersten Teilabschnitt *„Trinken Sie viel mehr Alkohol oder...“* gekürzt.

4.3.2 Abstinenzzuversicht

Hinsichtlich der Operationalisierung des Begriffes der Abstinenzzuversicht nach Marlatt stehen eine Reihe verschiedener Screeninginstrumente zur Auswahl. So sind bspw. der KAZ-35 nach Körkel, oder der AASE nach DiClemente als populäre Screeninginstrumente zu erwähnen (Soyka & Küfner, 2008). Für die Untersuchung der Fragestellung erschien der „Drug Taking Confidence Questionnaire für Alkoholabhängige“ (kurz DTCQA-G) nach Lindenmeyer (2012) besonders geeignet, da das Instrument insbesondere die Abstinenz in rückfallkritischen Situationen erfasst. Der Fragebogen stimmt inhaltlich mit dem „Inventory of Drug Taking Situations für Alkoholabhängige“ (kurz IDTSA-G) überein (Lindenmeyer & Brandes, 2003). Der DTCQ stammt ursprünglich aus dem Amerikanischen und wurde von Annis & Martin konzipiert (Maisto, Connors & Dearing, 2007) und stellt ein erweitertes Instrument des Situational Confidence Questionnaire nach Annis dar (Lindenmeyer & Brandes, 2003). Eine deutsche Version wurde 1998 von Lindenmeyer und Florin entwickelt. Für

Nikotinabhängige, Drogenabhängige und Medikamentenabhängige existieren Parallelversionen (Lindenmeyer & Brandes, 2003).

Das Screeninginstrument besteht aus 50 Items und wird zur Selbstbeurteilung betroffener Probanden mit Alkoholabhängigkeit eingesetzt. Die Items laden auf insgesamt 8 Subskalen: *Unangenehme Gefühlszustände*, *Körperliche Beschwerden*, *Angenehme Gefühlszustände*, *Gedanken an Kontrollierten Konsum*, *Plötzliches Verlangen*, *Soziale Konflikte*, *Soziale Verführung* und *Geselligkeit* (Lindenmeyer, 2012). Die Zuordnung der Einzelitems zu den Subskalen kann Tabelle 12 entnommen werden. Die Subskalen stimmen inhaltlich mit den 8 Hochrisikobereichen nach Marlatt überein (Körkel & Schindler 2003). Beantwortet werden die Fragen auf einer 6-stufigen Skala nach der subjektiv erlebten Sicherheit, die vorgegebene Situation ohne Alkoholkonsum bewältigen zu können. Die Antwortvorgaben variieren zwischen 0% für „gar nicht sicher“, in zwanziger-Schritten bis zu 100% für „absolut sicher“. Die Auswertung der Fragebögen erfolgt über die Addition der Rohwerte der Subskalen und anschließend durch die Division der Anzahl der Gesamtitems einer Subskala. Das Ergebnis kann anschließend als Prozentrang dargestellt werden (Lindenmeyer, 2012).

Subskala	Items
(1) <i>Unangenehme Gefühlszustände</i>	1, 4, 11, 14, 21, 24, 31, 34, 41, 44
(2) <i>Körperliche Beschwerden</i>	2, 12, 22, 32, 42
(3) <i>Angenehme Gefühlszustände</i>	3, 13, 23, 33, 43
(4) <i>Gedanken an kontrollierten Konsum</i>	5, 15, 25, 35, 45
(5) <i>Plötzliches Verlangen</i>	6, 16, 26, 36, 46
(6) <i>Soziale Konflikte</i>	7, 10, 17, 20, 27, 30, 37, 40, 47, 50
(7) <i>Soziale Verführung</i>	8, 18, 28, 38, 48
(8) <i>Geselligkeit</i>	9, 19, 29, 39, 49

Tab.12: Zuordnung der Items zu den Subskalen des DTCQ-G

Alle Subskalen der englischen Version zeigen nach einer umfassenden Validitätsstudie nach Sklar, Annis und Turner (1997) eine interne Konsistenz von .79 - .95. nach Cronbachs Alpha. Die Veröffentlichung einer Validitätsstudie der deutschen Version steht bislang aus, auch wenn Lindenmeyer und Florin (im Druck, zitiert nach Lindenmeyer & Brandes, 2003) bereits erste Ergebnisse vorlegen können. Eine Prüfung der internen Konsistenz der deutschen Version nach Cronbachs Alpha ergab demnach Maßzahlen zwischen .81 und .93 für die Subskalen und .98 für das Gesamtinstrument. Das Instrument ist darüber hinaus im Sinne der Nomenklatur der Items absolut vergleichbar mit dem Inventory of Drug Taking Situations, welches ebenfalls evaluiert und insgesamt als reliabel bewertet wurde (Lindenmeyer & Brandes, 2003). Neben der

50 Item Version existieren weitere Varianten des Fragebogens, so z.B. eine 32-Item umfassende Version des Fragebogens nach Demmel, Rist und Olbrich (2001).

4.3.3 Schweregrad der Alkoholabhängigkeit

Um den Vergleich mit einem weiteren Faktor zu gewährleisten, welcher ebenfalls einen hohen Einfluss auf die Abstinenzzuversicht haben kann (Skutle, 1999), wurde hinsichtlich der Messung der Schwere der Abhängigkeit die *Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit* (SESA) verwendet. Nach John, Hapke und Rumpf (2001) sind Schweregradtests bezogen auf eine konkrete Alkoholabhängigkeit im deutschsprachigen Raum eher selten. Der SESA wurde ausgewählt, um mit einem gut validierten, möglichst umfanglosen Gesamtinstrument die Schwere der Alkoholabhängigkeit zu erfassen.

Die *Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit* nach John, Hapke und Rumpf (2001) besteht aus 33 Items, von denen 5 das Wiederauftreten der alkoholbezogenen Symptome nach vorhergehender Abstinenzzeit erfassen (Items 29-33). Der SESA besteht aus sieben Subskalen: „*Einengung des Trinkverhaltens*“, „*Körperliche Entzugssymptome*“, „*Alkoholkonsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen*“, „*Psychische Entzugssymptome (Verlangen)*“, „*Toleranzsteigerung*“, „*Extreme Toleranzsteigerung*“ und „*Toleranzumkehr*“ (Eine genaue Zuordnung der einzelnen Items zu den Subskalen ist Tabelle 13 zu entnehmen).

Bei den Items 1 – 18 werden als Zeitangaben die Antwortkategorien „*Nie*“, „*Seltener als einmal im Monat*“, „*Einmal pro Monat oder öfter*“, „*Einmal pro Woche oder öfter*“ und „*Täglich*“ verwendet. Die Items 19-28 bestehen aus den einfachen Antwortkategorien „*Ja*“ und „*Nein*“. Die Items 29-33 wiederum werden mit den zeitlichen Antwortmöglichkeiten „*In den ersten beiden Tagen*“, „*In der ersten Woche*“, „*Im ersten Monat*“ und „*Später oder nie*“ kategorisiert (John, Hapke & Rumpf, 2001).

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt über ein Punktesystem. So variiert der Rohwertbereich bei den Fragen 1-18 bei fünf Antwortkategorien zwischen 0 und 4 Punkten. Die Punkteverteilung der Items 19-28 liegt zwischen 0 und 1. Die Variationsbreite der Items 29-33 liegt zwischen 0 und 3 Punkten.

Subskala	Items
(E) Einengung des Trinkverhaltens	1. Betrunkener werden wichtiger als nächste Mahlzeit 2. Ich trank soviel, wie ich wollte 3. Unfähig, trinken zu beenden 4. Schwierig, Gedanken an Alkohol loszuwerden
(K) Körperliche Entzugssymptome	5. Morgens Körperzittern 6. Morgens Händezittern 7. Verschwitzt aufwachen
(V) Alkoholkonsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen	8. Morgens „schnell Alkoholisches hinunterkippen“ 9. Trinken, um Zittern loszuwerden 10. Ich brauchte morgens Zeit, um in Gang zu kommen
(P) Psychische Entzugssymptome (Verlangen)	11. „Jieper“ 12. Panik, wenn nichts zu trinken 13. Drang, Alkohol zu trinken, sehr stark 14. Alkohol zog mich wie magisch an 15. Drang zum Alkohol stärker als bei anderen Menschen 16. Ganzen Tag „Jieper“ 17. Trinken wie ein innerer Trieb 18. Gefühl, ohne Alkohol nicht leben zu können
(T) Toleranzsteigerung	19. Trank zuletzt mehr für gleiche Wirkung 20. Vertrug immer mehr Alkohol 21. Vertrug mehr Alkohol als vor fünf Jahren 22. Vertrug dreifache Menge gegenüber früher
(Te) Extreme Toleranzsteigerung	23. Vertrug fünffache Menge gegenüber früher 24. Vertrug zehnfache Menge gegenüber früher
(Tu) Toleranzumkehr	25. Erst mehr Alkohol vertragen, zuletzt weniger 26. Trank weniger Alkohol für gleiche Wirkung 27. Brauchte weniger Alkohol, um ruhig zu werden 28. Trank höchstens ein Viertel für gleiche Wirkung

Tab.13: Zuordnung der Items zu den Subskalen des SESA

Um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, müssen im Zuge der Auswertung die Rohwerte unterschiedlich gewichtet werden, da sich die möglichen Wertebereiche zwischen den Subskalen unterscheiden. Das Gesamttestergebnis kann anschließend ermittelt werden (John, Hapke & Rumpf, 2001).

Der Test wurde anhand von 774 alkoholabhängigen Probanden in drei Erhebungen entwickelt. Die psychometrischen Gütekriterien wurden von den Autoren anhand von drei Teilstichproben mit alkoholabhängigen Personen (n=603) im Kontext einer Fachklinik für Psychiatrie, eines Allgemeinkrankenhauses und einer Bevölkerungsumfrage geprüft. Aufgrund der Vorgabe eines Auswertungsschemas ist eine Auswertungsobjektivität gegeben, die vorgegeben Antwortmöglichkeiten werden unabhängig vom Versuchsleiter beantwortet und ermöglichen so die Objektivität der Durchführung. Der Test wurde mithilfe des Split-Half-Reliabilitätskoeffizienten nach Flanagan auf die Halbierungsreliabilität mit $r = .73$ geprüft. Der Cronbach's Alpha ergab eine *exzellente* interne Konsistenz von .95. Der Test wurde des Weiteren auf Korrelationen mit weiteren gängigen Testverfahren, wie dem MALT, dem MAST, dem

SCAN, dem M-CIDI und dem AUDIT geprüft. Einzelskalen des SESA gelten als vergleichbar mit einzelnen Skalen dieser Testverfahren (John, Hapke, Rumpf & Schumann, 2001).

4.3.4 Zusatzitems

Geschlecht und Alter: Die Frage nach dem Geschlecht stellte die Eingangsfrage des Fragebogens dar, um eine Zuordnung rasch vornehmen zu können und wurde mithilfe einer zweistufigen Nominalskala mit den Antwortkategorien *männlich* und *weiblich* erfasst.

Als weitere Basisvariable wurde das Alter der Probanden in einer offenen Antwortmöglichkeit erfragt.

Abstinenz: Die Frage nach der Abstinenz wurde mit den Antwortkategorien *Ja* und *Nein* erfasst. Abstinenz im Sinne dieser Studie wurde als unterbrechungsfreier, oder mit bis zu drei Trinktagen unterbrochener Zeitraum des Nichttrinkens definiert, um den Probanden eine Richtlinie zu bieten. Bei der Frage der Dauer der Alkoholabstinenz bestand die Möglichkeit mit einer ordinal skalierten Frage eine der 6 Antwortkategorien *Unter 3 Monaten; Zwischen 3 und 6 Monaten; Zwischen 6 und 12 Monaten; Zwischen 12 Monaten und 3 Jahren; Zwischen 3 und 5 Jahren* und *5 Jahre oder länger* zu wählen.

Ehrlichkeit: Im Anschluss des Fragebogens befand sich ein weiteres Zusatzitem, welches die Ehrlichkeit bei der Beantwortung der Fragen erfasste und mithilfe einer zweistufigen Skala die Antwortkategorien *stimmt* und *stimmt nicht* zuließ. Dieses Verfahren sollte die Teilnehmer entweder zu einer Neuüberarbeitung des Fragebogens anregen, oder ggf. zwischen den als *ehrlich* und den als *unehrlich* eingestuften Fragebögen differenzieren und hatte somit die Funktion einer Kontrollskala (Bortz & Döring, 2006). Neben der Antwortkategorie *stimmt nicht* befand sich ein Hinweis für die Teilnehmer den Fragebogen dennoch abzugeben.

5 Ergebnisdarstellung

Insgesamt wurden 278 Fragebögen an aktuell oder ehemals alkoholabhängigen Probanden aus den Settings der ambulanten Rehabilitation Sucht (ARS), der ambulanten Rehabilitation Sucht nachstationär (ARS-N), der ganztägig ambulanten Rehabilitation Sucht (GAR) und der Selbsthilfe verteilt. 151 Fragebögen wurden wieder abgegeben, was einer Rücklaufquote von ca. 54% entspricht. Die Daten wurden mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS® Statistics in der 20. Version ausgewertet. Die Auswertung wurde anhand der Empfehlungen in der Literatur durchgeführt.

5.1 Daten zur Stichprobe

Aufgrund der hohen Ähnlichkeit der Rahmenbedingungen wurden die Daten der Probanden der „Ambulanten Rehabilitation Sucht“ und der „Ambulanten Rehabilitation Sucht – nachstationär“ zusammengefasst. Die Gruppe der Probanden der ARS/ARS-N war mit 69 Probanden die größte. Knapp hinter dieser Gruppe lagen mit 61 Probanden die Selbsthilfegruppen. Aus tagesklinischer Rehabilitation nahmen 21 Probanden an der Studie teil. Die ersten Daten zu den einzelnen Skalen wurden mit dem Analyseverfahren „Häufigkeiten ermitteln“ mithilfe von SPSS errechnet. Fehlende Werte wurden nicht mitberücksichtigt, mit Ausnahme des SESA (Siehe Kapitel 5.1.5).

5.1.1 Alter und Geschlecht

150 Probanden gaben ihr Geschlecht an, eine Angabe fehlte. Insgesamt war das Geschlecht in den Gruppen annähernd relativ gleich verteilt (Siehe Tabelle 14). Einen leichten Überhang weiblicher Probanden zeigte die dritte Gruppe (Selbsthilfe) auf. Insgesamt gab es einen leichten Männerüberhang von 1,4%.

Das Durchschnittsalter der Stichprobe lag bei $\bar{x}=52,33$ Jahren (Md 51 Jahre). Die Standardabweichung lag bei 10,23 Jahren. Im Gruppenverhältnis war die Gruppe der Tagesklinik mit durchschnittlich $\bar{x}=46,43$ Jahren (Md 48 Jahre) die jüngste. Mit

durchschnittlich 57,08 Jahren (Md 57 Jahre) war die Gruppe der Selbsthilfe die älteste. Die jüngste Teilnehmerin war 29, der älteste Proband 78 Jahre alt.

		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
ARS/ARS-N	Anzahl	37	32	69
	% innerhalb Gruppe	53,6%	46,4%	100,0%
Tagesklinik	Anzahl	10	11	21
	% innerhalb Gruppe	47,6%	52,4%	100,0%
Selbsthilfegruppe	Anzahl	29	31	60
	% innerhalb Gruppe	48,3%	51,7%	100,0%
Gesamt	Anzahl	76	74	150
	% innerhalb Gruppe	50,7%	49,3%	100,0%

Tab.14.: Verteilung der Stichprobe nach Gruppe und Geschlecht

5.1.2 Abstinenzdauer

Wie erwartet war die durchschnittliche Abstinenzdauer bei Teilnehmern aus den Selbsthilfegruppen am Höchsten, die tagesklinischen Rehabilitanden wiesen die geringste Abstinenzdauer auf. Die Abstinenzdauer wurde bereits vorab anhand von Zeitkategorien erhoben. Die Verteilung der Abstinenzdauer wird in Abbildung 6 dargestellt (Legende bei Abb. 7).

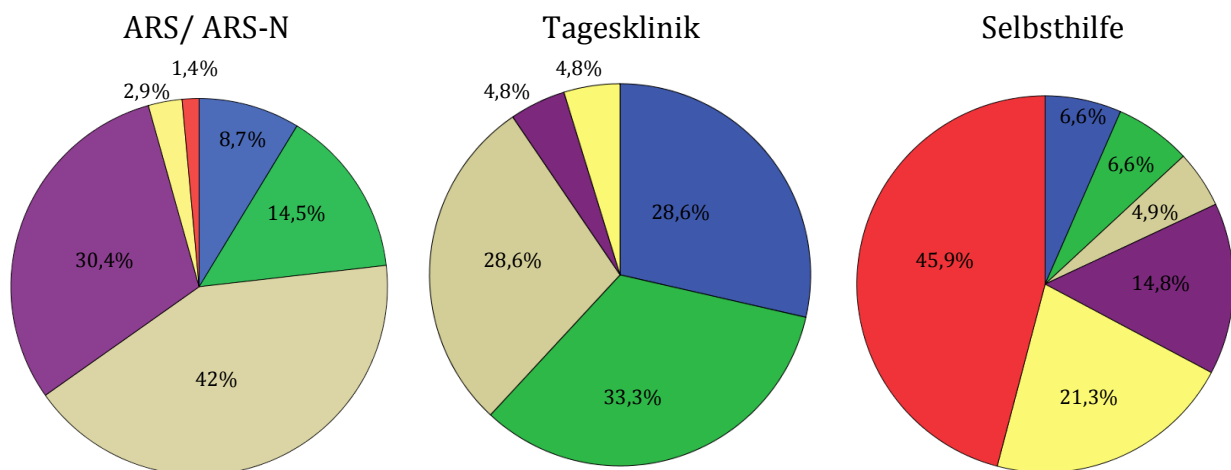


Abb.06: Verteilung der Abstinenzdauer nach Gruppen

Insgesamt wurde die Kategorie 3 (Zwischen 6 und 12 Monaten) mit 25,2% am häufigsten angegeben (Modus). Die Abstinenzzeit war jedoch innerhalb der

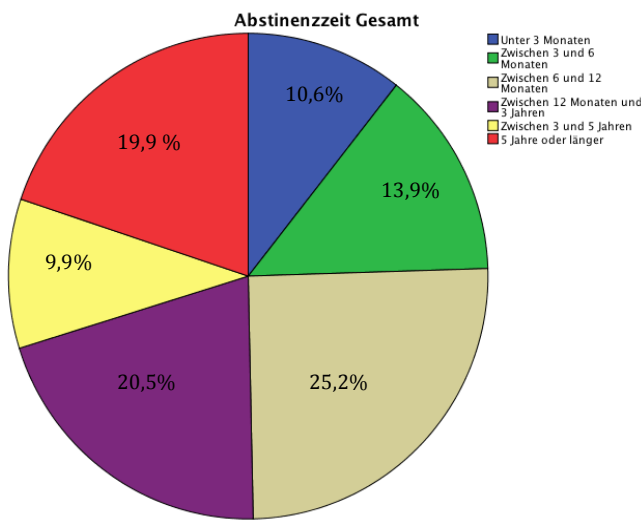


Abb.07: Gesamtverteilung der Abstinenzdauer

Gesamtstichprobe relativ gleichmäßig gut verteilt (Abbildung 7). Hier fallen insbesondere die hohen Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen stark auf, da bspw. 45,9% der Teilnehmer aus der Selbsthilfe angaben, über 5 Jahre oder länger abstinent zu sein, wohingegen dieser Wert nur von 1,4% der Gruppe der ARS/ARS-N und von keinem Probanden der Tagesklinik angegeben wurde. Die Unterschiede

hinsichtlich der Abstinenzdauer fielen zwar sehr hoch aus, wurden jedoch auch erwartet, da die Voraussetzung der ARS und der GAR für eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen oder die Rentenversicherung ein Alkoholkonsum innerhalb der letzten 12 Monate ist. Des Weiteren begeben sich alkoholabhängige Klienten meist in therapeutische Unterstützung nach einem (nicht selten schweren) Alkoholkonsum in der unmittelbaren Vergangenheit (vgl. Kapitel 2.4).

5.1.3 Male Depression (Gotland Scale)

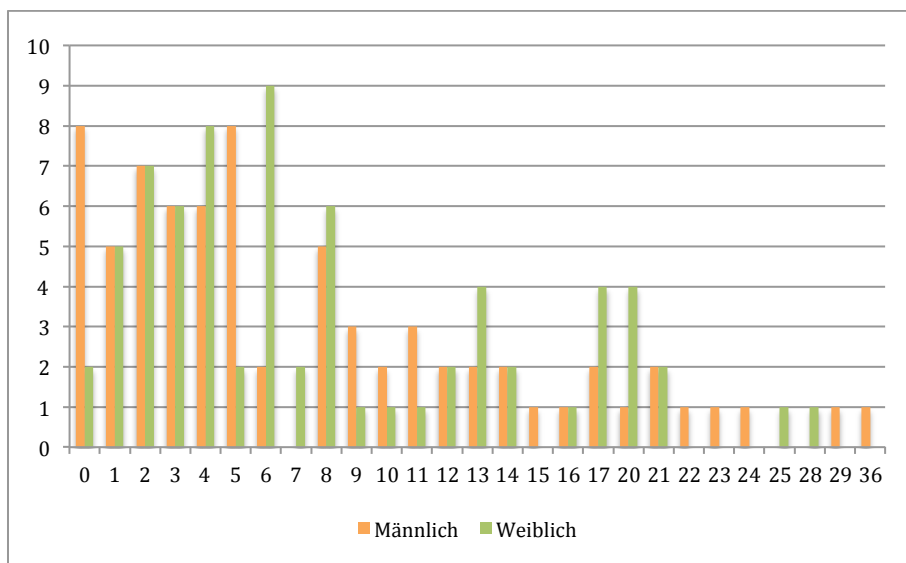


Abb.08: Summenscores der Gotland Scale nach Geschlecht

Nach Berechnung der Summenscores lag der Mittelwert bei $\bar{x}=8,06$ Punkten (Md: 6; SD: $\pm 7,17$). Die Scores folgen der Verteilung in Abbildung 8. In Abbildung 9 werden die Mittelwerte der einzelnen Items des GSMD dargestellt.

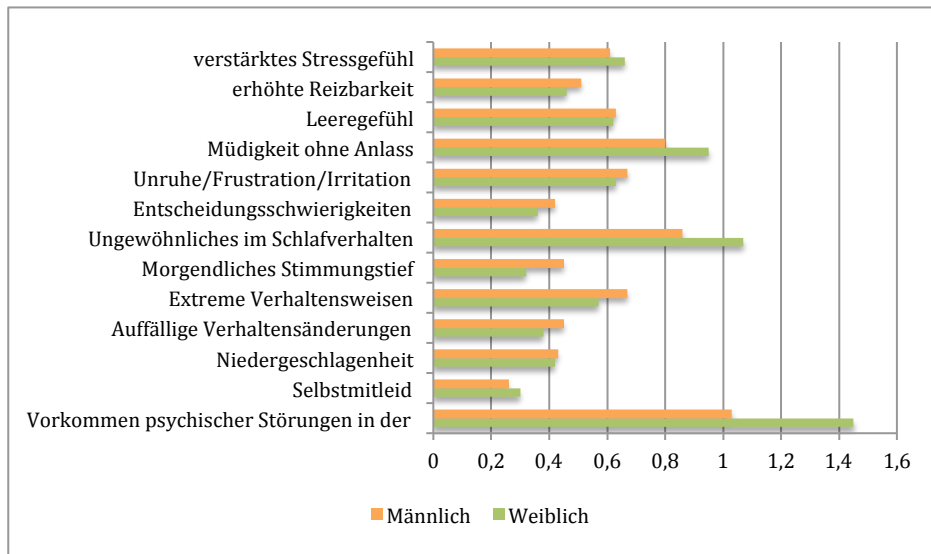


Abb.09: Mittelwerte der Einzelitems der Gotland Scale nach Geschlecht

Die Symptombelastung lag mit $\bar{x}_f=7,8$ zu $\bar{x}_m=8,3$ Punkten für Frauen um 0,5 Punkte höher als für Männer, was für einen geringen Unterschied zwischen den Geschlechtern spricht. Im Gesamtergebnis waren Frauen vom Depressionsfaktor um 0,7 Punkte eher betroffen als Männer, wohingegen diese um 0,3 Punkte im Distressfaktor überwogen (Siehe Abb.10 und Tab.15).

Die höchste Symptombelastung mit $\bar{x}=14,1$ Punkten wiesen Männer in tagesklinischer

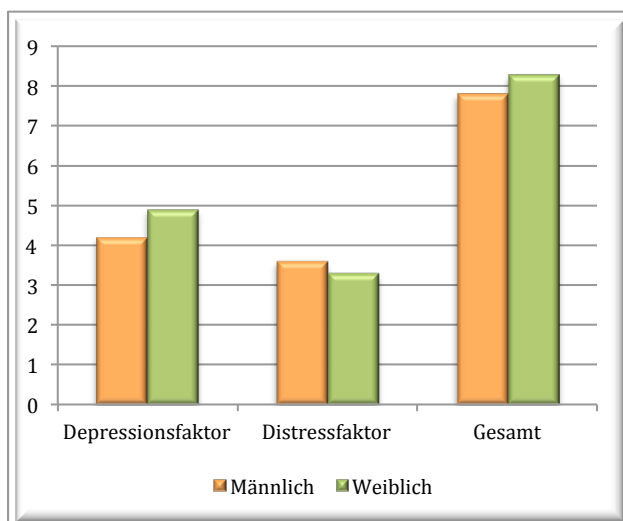


Abb.10: Faktorenladung der Gotland Scale nach Geschlecht

Behandlung auf. Der Unterschied zu den Frauen derselben Gruppe lag bei 3,6 Punkten. Damit war die Gruppe der männlichen tagesklinischen Patienten symptomatisch am schwersten belastet. Am wenigsten belastet mit durchschnittlich $\bar{x}=6,5$ Punkten war die Gruppe der männlichen ARS und ARS-N Patienten (Siehe hierzu Tabelle 1 im Anhang).

Male Depression						
Gruppe	Geschlecht			Depressionsfaktor	Distressfaktor	Male Depression
Gesamt	männlich	N	Gültig (ungültig)	73 (3)	76 (0)	73 (3)
		Mittelwert		4,2	3,6	7,8
		Standardabweichung		3,8	4,1	7,6
	weiblich	N	Gültig (ungültig)	73 (1)	71 (3)	71 (3)
		Mittelwert		4,9	3,3	8,3
		Standardabweichung		3,8	3,4	6,7

Tab.15: Statistiken zur Male Depression

Nach (Zierau et al., 2002) geben die Gesamtpunkte der Gotland Skala Aufschluss über den Depressionsgrad einer Person.

Die Punkte der Gotland Skala wurden zusammengefasst und nach dem in Kapitel 4.3.1 beschriebenen Verfahren in die Kategorien „keine Depression“, „Depression möglicherweise vorhanden“ und „Depression definitiv vorhanden“ mit dem Verfahren „umkodieren in neue Variablen“ (Bühl, 2012)

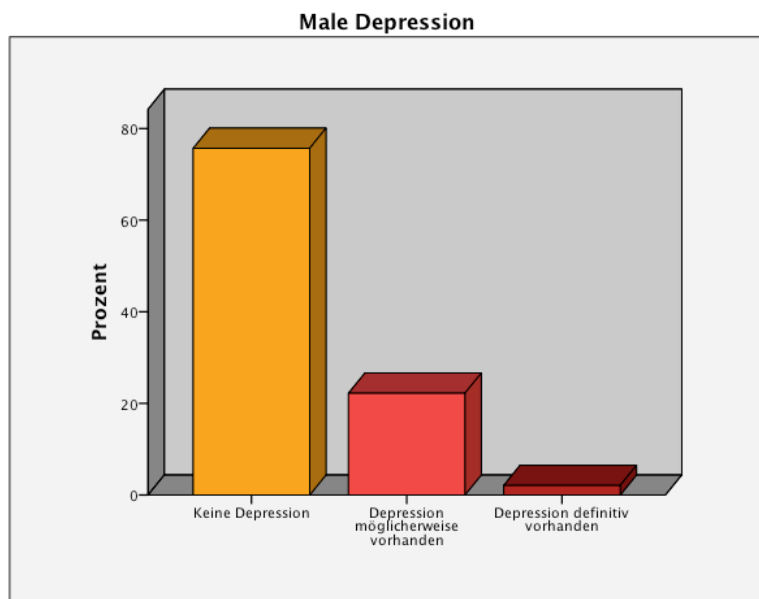


Abb.11: Gesamtkategorisierung der Gotland Scale

umgewandelt. Demnach wiesen lediglich 2% der Stichprobe eine *definitive Depression* nach der Gotland Skala auf. 21,2% fielen in die Kategorie „*Depression möglicherweise vorhanden*“. Die Mehrheit mit 72,2% war als „*nicht depressiv*“ einzustufen (Abb.11). Bei fehlenden Werten wurde die Gotland Skala nicht ausgewertet, so dass die fehlenden 4,6% die 7 ungültigen Fragebögen ausmachten.

5.1.4 Abstinenzzuversicht (DTCQ-A)

Der Mittelwert des „*Drug Taking Confidence Questionnaire*“ im Bereich Alkohol lag bei $\bar{x}=90,49$ Prozentpunkten (Md 95,38; SD $\pm 13,05$). Das angegebene Minimum lag bei 34,25, das Maximum bei 100. Auffällig war, dass das Maximum von 100 Prozentpunkten von 15,9% der Teilnehmer angegeben wurde und damit auch den häufigsten Wert darstellt. Im Mittelwert erzielten die Frauen mit $\bar{x}=91,5$ (Md 96; SD

±11,60) gegenüber den Männern mit \bar{x} =89,65 (Md 95,13; SD ±14,18) ein um 1,85 Prozentpunkte höheren Summenscore im DTCQ-A.

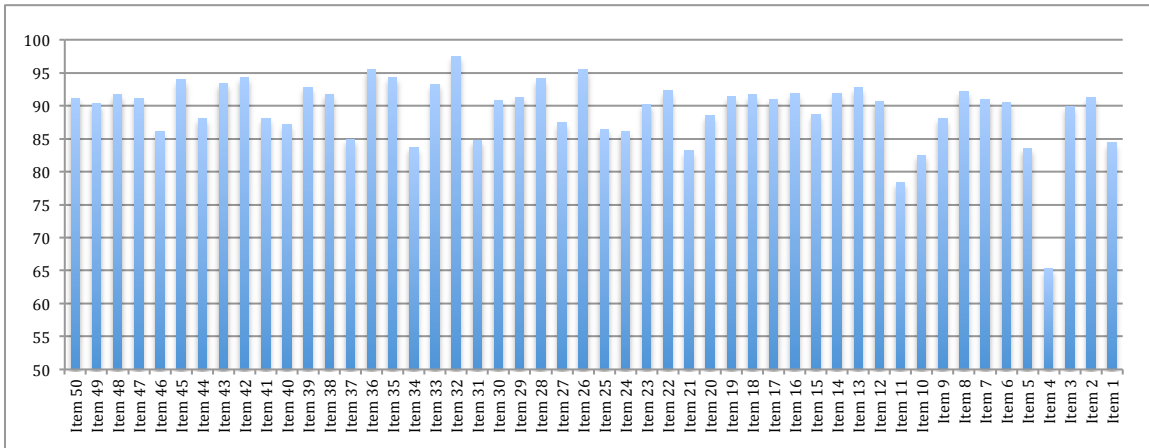


Abb.12: Mittelwerte der Einzelitems des DTCQ-A

Die Items Nr. 32 und Nr. 4. nahmen die Extrempositionen ein. Das Item Nr. 32 „wenn ich gerade abnehmen wollte“ lag im Mittelwert bei Männern bei \bar{x} =96,99, sowie bei Frauen bei \bar{x} =98,26 (Gesamtmittelwert: \bar{x} =97,48). Das Item Nr. 4 „wenn ich keinen Ausweg mehr sähe“ lag bei Männern mit \bar{x} =67,57 Punkten und bei Frauen mit \bar{x} =62,86 Punkten im Mittelwert am tiefsten (Gesamtmittelwert: \bar{x} =65,24). Die Item Nr. 4 und Nr. 32 waren ebenfalls die Items mit der höchsten Standardabweichung (Nr. 32: SD ±33,59; Nr. 4: SD ±10,58). (Siehe Abb.12).

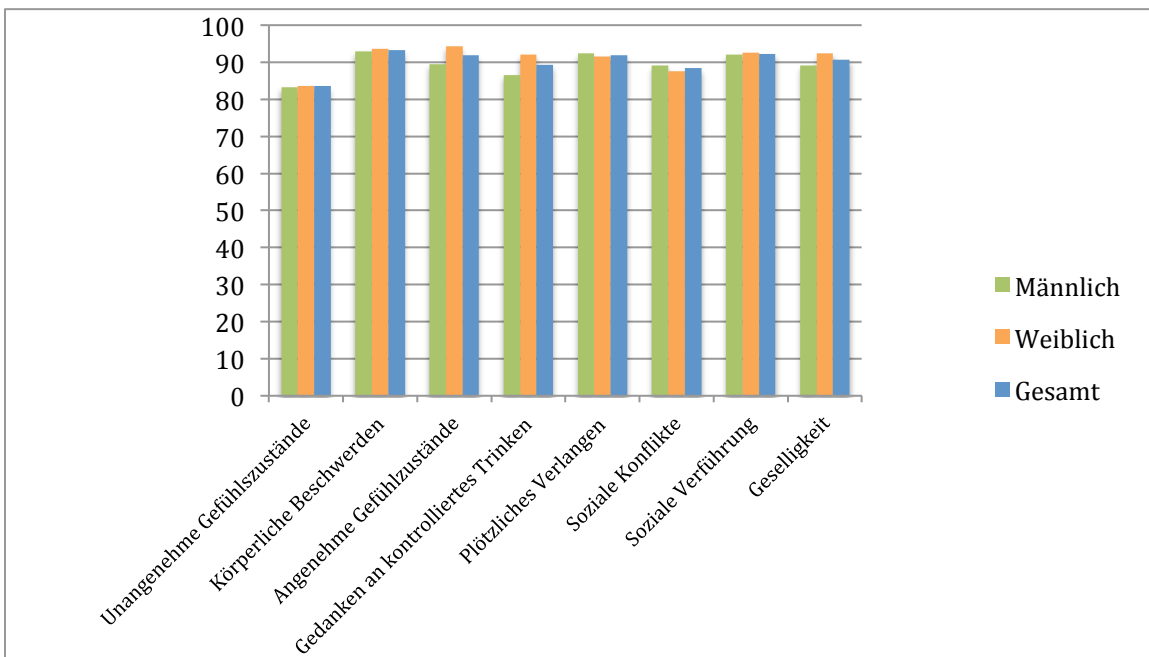


Abb.13: Mittelwerte der Subskalen des DTCQ-A nach Geschlecht

Die Unterteilung in die acht Subskalen des DTCQ-A ergab insgesamt hohe Werte in sämtlichen Skalen. Wie erwartet ging der Faktor „negative Gefühlszustände“ mit den niedrigsten Summenscores einher (vgl. hierzu Kapitel 4.1.2). Damit stellt dieser Faktor auch für die Stichprobe dieser Studie das höchste Risiko für einen Rückfall dar. Mit durchschnittlich $\bar{x}=83,54$ Prozentpunkten (Md 88; SD $\pm 17,77$) war dieser Faktorenwert der Niedrigste. Den insgesamt höchsten Summenscore erzielte der Faktor „körperliche Beschwerden“ mit einem Mittelwert von $\bar{x}=93,28$ Prozentpunkten (Md 100; SD $\pm 12,54$). Entgegen des erwarteten Ergebnisses verhielt sich der Faktor „Soziale Verführung“, welcher nach Marlatt (1985b) ebenfalls ein hohes Risikopotential hat, mit $\bar{x}=92,25$ Prozentpunkten im arithmetischen Mittel (Md 100; SD $\pm 15,64$) unauffällig im direkten Vergleich zu den anderen Faktoren (Siehe hierzu Abb.13).

Abstinenzzuversicht									
	Männlich			Weiblich			Gesamt		
Gesamt	N	Gültig	72	N	Gültig	60	N	Gültig	132
		Fehlend	4		Fehlend	14		Fehlend	19 ¹
	Mittelwert		89,65	Mittelwert		91,50	Mittelwert		90,49
	Median		95,13	Median		96,00	Median		95,38
	SD		14,18	SD		11,60	SD		13,05
	Minimum		34,25	Minimum		49,25	Minimum		34,25
	Maximum		100,00	Maximum		100,00	Maximum		100,00

Tab.16: Deskriptive Statistik zum DTCQ-A

Erwähnenswerte Geschlechtsunterschiede waren nicht zu verzeichnen. Der größte Geschlechtsunterschied war mit 5,47 Punkten in der Subskala „Gedanken an kontrollierten Konsum“ zu finden, bei welchem Frauen im Durchschnitt angaben, zu $\bar{x}=92,11$ Prozentpunkten (Md 100; SD $\pm 15,09$) zuversichtlich zu sein, wohingegen Männer einen Wert von $\bar{x}=86,54$ Prozentpunkten (Md 100; SD $\pm 21,88$) aufwiesen (Siehe Tab.16).

Im Vergleich der einzelnen Probandengruppen zeigten die Probanden der Selbsthilfe mit $\bar{x}=94,64$ (Md 98,25; SD $\pm 8,26$) den höchsten Summenscore im DTCQ-A. Mit einem

¹ eine Geschlechtsangabe fehlte bei der Gruppe der Selbsthilfe, daher konnte dieser Wert ebenfalls nicht berücksichtigt werden

Mittelwert von $\bar{x}=78,38$ (Md 85,25; SD $\pm 18,88$) wies die Gruppe der Tagesklinik den niedrigsten Summenscore auf. Die Probanden der ARS und ARS-N lagen im Durchschnitt bei $\bar{x}=90,39$ (Md 95; SD $\pm 12,40$). Lediglich in der Gruppe der Selbsthilfe erzielten die männlichen Probanden einen um einen Prozentpunkt im arithmetischen Mittel höheren Wert in Abstinenzsicherheit als die weiblichen. In den beiden anderen Gruppen überwogen die Frauen gegenüber den Männern, wenngleich die Unterschiede insgesamt gering ausfielen (1,41 Prozentpunkte in der Gruppe der Tagesklinik; 4,87 Prozentpunkte in der Gruppe ARS/ARS-N).²

5.1.5 Abhängigkeitsschwere (SESA)

Bei der Auswertung der Skala zur Erfassung des Schweregrads des Alkoholismus traten zwei Probleme auf. Zum Einen war die Quote der Fehlantworter mit 32 fehlenden Gesamtwerten sehr hoch. Zum Anderen gab eine Probandin bei jeder Frage des SESA eine 0 an, was eine Gesamtsumme von 0 zur Folge hatte. Die fehlenden Werte wurden daher mit dem Verfahren „Fehlende Werte ersetzen“ bearbeitet. Aus den fehlenden Werten wurden Zeitreihen-Mittelwerte gebildet, so dass einzelne fehlende Werte durch einen Mittelwert der anderen vorhandenen Werte in der Reihe ersetzt wurden. Die 0 im Gesamtwert des SESA wurde hingegen als fehlender Wert deklariert. Dies lässt sich damit begründen, dass die Voraussetzung zur Teilnahme an der Studie eine bestehende Alkoholabhängigkeit war, ein Gesamtwert von 0 im SESA jedoch so zu interpretieren ist, dass keine Alkoholabhängigkeit vorliegt. Aufgrund einer häufig aufgetretenen Unlogik im Antwortverhalten des SESA wurde das Verfahren des „nicht plausiblen Wertes“ angewendet. „Nicht plausible Werte“ wurden in der Datenmaske mit 888 codiert und wie „Fehlende Werte“ behandelt. Hintergrund ist, dass sehr viele Probanden die Zwischenfrage *„Ich war in den letzten zwei Jahren einmal länger als eine Woche völlig alkoholfrei, habe in dieser Zeit auch kein Bier und keinen Wein getrunken und habe danach aber erneut Alkohol getrunken“* missverstanden haben. Häufig füllten die Probanden trotz der Beantwortung mit „Ja“ den Fragebogen weiter aus, obwohl das Item den Hinweis enthielt, dass der Fragebogen dann als beendet galt. Die Anschlussfrage verlangte dann Auskunft über die Zeit der zwischenzeitlichen Abstinenz. Das Missverständnis lag darin, dass viele Probanden die Frage nicht auf eine

² Die Daten zum Vergleich der drei Probandengruppen können Tabelle 2 im Anhang entnommen werden.

zwischenzeitliche Abstinenz, sondern auf die gesamte Abstinenz bezogen. So war eine Zeitangabe von über zwei Jahren hinsichtlich der Frage unlogisch, tauchte jedoch häufiger auf. Aufgrund der sehr häufigen Fehlantworten mit insgesamt 66 fehlenden und „nicht plausiblen“ Werten wurde der letzte Teil des SESA nicht ausgewertet, sondern nur die Items 1-28 in die Auswertung miteinbezogen. Nach John, Hapke und Rumpf (2001) dienen die Zusatzitems ab Item 29 lediglich zu einer genaueren und individuelleren Erfassung und können damit für die Gesamtauswertung vernachlässigt werden.

Die 28 Items des SESA sind anhand der minimalen und maximalen Wertigkeit in zwei Bereiche unterteilt (Siehe Abb.14). Der Varianzbereich der Items 1-18 umfasst 0 und 4 Punkte, der Varianzbereich der Items 19-28 umfasst 0-1 Punkt. Insgesamt erzielte innerhalb des ersten Bereiches Item Nr. 4: „*Es war schwierig für mich, Gedanken an Alkohol loszuwerden*“ mit $\bar{x}=3,30$ Punkten (Md 4,00; SD $\pm 1,12$) den höchsten Wert. Den niedrigsten Mittelwert wies mit $\bar{x}=1,62$ (Md 1,00; SD $\pm 1,65$) Item Nr. 9: „*Ich trank morgens Alkohol, um das Zittern loszuwerden*“ auf. Innerhalb des zweiten Bereiches waren die Unterschiede im Mittelwertvergleich relativ hoch. So stand mit einem Wert von $\bar{x}=0,81$ im arithmetischen Mittel (SD $\pm 0,39$) Item Nr. 20: „*Ich vertrug im Laufe der Jahre immer mehr Alkohol*“ an höchster Stelle, gegenüber Item Nr. 24: „*Ich vertrug mindestens die zehnfache Trinkmenge gegenüber der Zeit, als ich begann, Alkohol zu trinken*“ welches insgesamt einen Mittelwert von $\bar{x}=0,13$ Punkten aufwies (SD $\pm 0,32$).

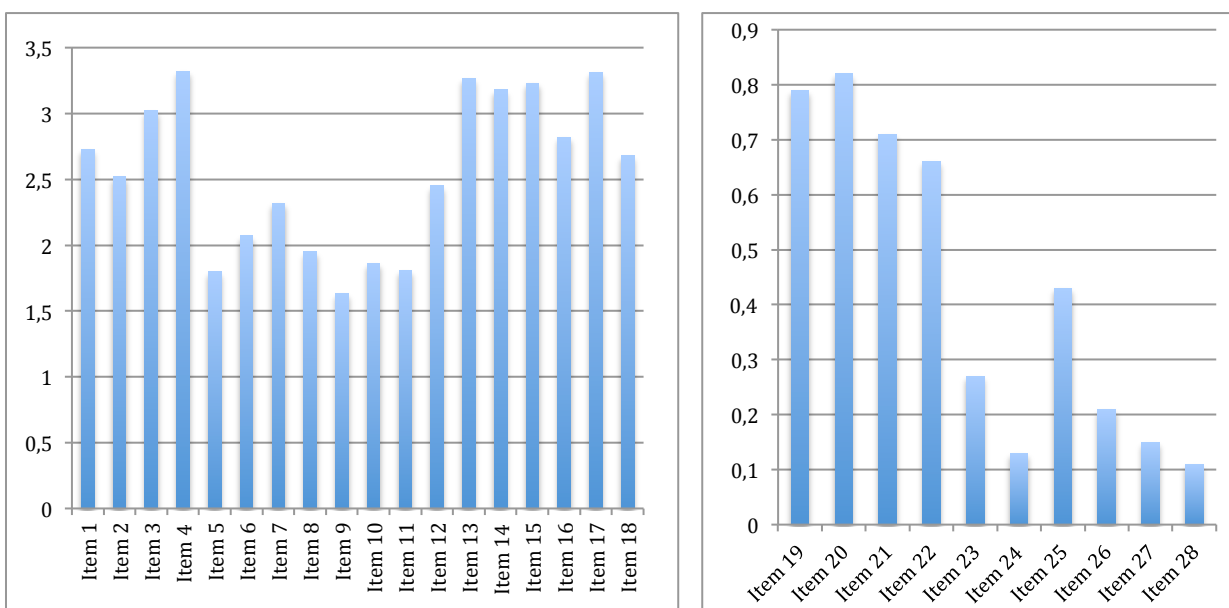


Abb.14: Mittelwerte der Items des SESA

Nach der Codierung der Werte wurden die Rohwerte mit dem nach John, Hapke und Rumpf (2001) beschriebenen Verfahren gewichtet. Mit dieser Gewichtung konnten die sieben Subskalen und der Gesamtwert ermittelt werden (Siehe Abb.15). Der Varianzbereich lag in jeder Skala und im Gesamttest nach der Gewichtung zwischen 0 und 100 Punkten. Der Mittelwert in der Gesamtskala lag bei $\bar{x} = 50,58$ Punkten (Md 48,17; SD $\pm 20,27$). Den höchsten Wert von 97,06 erzielte ein männlicher Proband aus der Gruppe ARS/ARS-N. Der Minimalwert von 6,25 wurde bei einer weiblichen Probandin derselben Gruppe ermittelt. Der Modalwert lag bei 89,17 Punkten und wurde von 2,6% der Stichprobe (4 Probanden) erreicht. Die Verteilung der Häufigkeitsskala ist damit unimodal. Die Skala „Toleranzsteigerung“ ging

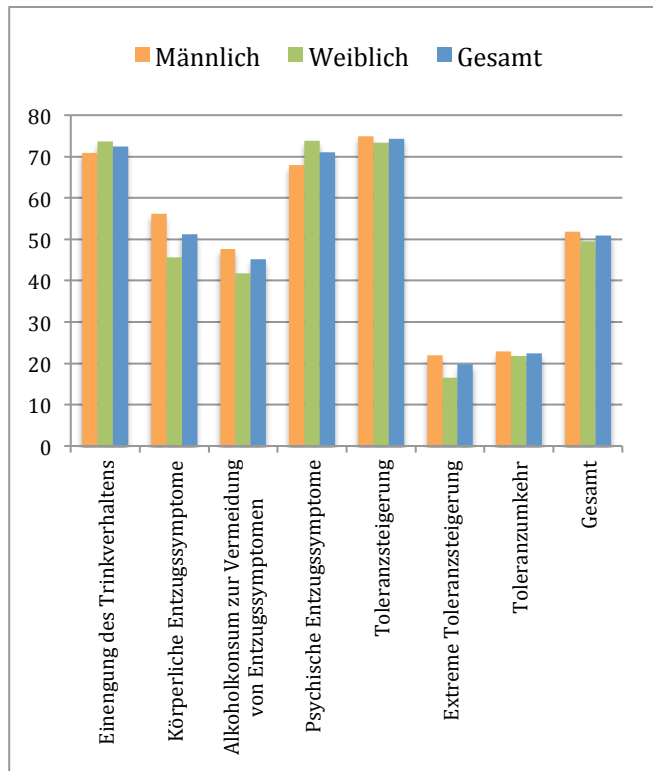


Abb.15: Summenscores der Subskalen des SESA nach Geschlecht

mit dem höchsten Durchschnittswert von $\bar{x}=73,87$ (Md 75; SD $\pm 28,68$) einher. Den niedrigsten Wert wies mit $\bar{x}=19,69$ Punkten (Md 0; SD $\pm 32,98$) die Skala „Extreme Toleranzsteigerung“ auf.

Im Gesamtvergleich lag der Mittelwert der männlichen Probanden um 2,31 mit $\bar{x}=51,80$ Punkten (Md 50,40; SD $\pm 20,47$) höher als das arithmetische Mittel der weiblichen Probanden mit $\bar{x}=49,49$ Punkten (Md 47,51; SD $\pm 19,05$).

Der größte Geschlechtsunterschied innerhalb der Subskalen war bei der Skala „Körperliches Entzugssyndrom“ festzustellen, nachdem die männlichen Probanden mit $\bar{x} = 56,15$ Punkten (Md 58,1; SD $\pm 34,36$) einen um 11,1 Punkte höheren Durchschnittswert erzielten als die weiblichen Probanden (Mittelwert $\bar{x}=72,61$; Md 75; SD $\pm 35,11$). Den geringsten Geschlechtsunterschied mit 1,37 Punkten wies die Skala „Toleranzumkehr“ auf, in welcher die männlichen Probanden im Mittel $\bar{x}=22,87$ Punkte (Md 16,5; SD $\pm 28,38$) und Frauen $\bar{x}=21,50$ Punkte (Md 0; SD $\pm 30,98$) aufwiesen (Siehe Tab.17).

Schweregrad der Alkoholabhängigkeit									
	Männlich			Weiblich			Gesamt		
	Gesamt	N	Gültig	76	N	Gültig	73	N	Gültig
Fehlend			0	Fehlend		1	Fehlend		1
Mittelwert		51,80	Mittelwert		49,49	Mittelwert		50,91	
Median		50,40	Median		47,51	Median		48,83	
SD		20,47	SD		19,05	SD		19,91	
Minimum		17,41	Minimum		6,25	Minimum		6,25	
Maximum		97,06	Maximum		93,82	Maximum		97,06	

Tab.17: Statistik zum SESA

Den durchschnittlich höchsten Wert wies im Gruppenvergleich mit \bar{x} =53,20 Punkten (Md 53,31; SD ±20,91) die Gruppe der Selbsthilfe auf. Der niedrigste Wert mit \bar{x} =46,05 (Md 44,59; SD ± 15,35) wurde für die Gruppe der Tagesklinik ermittelt. Die Gruppe der ARS/ARS-N wies einen durchschnittlichen SESA Score von \bar{x} =50,30 Punkten auf (Md 49,80; SD ±20,12). Ein nennenswerter Geschlechtsunterschied war in der Gruppe ARS/ARS-N festzustellen. In dieser Gruppe wurde für die männlichen Probanden ein Mittelwert von \bar{x} =53,24 (Md 55,02; SD ±21,19) gegenüber einem Mittelwert von \bar{x} =46,90 (Md 45,18; SD ±18,55) für die weiblichen Probanden ermittelt. Der Unterschied fiel mit 6,34 Punkten verhältnismäßig hoch im Vergleich zu den anderen

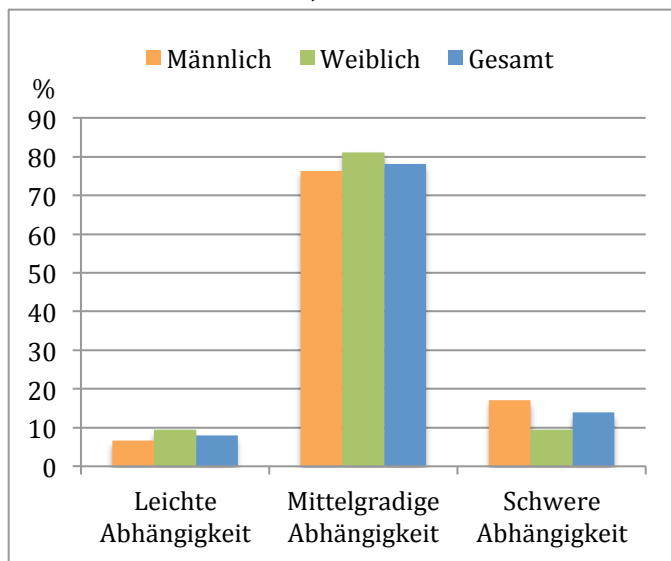


Abb.16: Einteilung des Schweregrades nach Häufigkeit

Gruppen aus (vgl. Tabelle 3 im Anhang).

Nachdem die Rohwerte gewichtet wurden, erfolgte eine Einteilung in drei Schweregradbereiche (Siehe Abb.12). Das empfohlene Vorgehen nach John, Hapke und Rumpf (2001) wurde beibehalten, so dass der Bereich zwischen 0 und 25 Punkten als „*leichte Abhängigkeit*“ definiert wurde. Der Bereich der

³ Auch hier konnte der fehlende Wert in der Geschlechtsangabe nicht mitberücksichtigt werden.

„mittelgradigen Abhängigkeit“ umfasste 25-75 Punkte. Als „schwer abhängig“ galten damit die Probanden, die zwischen 75 und 100 Punkten im SESA aufwiesen. Wie nach diesem Vorgehen erwartet, waren mit 78,1% die meisten Probanden als mittelgradig abhängig einzustufen. Die Extremwerte der leichten und der schweren Abhängigkeit machten nur 7,9% und 13,9% der Probanden aus. Auch die Geschlechterverteilung der Abhängigkeitsschwere war unausgewogen (Siehe Abb.16). So waren Frauen mit 9,5% zu 6,6% und 81,1% zu 76,3% mehr von leichter und mittelgradiger Abhängigkeit betroffen als Männer. Diese waren in dieser Stichprobe jedoch mit einem Unterschied von 7,6% schwerer abhängig als Frauen (17,1% zu 9,5%).

5.2 Überprüfung der Hypothesen

Im Folgenden wurden die Daten auf mögliche Zusammenhänge und Gültigkeiten geprüft. Die Ergebnisse wurden mithilfe ausgewählter statistischer Verfahren ermittelt. Das Vorgehen erfolgte hierbei anhand der Struktur und der Reihenfolge der in Kapitel 4.1.2 aufgestellten Hypothesen.

5.2.1 Male Depression und Abstinenzzuversicht

Als Verfahren zur Überprüfung der ersten Hypothese (H1) wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt. Verglichen wurden die beiden Variablen „Abstinenzzuversicht“ (DTCQ-A) und „Abstinenzdauer“ mit der Variable „Male Depression“ (GSMD).

Nach Bortz und Schuster (2010) überprüft die einfaktorielle Varianzanalyse „die Auswirkung einer gestuften, unabhängigen Variablen auf eine abhängige Variable.“ (S. 205). Die gestufte unabhängige Variable machte in diesem Fall die *Male Depression*⁴ nach dem GSMD mit ihren drei Kategorien (1= nicht depressiv; 2= Depression möglicherweise vorhanden und 3= Depression definitiv vorhanden) aus. Nach Rasch et al. (2010b) ist die Varianzanalyse dem Verfahren des t-Tests beim Vergleich mehrerer

⁴ Aufgrund der unterschiedlichen Kodierungen der GSMD wird im Folgenden *Male Depression* verkürzt als MD dargestellt und beschreibt hierbei die Einteilung in die drei Kategorien des GSMD. In anderen Tests bezieht sich die Untersuchung nicht auf die drei Kategorien, sondern auf die depressiven Symptome, weshalb hier die Bezeichnung SMD (Symptome der *Male Depression*) verwendet wird.

Mittelwerte vorzuziehen. Bei der Analyse wurde das konventionelle Signifikanzniveau nach Cowles und Davis (1982, zitiert nach Bortz & Schuster, 2010, S. 101) von $\alpha = 0,05$ (signifikant) und $\alpha = 0,01$ (hochsignifikant) zu Grunde gelegt.

Tabelle 18 stellt die Mittelwerte der Abstinenzzuversicht und der Abstinenzdauer bezogen auf die drei Depressionsgruppen (MD) dar. Hier werden bereits Unterschiede deutlich. Den geringsten Mittelwert wies mit 65,17 die Gruppe der „definitiv Depressiven“ auf, den höchsten Wert mit $\bar{x} = 92,84$ die Gruppe der „nicht-Depressiven“. Ähnliche Verhältnisunterschiede waren bei dem Vergleich von Abstinenzdauer und Depressionsgruppen zu erkennen.

Tabelle 19 stellt den Vergleich der einzelnen Depressionsgruppen bezogen auf die Abstinenzzuversicht und die Abstinenzdauer als hochsignifikant dar. Das Signifikanzniveau im Depressionsgruppenvergleich (MD) in Relation zur Abstinenzzuversicht lag hier bei $\alpha = 0,000$; das Signifikanzniveau in Relation zur Abstinenzdauer bei $\alpha = 0,008$.

Um zu überprüfen, welche Depressionsgruppen (MD) sich am meisten voneinander unterscheiden, wurden Kontraste gebildet. Nach Bortz und Schuster (2010) lassen sich anhand von Kontrasten Einzelunterschiede zwischen jeweils zwei Gruppen abbilden. Dies erlaubt insbesondere eine differenziertere Analyse. In Tabelle 20 sind die Einzelkontraste dargestellt. Kontrast 1 beschreibt somit den Unterschied zwischen den Gruppen 1 (keine Depression) und 2 (Depression möglicherweise vorhanden). Kontrast 2 den Unterschied zwischen Gruppe 2 und Gruppe 3 und Kontrast 3 den Unterschied zwischen Gruppe 1 und Gruppe 3. Die Signifikanzwerte der unterschiedlichen Kontraste sind in Tab. 21 dargestellt. Die Kontraste wurden hierbei wieder anhand der Relation zu den Variablen Abstinenzzuversicht und Abstinenzdauer geprüft. Aufgrund der Annahme, dass beide Gruppen prinzipiell vergleichbar sind, wurde die Auswertung anhand von gleichen Varianzen durchgeführt. Anhand des Verhältnisses zur Abstinenzzuversicht ergaben sich signifikante Unterschiede für alle drei Kontraste. Der signifikant größte Unterschied mit $\alpha = 0,000$ war im Kontrast 3 („keine Depression“ Vs. „Depression definitiv vorhanden“) zu verzeichnen. Kontrast 2 („mögliche Depression“ Vs. „definitive Depression“) erbrachte einen signifikanten Gruppenunterschied von $\alpha = 0,002$. Kontrast 1 („keine Depression“ Vs. „Mögliche Depression“) war auf einem Niveau von $\alpha = 0,010$ ebenfalls 2-seitig signifikant.

ONEWAY deskriptive Statistiken

		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum	Varianz zwischen den Komponenten
						Untergrenze	Obergrenze			
DTCQ-A Gesamt	keine Depression	93	92,8360	9,69280	1,00510	90,8398	94,8322	49,25	100,00	
	Depression möglicherweise vorhanden	30	84,5500	18,05790	3,29691	77,8071	91,2929	34,25	100,00	
	Depression definitiv vorhanden	3	65,1667	11,44643	6,60860	36,7322	93,6012	52,00	72,75	
	Gesamt	126	90,2044	13,21996	1,17773	87,8735	92,5352	34,25	100,00	
	Modell	Feste Effekte Zufallseffekte			12,21822	1,08849 6,27929	88,0498 63,1868	92,3590 117,2220		
Abstinezeit	keine Depression	109	3,79	1,552	,149	3,49	4,08	1	6	
	Depression möglicherweise vorhanden	32	3,00	1,459	,258	2,47	3,53	1	6	
	Depression definitiv vorhanden	3	2,00	1,000	,577	-,48	4,48	1	3	
	Gesamt	144	3,58	1,567	,131	3,32	3,83	1	6	
	Modell	Feste Effekte Zufallseffekte			1,526	,127 ,476	3,33 1,53	3,83 5,62		

Tab.18: ONEWAY deskriptive Statistiken zur ANOVA

Einfaktorielle ANOVA

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
DTCQ-A gesamt	Zwischen den Gruppen	3483,897	2	1741,948	11,669	**0,000
	Innerhalb der Gruppen	18362,028	123	149,285		
	Gesamt	21845,925	125			
Abstinenzdauer	Zwischen den Gruppen	23,013	2	11,506	4,944	**0,008
	Innerhalb der Gruppen	328,147	141	2,327		
	Gesamt	351,160	143			

* = auf einem Niveau von 0,05 signifikant
 ** = auf einem Niveau von 0,01 signifikant

Tab.19: Einfaktorielle ANOVA zu Depressionsgruppen und Abstinenzzuversicht

Kontrast-Koeffizienten			
Kontrast	MDkategorisiert		
	Gruppe 1: keine Depression	Gruppe 2: Depression möglicherweise vorhanden	Gruppe 3: Depression definitiv vorhanden
1	1	-1	0
2	0	-1	1
3	-1	0	1

Tab.20: Kontrast-Koeffizienten

Zur weiteren Analyse wurde ebenfalls das Verfahren des t-Tests angewendet, um die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA mit den Ergebnissen des t-Tests vergleichen zu können. In diesem Fall wurden die Daten aus der

Datenmaske in neue Variablen

umkodiert, um einen t-Test mit zwei Mittelwerten durchführen zu können. Aufgrund der hohen Größenunterschiede der drei Depressionsgruppen wurden die Gruppen 2 („Depression möglicherweise vorhanden“) und 3 („Depression definitiv vorhanden“) zusammengefasst und als Gesamtgruppe (*Depression*) mit Gruppe 1 (*keine Depression*) verglichen. Hier wurde ebenfalls die Variable „Abstinenzdauer“ in die Analyse miteinbezogen.

Kontrast-Tests							
Kontrast			Kontrastwert	Standardfehler	T	df	Signifikanz (2-seitig)
DTCQ-A	Varianzen sind gleich	1	8,2860	2,56542	3,230	123	,002
		2	-19,3833	7,39850	-2,620	123	,010
		3	-27,6694	7,16706	-3,861	123	,000
	Varianzen sind nicht gleich	1	8,2860	3,44671	2,404	34,547	,022
		2	-19,3833	7,38534	-2,625	3,106	,076
		3	-27,6694	6,68460	-4,139	2,094	,050
Abstinenzdauer	Varianzen sind gleich	1	,79	,307	2,572	141	,011
		2	-1,00	,921	-1,086	141	,280
		3	-1,79	,893	-2,004	141	,047
	Varianzen sind nicht gleich	1	,79	,298	2,650	53,325	,011
		2	-1,00	,632	-1,581	2,871	,216
		3	-1,79	,596	-3,001	2,274	,082

Tab.21: Kontrast-Tests zwischen Male Depression und Abstinenzzuversicht

Da die jeweiligen Mittelwerte der beiden Gruppen zu verschiedenen Grundgesamtheiten gehören, sind diese nach Brosius (2011) als voneinander unabhängig zu bezeichnen. Daher wurde das Verfahren des t-Tests bei unabhängigen Stichproben angewendet. In Tabelle 22 werden die Gruppengrößen, die Mittelwerte und die Standardabweichung für die umkodierten Depressionsgruppen dargestellt. Ein relativ hoher Mittelwertunterschied mit $\bar{x} = 92,84$ für die Gruppe 1 (nicht depressiv)

zu $\bar{x} = 82,78$ für die Gruppe

2 („Depression möglich“ + „definitiv depressiv“) war

hier erkennbar.

Gruppenstatistiken					
Depression		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
DTCQ-A	keine Depression	93	92,8360	9,69280	1,00510
	Depression	33	82,7879	18,32286	3,18960
Abstinenzdauer	keine Depression	109	3,79	1,552	,149
	Depression	35	2,91	1,442	,244

Tab.22: Gruppenstatistiken zu neuen Depressionsgruppen

In Tabelle 23 sind die Ergebnisse des t-Tests als Mittelwertvergleich zwischen Abstinenzzuversicht und den beiden neuen Depressionsgruppen dargestellt. Bei Unterstellung gleicher Varianz werden die Ergebnisse der jeweils ersten Zeile beschrieben. Der T-Wert von 3,966 war daher auf einem zweiseitigem Niveau von $\alpha = 0,000$ hochsignifikant. Ebenfalls zweiseitig signifikant auf einem Niveau von $\alpha = 0,004$ war der Depressionsgruppenunterschied bezogen auf die Abstinenzdauer.

		Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Differenz	
									Untere	Obere
DTCCQ-A	Varianzen sind gleich	31,479	,000	3,966	124	,000	10,04814	2,53354	5,03356	15,06273
	Varianzen sind nicht gleich			3,005	38,538	,005	10,04814	3,34421	3,28124	16,81504
Abstinenzdauer	Varianzen sind gleich	,995	,320	2,949	142	,004	,875	,297	,288	1,461
	Varianzen sind nicht gleich			3,063	61,309	,003	,875	,286	,304	1,446

Tab.23: Ergebnisse des t-Tests zwischen Male Depression und Abstinenzzuversicht

Ein weiterer Test wurde mit dem statistischen Verfahren des Korrelationskoeffizienten durchgeführt. Nach Bühner und Ziegler (2009) kann die Stärke eines Zusammenhangs von zwei Variablen mit dem Korrelationskoeffizienten abgebildet werden. Die Pearson-Korrelation (bivariate Korrelation) stellt somit ein statistisch bedeutsames Mittel dar, um Zusammenhänge zwischen zwei Variablen zu beschreiben. Das Verfahren wurde angewendet, um die Stärke des Zusammenhangs zu bestimmen und die Einflüsse der beiden Faktoren der GSMD auf die Abstinenzzuversicht miteinander zu vergleichen. Anhand Tabelle 24 lässt sich ersehen, dass neben dem Faktor der *Male Depression* sowohl der Distress- als auch der Depressionsfaktor negativ mit dem Faktor Abstinenzzuversicht korrelierten. Sämtliche Faktoren waren auf einem Niveau von $\alpha = 0,000$ hochsignifikant. Der Distressfaktor korrelierte hierbei mit -0,480 mit dem Faktor Abstinenzzuversicht. Die Stärke des Zusammenhangs zwischen dem Depressionsfaktor und der Abstinenzzuversicht lag bei -0,387. Der Korrelationskoeffizient für die Gesamtskala der *Male Depression* nahm den Wert von -0,461 an.

Korrelationen

		Abstinenzzuversicht	MD Distressfaktor	MD Depressionsfaktor	Male Depression (gesamt)
Abstinenzzuversicht	Korrelation nach Pearson	1	-,480 ^{**}	-,387 ^{**}	-,461 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,000	,000
	N	132	129	128	126
MD Distressfaktor	Korrelation nach Pearson	-,480 ^{**}	1	,776 ^{**}	,943 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,000	,000
	N	129	148	144	144
MD Depressionsfaktor	Korrelation nach Pearson	-,387 ^{**}	,776 ^{**}	1	,942 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000		,000
	N	128	144	146	144
Male Depression (gesamt)	Korrelation nach Pearson	-,461 ^{**}	,943 ^{**}	,942 ^{**}	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	
	N	126	144	144	144

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tab.24: Ergebnisse der Pearson-Korrelation zwischen Male Depression und Abstinenzzuversicht

5.2.2 Geschlechtsspezifische Einflüsse der Male Depression auf die Abstinenzzuversicht

Zur Überprüfung der zweiten Hypothese (H2) wurde das Verfahren der mehrfaktoriellen ANOVA angewendet. Nach Rasch et al. (2010b) eignet sich das Verfahren der zweifaktoriellen Varianzanalyse zur Herleitung von Zusammenwirkungen von zwei unabhängigen Variablen auf eine abhängige Variable. Das Verfahren wurde daher angewendet, um Wechselwirkungen zwischen den Variablen „Geschlecht“ und „Male Depression“ mit der Variable „Abstinenzzuversicht“ zu untersuchen.

Ein hochsignifikanter Unterschied ergab sich mit einem Niveau von $\alpha = 0,000$ beim Faktor *Male Depression*. Die Faktoren *Geschlecht*, sowie der Faktor der Wechselwirkung zwischen *Geschlecht* und *Male Depression* (*Geschlecht*Male Depression*) waren auf einem Niveau von $\alpha = 0,332$ und $\alpha = 0,783$ nicht signifikant (Siehe Tabelle 25).

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Abstinenzzuversicht

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Korrigiertes Modell	3669,330 ^a	5	733,866	4,845	,000
Konstanter Term	142457,068	1	142457,068	940,487	,000
Geschlecht	143,600	1	143,600	,948	,332
Male Depression	3089,580	2	1544,790	10,199	,000
Geschlecht * Male Depression (kategorisiert)	74,435	2	37,218	,246	,783
Fehler	18176,595	120	151,472		
Gesamt	1047086,188	126			
Korrigierte Gesamtvariation	21845,925	125			

a. R-Quadrat = ,168 (korrigiertes R-Quadrat = ,133)

Tab.25: Zwischensubjekteffekte zwischen MD und Geschlecht auf Abstinenzzuversicht

Die beiden Abbildungen 17 und 18 zeigen die Ergebnisse der Analyse in Form von geschätzten Randmitteln der Abstinenzzuversicht. Erkennbar ist hier sowohl bei Abbildung 17 als auch bei Abbildung 18, ein Unterschied zwischen den Geschlechtern, welcher lediglich bei der dritten Gruppe (Depression definitiv vorhanden) größer wird, aufgrund der geringen Gruppengröße der Depressionsgruppe (Gruppe 3) in seiner Gesamtheit jedoch nicht signifikant ist. Hinzu kommt, dass diese mit $n=3$ sehr kleine Probandengruppe hinsichtlich des Geschlechts mit 2 depressiven Männern zu einer depressiven Frau natürlich ungleich verteilt war.

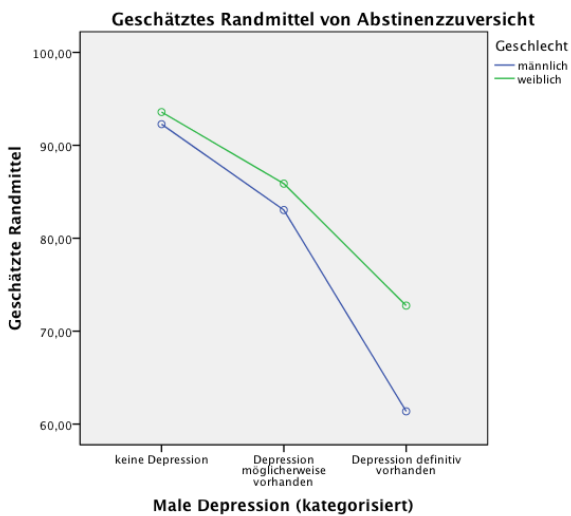


Abb.17: Randmittel von Abstinenzzuversicht nach MD und Geschlecht (1)

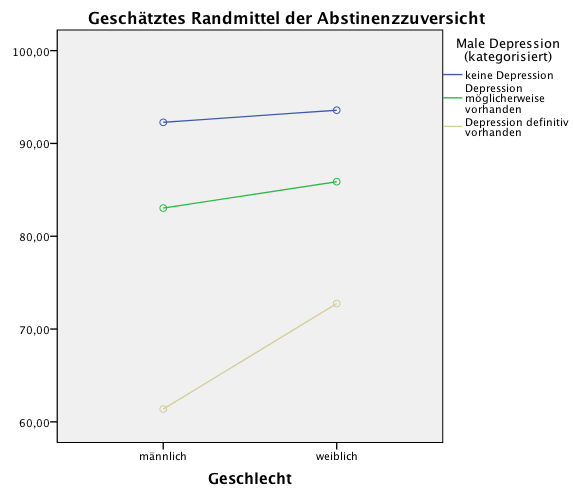


Abb.18: Randmittel von Abstinenzzuversicht nach MD und Geschlecht (2)

Ein t-Test bei unabhängigen Stichproben bezogen auf die einzelnen Items des DTCQ-A ergab einige wenige signifikante Geschlechtsunterschiede (hier ohne die Variable „Male Depression“). So war das Item „wenn ich sehen wollte, ob ich kontrolliert trinken kann“ auf einem Niveau von $\alpha = 0,019$ zweiseitig signifikant. Hier wiesen männliche Probanden mit einem Mittelwert von $\bar{x} = 77,84$ im Vergleich zu den weiblichen Probanden mit einem Mittelwert von $\bar{x} = 89,30$, niedrigere Werte auf. Weitere signifikante Unterschiede ergaben sich in den Items 23: „wenn ich vor lauter Freude ganz außer mir wäre“ und 49: „wenn ich meinen sexuellen Genuss steigern wollte“ (Siehe hierzu die Tabellen 4 und 5 im Anhang).

5.2.3 Einflüsse von Abhängigkeitsschwere und Abstinenzdauer auf die Abstinenzzuversicht

Für die Überprüfung der dritten Hypothese (H3) wurde das Verfahren der Korrelation nach Pearson in Form einer Kreuztabelle durchgeführt. Das Verfahren fand aufgrund der verschiedenen Skalenarten der Variablen Verwendung. Da zwei der Skalen metrisch skaliert waren („Abstinenzzuversicht“ und „Abstinenzdauer“) erschien der Einsatz dieses Verfahrens angebracht, da so keine Umkodierung in weitere Untergruppen erforderlich war.

Die Ergebnisse der Pearson-Korrelation in Bezug auf die Faktoren „Abstinenzzuversicht“, „Male Depression“, „Schweregrad der Abhängigkeit“ und „Abstinenzdauer“ sind Tabelle 26 zu entnehmen. Erkennbar war hier wieder ein statistisch signifikanter Zusammenhang von $\alpha = 0,000$ und ein negativer Korrelationskoeffizient von -0,384 zwischen den Faktoren *Abstinenzzuversicht* und *Male Depression*. Ebenfalls statistisch signifikant auf einem Niveau von $\alpha = 0,000$ mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,474 war der Zusammenhang zwischen den Faktoren *Abstinenzzuversicht* und *Abstinenzdauer*.

		Korrelationen			
		Abstinenzzuversicht	Male Depression (kategorisiert)	Abhängigkeitsschwere (kategorisiert)	Abstinenzdauer
Abstinenzzuversicht	Korrelation nach Pearson	1	-,384**	,002	,474**
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,983	,000
	N	132	126	131	132
Male Depression (kategorisiert)	Korrelation nach Pearson	-,384**	1	-,043	-,255**
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,609	,002
	N	126	144	143	144
Abhängigkeitsschwere (kategorisiert)	Korrelation nach Pearson	,002	-,043	1	,051
	Signifikanz (2-seitig)	,983	,609		,539
	N	131	143	150	150
Abstinenzdauer	Korrelation nach Pearson	,474**	-,255**	,051	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,002	,539	
	N	132	144	150	151

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tab.26.: Korrelationen zwischen den unabhängigen und der abhängigen Variable

Nicht signifikant ($\alpha = 0,983$) war die Korrelation zwischen *Abhängigkeitsschwere* und *Abstinenzzuversicht*. Der Faktor *Abhängigkeitsschwere* korrelierte des Weiteren mit keinem der anderen Faktoren. Eine weitere bedeutsame negative Korrelation von -0,255 auf einem Niveau von $\alpha = 0,002$ ergab sich zwischen den Faktoren *Abstinenzdauer* und *Male Depression*.

5.2.4 Male Depression im Geschlechtervergleich

Zu Beginn wurde untersucht, ob es ein signifikanter Geschlechtsunterschied bezogen auf *Male Depression* (MD) zu verzeichnen ist. Ein t-Test bei unabhängigen Stichproben bezogen auf die Depressivität nach dem Modell der *Male Depression* im Geschlechtervergleich war auf einem zweiseitigem Niveau von $\alpha = 0,502$ nicht signifikant (Siehe Tabelle 27).

Test bei unabhängigen Stichproben

		Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Differenz	
									Untere	Obere
Depression	Varianzen sind gleich	1,818	,180	-,674	142	,502	-,04843	,07188	-,19052	,09367
	Varianzen sind nicht gleich			-,673	140,709	,502	-,04843	,07195	-,19067	,09382

Tab.27: t-Test zum Geschlechtervergleich bei Male Depression

Zur Untersuchung eines Geschlechtsunterschiedes zwischen den beiden Skalen des GSMD wurde eine Pearson-Korrelation anhand der Faktoren „Geschlecht“, „Distressfaktor“ und

„Depressionsfaktor“ vorgenommen. Signifikante Korrelationen zwischen den beiden Skalen des GSMD und dem Geschlecht waren nicht zu verzeichnen.

Korrelationen

		Geschlecht	Distressfaktor	Depressionsfaktor
Geschlecht	Korrelation nach Pearson	1	-,039	,087
	Signifikanz (2-seitig)		,640	,296
	N	150	147	146
Distressfaktor	Korrelation nach Pearson	-,039	1	,776**
	Signifikanz (2-seitig)	,640		,000
	N	147	148	144
Depressionsfaktor	Korrelation nach Pearson	,087	,776**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,296	,000	
	N	146	144	146

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tab.28: Korrelation zwischen Geschlecht und Subskalen des GSMD

(Siehe Tabelle 28)

Auf einem Niveau von $\alpha = 0,000$ korrelierte der Depressionsfaktor jedoch mit einem

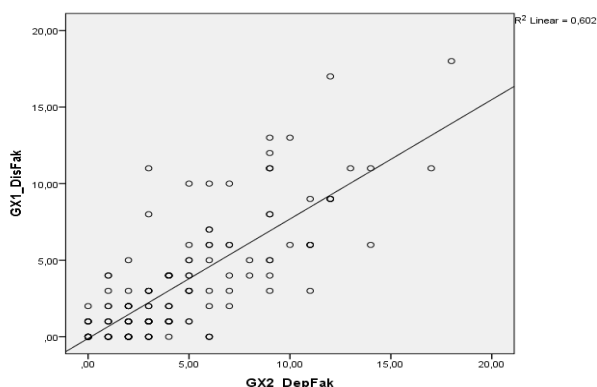


Abb.19: Grafische Darstellung der Korrelation zwischen den beiden Faktoren des GSMD

Wert von 0,776 mit dem Distressfaktor. Der statistische Zusammenhang ist in Abb. 19 dargestellt.

Auch ein t-Test erbrachte mit einem Niveau von $\alpha = 0,640$ im Distressfaktor und $\alpha = 0,296$ im Depressionsfaktor keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern in Relation zu den beiden Skalen (Tab.29).

		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	Differenz		
									Untere	Obere	
Distressfaktor	Varianzen sind gleich	,881	,349	,469	145	,640	,29448	,62775	-,94625	1,53520	
	Varianzen sind nicht gleich			,472	142,381	,637	,29448	,62341	-,93785	1,52680	
Depressionsfaktor	Varianzen sind gleich	,044	,835	-1,048	144	,296	-,65753	,62728	-1,89741	,58234	
	Varianzen sind nicht gleich			-1,048	143,961	,296	-,65753	,62728	-1,89741	,58234	

Tab.29: t-Test zwischen Geschlecht und Faktoren des GSMD

5.2.5 Einflüsse der Male Depression auf Rückfallrisikobereiche

Zuletzt wurden mögliche Einflüsse der *Male Depression* auf verschiedene Rückfallrisikobereiche anhand der acht Subskalen des DTCQ-A ermittelt. Zur Überprüfung der fünften Hypothese wurde das Verfahren der einfaktoriellen ANOVA angewendet. Im Mittelwertvergleich der einzelnen Depressionsgruppen (MD) zu den Subskalen des DTCQ-A zeigte sich, dass die Skala „Unangenehme Gefühlszustände“ in allen drei Gruppen (MD) den geringsten Mittelwert gegenüber den anderen Skalen aufwies (Siehe Tabelle 6 im Anhang). Der Mittelwert in der Depressionsgruppe (Gruppe 3) bei der Skala „Unangenehme Gefühlszustände“ fiel mit $\bar{x} = 30$ am geringsten aus.

Tabelle 20 gibt Aufschluss über die jeweiligen Signifikanzniveaus der einzelnen Skalen. Eine hohe Signifikanz von unter 0,01 erbrachten insgesamt sechs der acht Skalen (*Unangenehme Gefühlszustände; Körperliche Beschwerden; Plötzliches Verlangen; Soziale Konflikte; Soziale Verführung* und *Geselligkeit*). Lediglich zwei Skalen (*Angenehme Gefühlszustände* und *Gedanken an kontrollierten Konsum*) gingen nicht in signifikanter Weise mit dem Faktor *Male Depression* einher. Zur genaueren Analyse der Unterschiede zwischen den Depressionsgruppen wurden wieder Kontraste gebildet, wobei die Kontraste in ihrer Struktur der in Tabelle 10 (Kap. 5.2.1) dargestellten Form entsprechen. Für den hauptsächlich untersuchten Bereich der Skala „Unangenehme Gefühlszustände“ war jeder Kontrast 2-seitig auf einem Niveau von $\alpha = 0,000$ hochsignifikant. Der Kontrasttest zeigt einige Unterschiede zwischen den vereinzelt Subskalen im Verhältnis zur *Male Depression*, wobei bei Annahme gleicher Varianzen bei insgesamt drei Subskalen alle Kontraste auf einem Niveau von $\alpha = 0,000$ signifikant waren (*Unangenehme Gefühlszustände; Körperliche Beschwerden* und *Soziale Konflikte*)⁵

⁵ Die Ergebnisse können der Tabelle 7 im Anhang entnommen werden.

Einfaktorielle ANOVA

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Skala 1: Unangenehme Gefühlszustände	Zwischen den Gruppen	11725,842	2	5862,921	24,729	,000
	Innerhalb der Gruppen	30821,467	130	237,088		
	Gesamt	42547,308	132			
Skala 2: Körperliche Beschwerden	Zwischen den Gruppen	5399,085	2	2699,543	21,788	,000
	Innerhalb der Gruppen	16230,646	131	123,898		
	Gesamt	21629,731	133			
Skala 3: Angenehme Gefühlszustände	Zwischen den Gruppen	859,763	2	429,882	1,921	,150
	Innerhalb der Gruppen	30214,556	135	223,812		
	Gesamt	31074,319	137			
Skala 4: Gedanken an kontrolliertes Trinken	Zwischen den Gruppen	1212,361	2	606,180	1,665	,193
	Innerhalb der Gruppen	49140,915	135	364,007		
	Gesamt	50353,275	137			
Skala 5: Plötzliches Verlangen	Zwischen den Gruppen	2918,032	2	1459,016	8,674	,000
	Innerhalb der Gruppen	22706,548	135	168,197		
	Gesamt	25624,580	137			
Skala 6: Soziale Konflikte	Zwischen den Gruppen	8944,284	2	4472,142	21,782	,000
	Innerhalb der Gruppen	27306,980	133	205,316		
	Gesamt	36251,265	135			
Skala 7: Soziale Verführung	Zwischen den Gruppen	2476,655	2	1238,327	5,248	,006
	Innerhalb der Gruppen	31855,171	135	235,964		
	Gesamt	34331,826	137			
Skala 8: Geselligkeit	Zwischen den Gruppen	4844,808	2	2422,404	12,580	,000
	Innerhalb der Gruppen	25802,784	134	192,558		
	Gesamt	30647,591	136			

Tab.30: Einfaktorielle ANOVA zu Unterschieden zwischen MD und Subskalen des DTCQ-A

Das Verfahren der Pearson-Korrelation führte zu dem Ergebnis, dass die Skala „Soziale Konflikte“ des DTCQ-A auf einem Niveau von $\alpha = 0,000$ mit -0,534 am stärksten mit depressiven Symptomen nach dem Modell der *Male Depression* (SMD) negativ korrelierte. Die Skala „negative Gefühlszustände“ korrelierte ebenfalls auf einem Niveau von $\alpha = 0,000$ mit -0,530 negativ mit depressiven Symptomen (SMD) (Siehe Tabelle 31; zur vollständigen Ansicht der Kreuztabelle siehe Tab.08 im Anhang).

		Skala 1	Skala 2	Skala 3	Skala 4	Skala 5	Skala 6	Skala 7	Skala 8
SMD	Korrelation nach Pearson	-,530**	-,512**	-,251**	-,240**	-,362**	-,534**	-,307**	-,389**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,003	,005	,000	,000	,000	,000
	N	133	134	138	138	138	136	138	137

Tab.31: Korrelation zwischen Symptomen der Male Depression und Subskalen des DTCQ-A

Eine Überprüfung der einzelnen Items führte zum Ergebnis, das Item Nr. 30 des DTCQ-A („wenn ich mit anderen an meiner Arbeitsstelle oder während meiner Ausbildung nicht zurecht käme“) mit einem Wert von -0,588 auf einem Niveau von $\alpha = 0,000$ negativ mit Symptomen der *Male Depression* korrelierte. Der statistisch geringste Zusammenhang bestand bei Item 33. Das Item („wenn ich mit mir und meinem Leben rundherum zufrieden wäre“) korrelierte mit -0,71 auf einem Niveau von $\alpha = 0,000$ negativ mit dem Faktor *Symptome der Male Depression* (Siehe Tabelle 9 im Anhang).

6 Diskussion der Ergebnisse

6.1 Interpretation der Ergebnisse

Die Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Depression nach dem Modell der *Male Depression* und suchtspezifischer Selbstwirksamkeit in Form von Abstinenzzuversicht erbrachte viele bedeutsame Ergebnisse. Das wichtigste Ergebnis für diese Arbeit ist dabei die Bestätigung der Haupthypothese.

Hypothese 1

Die erste Hypothese stellte die Vermutung auf, dass *Male Depression* als unabhängige Variable einen Einfluss auf die Abstinenzzuversicht als abhängige Variable hat. Hier konnte anhand von mehreren statistischen Verfahren ein eindeutig signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. In vorhergehenden Untersuchungen konnte mehrfach belegt werden, dass Depressivität als Moderator für Abstinenzzuversicht fungiert (Greenfield et al., 1998; 2012). Aufgrund der relativ hohen Vergleichbarkeit des GSMD mit anderen Depressionsinventaren (Siehe Kapitel 4.3.1) war ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang auch mit diesem Diagnoseinstrument zu erwarten. Die Nullhypothese muss aufgrund des gefundenen Zusammenhangs zwischen *Male Depression* und Abstinenzzuversicht somit abgelehnt werden. Interessanterweise korrelierte sowohl der Depressions- als auch der Distressfaktor negativ mit Abstinenzzuversicht. Ebenfalls gab es einen hohen Zusammenhang zwischen dem Distress- und dem Depressionsfaktor, was die Theorie, dass Distresssymptome ebenfalls ein Zeichen von Depressivität sein können, bestätigt. Möglicherweise sind auch gerade Faktoren der Gereiztheit und Ärgerattacken ausschlaggebend für eine verringerte suchtspezifische Selbstwirksamkeitserwartung. Diese Faktoren könnten in der individuellen Verlaufsgeschichte der Abhängigkeit im Sinne einer Selbstmedikation den Konsum bedingt haben. Hier ist auch eine Übereinstimmung mit der Untersuchung von Connors, Maisto und Zywiak (1998) zu konstatieren, die negativen Affekten wie Trauer und Ärger die häufigste Rückfallwahrscheinlichkeit zusprachen (Siehe Kapitel 3.2.3).

Hypothese 2

In der zweiten Hypothese wurde die Vermutung aufgestellt, dass neben den Einflüssen der *Male Depression*, auch ein geschlechtsspezifischer Einfluss auf die Abstinenzzuversicht vermutet wird. Anhand eines möglichen Zusammenhangs zwischen *Male Depression* und Geschlecht wurde die Behauptung aufgestellt, dass sich Frauen bei bestehender Depression nach dem Modell als weniger selbstwirksam erleben als Männer mit bestehender *Male Depression*. Die zweite Hypothese ist jedoch anhand der Datenlage aus dieser Untersuchung nicht haltbar (Siehe Kapitel 5.2.2). Es wurde kein statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Abstinenzzuversicht gefunden. Ebenfalls wurde kein Zusammenhang zwischen depressiven Frauen und Abstinenzzuversicht im Vergleich zu depressiven Männern und Abstinenzzuversicht gefunden. Diese Hypothese muss daher abgelehnt werden.

Hypothese 3

Die dritte Hypothese wirft die Frage auf, wie groß der Einfluss der *Male Depression* auf die Abstinenzzuversicht ist und behauptet, dass der Schweregrad der Abhängigkeit, sowie die Dauer der Abstinenz einen stärkeren Einfluss haben. Das Ergebnis spricht jedoch dafür, dass die Abstinenzzuversicht durch den Faktor *Male Depression* in ähnlicher Stärke beeinflusst wird, wie durch die Abstinenzdauer. Abstinenzdauer ging auch mit Abstinenzzuversicht einher. Dies spricht für die Idee Banduras (1977), dass Selbstwirksamkeit durch erlebte Erfahrungen mit dem spezifischen Gegenstand wächst. Je länger jemand bereits die Alkoholabstinenz aufrecht erhalten hat, desto eher besitzt er auch die Überzeugung, dies auch zukünftig, dauerhaft und situationsübergreifend schaffen zu können. Kein Zusammenhang wurde zwischen dem Schweregrad der Abhängigkeit und der Abstinenzzuversicht gefunden, was an der unter Umständen schwierigen Erfassbarkeit des vergangenen Alkoholkonsums bei langjähriger Abstinenz liegen könnte. Probanden der Selbsthilfegruppe (also eher langjährig abstinent lebenden Menschen) wiesen die höchsten Werte im SESA auf (Siehe Kapitel 5.1.5). Möglicherweise waren diese Probanden durch die langen Jahre der Gruppenbesuche offener bezogen auf ihren Alkoholkonsum oder neigten zu kognitiver Verzerrung und zu Erinnerungsschwierigkeiten hinsichtlich ihres früheren Trinkverhaltens.

Hypothese 4

Die vierte Hypothese warf die Frage auf, ob sich alkoholabhängige Männer von Frauen hinsichtlich der Ausprägung der *Male Depression* unterscheiden. Hierzu wurden insbesondere der Depressions- und der Distressfaktor in Relation zum Geschlecht untersucht.

Die Mittelwerte der Skalen sind vergleichbar mit den Ergebnissen der Studie von Möller-Leimkühler und Yücel (2010) und stützen die Annahme, dass klinisch bedeutsame Depression trotz erweiterter Faktoren bei Frauen minimal überwiegt. Dennoch konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und *Male Depression*, bzw. zwischen Geschlecht und beiden Subskalen hergestellt werden. Dies spricht zwar für die Annahme, dass Depression nach dem Modell von Rutz (2001) nicht rein männerspezifisch ist, jedoch auch für die Annahme, dass mit Erweiterung des Symptompektrums um Distresssymptome der epidemiologische Geschlechtsunterschied nahezu verschwindet.

Hypothese 5

Die letzte Hypothese behauptet, dass der Hochrisikobereich „Unangenehme Gefühlszustände“ nach Marlatt (1985b) am meisten durch den Faktor der *Male Depression* beeinträchtigt wird und Moderationseffekte somit stärker sind als bei den anderen Skalen. Anhand der Mittelwerte wurden bei allen drei Depressionsgruppen geringere Werte in diesem Risikobereich deutlich als bei den anderen Skalen. Dennoch waren die Unterschiede zwischen den anderen Gruppen nicht sehr groß, sodass es zwar einen signifikanten Zusammenhang zwischen *Male Depression* und dem Risikobereich „Unangenehme Gefühlszustände“ gab, dieser aber nicht aussagekräftiger als bei den meisten anderen Risikobereichen war. *Male Depression* scheint somit eher einen negativen Einfluss auf die Abstinenzzuversicht als Ganzes zu nehmen, als auf einzelne Teilbereiche. Dies spricht für die Theorie, dass Depression die Selbstwirksamkeit als Ganzes beeinträchtigt und weniger auf spezielle Bereiche einwirkt (Maddux & Meyer, 1995, siehe Kapitel 3.2.2). Eine erfolgreiche Depressionsbehandlung bei Alkoholabhängigen könnte somit allgemeine positive Auswirkungen auf die Abstinenzzuversicht haben, ohne dass vereinzelte Risikobereiche näher betrachtet werden müssen.

Gesamtinterpretation:

Der Zusammenhang zwischen *Male Depression* und Abstinenzzuversicht hat sich mit sehr hoher Signifikanz bestätigt. Dieser Zusammenhang konnte sowohl beim Distress-

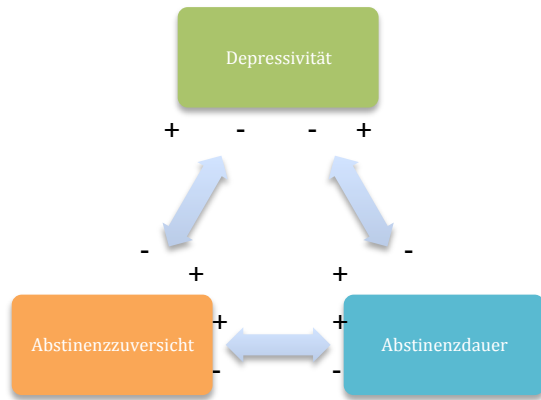


Abb.20: Wechselwirkungsmodell zwischen Depressivität und Abstinenz

als auch beim Depressionsfaktor gefunden werden. Über die kausale Richtung des Zusammenhangs treffen diese Werte allerdings keine Aussage. Da auch die Abstinenzdauer mit Abstinenzzuversicht einhergeht und ebenfalls ein Zusammenhang zwischen Abstinenzdauer und *Male Depression* gefunden wurde, liegt die Vermutung nahe, dass Wechselwirkungsprozesse zwischen den drei Faktoren bestehen (Siehe Abb.20). Wechselwirkungen

zwischen allen drei Faktoren könnten nach diesem Modell multikausal sein. Das Modell beschreibt einen Kreislauf mit relativer Ähnlichkeit zum „intrapyschischen Teufelskreis“ nach Kufner (1981). Demnach wirkt sich Depressivität negativ auf die Abstinenzzuversicht aus, welche ebenfalls negativen Einfluss auf die Abstinenzdauer hat. Nach Beendigung der Abstinenz könnte der Rückfall im Sinne einer globalen negativen Selbstbewertung (nach Beck, siehe Kapitel 1.2.3) auf eigene Unzulänglichkeit zurückgeführt werden, also auf globale, interne und stabile Faktoren attribuiert werden, was die Depressivität wiederum verstärken könnte („Ich habe es wieder nicht geschafft“). Die sich hieraus ergebende Behandlungsindikation nach weiterer Evaluation solch eines Teufelskreises könnte bedeuten, dass solch ein Kreislauf an verschiedenen Stellen unterbrochen werden kann, d.h. die Erhöhung der Abstinenzdauer bereits Einfluss auf die Abstinenzzuversicht und damit indirekt auch auf die Depression nehmen könnte.

6.2 Kritische Anmerkungen zur Methodik

Eine der größten Schwierigkeiten für die Fragestellung war der Kontext der Untersuchung. So waren die Probanden allesamt Teilnehmer verschiedener Hilfsangebote. Das beschriebene Modell der *Male Depression* nach Kapitel 2 geht aus soziologischer Sicht von einem Gender-bias in der Depression aus, der unter anderem auch dadurch entsteht, dass weniger Männer als Frauen bereit sind, ihre Probleme zu äußern und weniger Hilfe in Anspruch nehmen. Somit könnten gerade alkoholabhängige Männer außerhalb des Hilfsystems eine Depression nach dem Modell des *Male Depression Syndroms* aufweisen. Auf der anderen Seite zeigen die Ergebnisse nach Möller-Leimkühler und Yücel (2010) eine ähnliche Verteilung zwischen Männern und Frauen wie auch in der vorliegenden Arbeit. Dort befanden sich die Probanden allerdings im Universitätskontext.

Weitere methodische Schwierigkeiten liegen in den Ungleichverteilungen der Gruppen. So war die Gruppe der tagesklinischen Patienten im Verhältnis zu den beiden anderen Gruppen sehr klein. Ein noch größerer Unterschied bestand zwischen den drei Depressionsgruppen nach dem GSMD. Hier war das Verhältnis zwischen allen drei Gruppen sehr unausgewogen, was die Zuverlässigkeit des Ergebnisses stark beeinträchtigt. Insbesondere kann angemerkt werden, dass die dritte Gruppe nach dem GSMD mit einer Größe von $n=3$ zu klein ist, um gültige Aussagen aus dieser Gruppe zu treffen. Dennoch bildeten sich Tendenzen zwischen den ersten beiden Gruppen ab (bspw. in der Frage nach dem Einfluss auf Abstinenzzuversicht, siehe Kapitel 5.2.1), die im Verhältnis von Gruppe 2 und 3 noch stärker ausfielen.

Vielfach wurde die Art der Fragestellung der vereinzelt Fragebögen von den Teilnehmern kritisiert. Insbesondere die Frageform des DTCQ-A, welcher in sehr hypothetischer Art und Weise nach der Zuversicht, dem Alkoholkonsum in bestimmten Situationen widerstehen zu können, fragt, wurde mehrere Male von Klienten als schwierig erlebt. Des Weiteren gab es beim Item *„Ich war in den letzten zwei Jahren einmal länger als eine Woche völlig alkoholfrei, habe in dieser Zeit auch kein Bier und keinen Wein getrunken und habe danach aber erneut Alkohol getrunken.“* des SESA aufgrund der Formulierung wiederholt Verständnisfragen seitens der Teilnehmer. Hierbei wurde insbesondere deutlich, dass das Item für abstinenten Alkoholabhängige

bedeutet, dass es nach einer anfänglichen Abstinenzperiode einen erneuten Rückfall gegeben hat, welcher dann jedoch wieder in einer Abstinenz mündete. Diese Fragestellung war für viele Probanden schwer nachvollziehbar, was auch dazu führte, dass es insgesamt 68 Fehlantworten oder nicht plausible Antworten bei dieser Frage gab. Möglicherweise eignen sich andere Instrumente besser, um die rückwirkende Trinkzeit bei langjährig abstinent lebenden ehemals Alkoholabhängigen zu erfragen.

Eine weitere Kritik betrifft die ungenaue Einschätzung der familiären Vulnerabilitätsfaktoren wie Suizid, Substanzmissbrauch, Depression etc. in Item 13. Da das Item mit denselben Kategorien (*überhaupt nicht, etwas, ziemlich, stimmt genau*) zu bewerten ist, könne eine solche Einschätzung nur schwer getroffen werden, immerhin gibt es nicht „*etwas*“ Suizid in der Familie. Auch der Aspekt, familiäre Vulnerabilitätsfaktoren, als Symptom im Sinne des Krankheitsmodelles der *Male Depression* einzuordnen, erscheint wenig plausibel.

Die Einteilung in die beiden Faktoren lässt sich ebenfalls kritisieren, da die Fragen, welche auf dem Distressfaktor laden nach Stresssymptomen fragen und damit ein ungenaues Bild liefern könnten. So ist eine Ergebnisverzerrung unter bestimmten akuten Bedingungen (Autounfall vor Beantwortung der Fragen, Streit mit dem Partner usw.) viel wahrscheinlicher als beim Depressionsfaktor. Die Korrelation zwischen den beiden Faktoren nach Kapitel 5.2.2 deutet jedoch eher auf einen höheren Zusammenhang der beiden Faktoren hin. Akutbedingungen sollten im Einzelfallscreening mit dem GSMD jedoch immer zusätzlich exploriert werden.

IV Fazit

Die vorliegende Arbeit verfolgte das Ziel, Einflussfaktoren des nach sozialwissenschaftlichen Ideen entstandenen Krankheitsbildes der *Male Depression* auf die Abstinenzzuversicht bei abstinent lebenden Alkoholabhängigen zu ermitteln. Die Teilnehmer kamen allesamt aus dem Kontext des Hilfesystems in Form von ambulanter Rehabilitation, Nachsorge, ganztägig ambulanter Rehabilitation und Selbsthilfe. Die Ergebnisse belegen einen starken Einfluss von Depression nach diesem Modell auf die Abstinenzzuversicht. Der gefundene Zusammenhang war nicht geschlechtsspezifisch; d.h. die Auswirkungen waren für Männer und Frauen gleichermaßen vorhanden. Des Weiteren wurde ein positiver Zusammenhang zwischen der Abstinenzdauer und Abstinenzzuversicht, sowie zwischen Abstinenzdauer und *Male Depression* gefunden. Kein Zusammenhang wurde zwischen dem Schweregrad der Abhängigkeit und den anderen Variablen gefunden, weshalb angenommen wurde, dass die Auswirkungen des Schweregrades keine tragende Bedeutung für die Abstinenzzuversicht spielt. Das Ergebnis entspricht den meisten anderen Ergebnissen zum Einfluss von Depressivität auf die Selbstwirksamkeit bei Alkoholabhängigen. Ein möglicher Zusammenhang, gemessen anhand des gewählten Instruments der Gotland Skala, erfolgte bislang jedoch noch nicht. Aufgrund der Tatsache, dass das Modell der *Male Depression* noch relativ jung ist, wurden in unmittelbarer Vergangenheit nur wenige Arbeiten zu diesem Thema publiziert. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten jedoch eher auf eine starke Ähnlichkeit zum bisherigen Krankheitsverständnis von klinischer Depression hin. So korrelierten der Distress- und der Depressionsfaktor der Gotland Skala stark miteinander, was bedeutet, dass depressive Symptome im Regelfall auch mit Distresssymptomen einhergehen. Das Verhältnis dieser beiden Faktoren war im Bezug zum Geschlecht ausgeglichen, was die Annahme widerlegt, dass Männer stärker von Distresssymptomen betroffen sind als Frauen.

Um das Phänomen der *Male Depression* und das Verhältnis zu suchtbezogenen Störungen empirisch weiter zu ergründen, sind epidemiologische Längsschnittdesigns bei Bevölkerungstichproben empfehlenswert. Eine Replikationsstudie der vorliegenden Forschungsarbeit sollte unbedingt den Aspekt der eher gering

ausgeprägten Depressionssymptomatik bei dauerhaft abstinent lebenden Alkoholabhängigen berücksichtigen. Hierzu ist es ratsam, weitere Teilnehmergruppen miteinzubeziehen. So könnten ergänzend insbesondere Patienten von Entgiftungsstationen aus psychiatrischen oder allgemeinen Krankenhäusern, sowie Patienten aus stationären Rehabilitationseinrichtungen zusätzlich befragt werden. Bei relativer Gleichheit der Gruppengrößen könnte so auch eine umfangreichere Stichprobe gewonnen werden. Des Weiteren bieten sich natürlich auch Forschungsarbeiten zum Zusammenhang zwischen *Male Depression* und anderen Abhängigkeitsstörungen an. So könnten zum Beispiel weitere Arbeiten zum Zusammenhang zwischen *männlicher Depression* und Glücksspielsucht aufgrund des hohen epidemiologischen Geschlechterunterschiedes zwischen Männern und Frauen (Meyer, 2012) sehr aufschlussreich sein. Die berühmte „Henne oder Ei“ Frage der Komorbidität stellt sich natürlich auch im Verhältnis von Suchtstörungen zur *Male Depression*. Vielfach wurde darauf hingedeutet, dass Distressfaktoren eher in früherer Jugend überwiegen und im Laufe der Jahre von Depressionssymptomen überlagert werden (Kapitel 2.6). Diese Überlagerung findet möglicherweise in einer Phase der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit statt. Demnach könnte es betroffenen Männern im Sinne einer Symptomexternalisierung (Siehe Kapitel 2.3) schwer fallen, die primäre Störung ausfindig zu machen. Nach dem Modell der *Male Depression* scheinen multikausale Störungsbeziehungen schlüssig zu sein. Hypothetisch könnten gerade junge Männer mit einer hohen Belastung durch die Distresssymptome zu wiederholtem Konsum von Alkohol oder Drogen neigen und innerhalb eines kontinuierlichen Mechanismus der negativen Verstärkung im Rahmen einer Selbstmedikation (Siehe Kapitel 1.3.1) eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln. Durch die Überlagerung der Depressionssymptome mit Abhängigkeitssymptomen könnte die Diagnose der Depression stark maskiert und damit weniger erkennbar für Außenstehende sein. In diesem Sinne würden die Betroffenen einen symptomatischen Umweg einschlagen und nicht vordergründig Depressions-, sondern verstärkt Abhängigkeitssymptome aufweisen. Weitere Forschungsarbeiten zum Zusammenhang zwischen der *Male Depression* und Suchtstörungen könnten insbesondere über biographische Anamnesen oder Längsschnittdesigns versuchen, die möglichen Interaktionen der beiden Störungen zu erfassen.

V Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

Abramson, L., Metalsky, G. & Alloy, L. (1989). Hopelessness depression. A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96 (2), 358-372.

Abramson, L., Seligman, M. & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (1), 49-74.

Allen, J. & Haccoun, D. (1976). Sex differences in emotionality: A multidimensional approach. *Human Relations*, 29 (8), 711-722. DOI: 10.1177/001872677602900801.

Altmannsberger, W. (2004). *Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Ein Trainingsmanual*. Göttingen: Hogrefe.

Angermeyer, M. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten. Ein Überblick. *Psychiatrische Praxis*, 30, 358-366.

Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J.-P., Mendlewicz, J. & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. Epidemiological findings from the european DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 252, 201-209. DOI: 10.1007/s00406-002-0381-6.

Arnstein, P., Wells-Federman, C. & Caudill, M. (2001). Self-efficacy as a mediator of depression and pain-related disability in three samples of chronic pain patients. *Pain Medicine*, 2 (3), 238-239. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2001.01039.x.

Arolt, V., Reimer, C. & Dilling, H. (2011), *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie* (7. Auflage). Heidelberg: Springer.

Balswick, J. & Avertt, C. (1977). Differences in expressiveness: Gender, interpersonal orientation, and perceived parental expressiveness as contributing factors. *Journal of Marriage and Family*, 39 (1), 121-127.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.

Bandura, A. (Hrsg.). (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Bandura, A. (Hrsg.). (1999). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions of Psychological Science*, 9 (3), 75-78.

- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C. & Caprara, G. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (2), 258-269.
- Bandura, A. & Walters, R. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bannenberg, A., Raat, H. & Plomp, N. (1992). Demand for alcohol treatment by problem drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 59-62.
- Bardehle, D. & Stiehler, M. (Hrsg.). (2010). *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht*. München: Zuckschwerdt Verlag.
- Bardsley, P. & Beckman, L. (1988). The health belief model and entry into alcoholism treatment. *The International Journal of the Addictions*, 23 (1), 19-28.
- Bauer, E., Fartacek, R. & Nindl, A. (2011). Wenn das Leben unerträglich wird. Suizid als philosophische und pastorale Herausforderung. In J. Brosseder, J. Fischer & J. Track (Hrsg.), *Forum Systematik. Beiträge zur Dogmatik, Ethik und ökonomischen Theologie* (Band 40). Stuttgart: Kohlhammer.
- Beblo, T. & Lautenbacher, S. (2006). Neuropsychologie der Depression. In H. Flor, S. Gauggel, S. Lautenbacher, H. Niemann & A. Thöne-Otto (Hrsg.), *Fortschritte der Neuropsychologie* (Bd. 6). Göttingen: Hogrefe.
- Beck, A., Steer, R., Kovacs, M. & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Beck, A., Wright, C., Newman, C. & Liese, B. (1995). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Psychiatrie Verlags Union.
- Beesdo-Baum, K. & Wittchen, H.-U. (2011). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In H.-U. Wittchen und J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 880 - 914). Heidelberg: Springer.
- Blittner, M., Goldberg, J. & Merbaum, M. (1978). Cognitive self-control factors in the reduction of smoking behaviour. *Behavior Therapy*, 9 (4), 553-561.
- Blomqvist, O., Hernandez-Avila, C., Burleson, J., Ashraf, A. & Kranzler, H. (2003). Self-efficacy as a predictor of relapse during treatment for alcohol dependence. *Addictive Disorders and their Treatment*, 2 (4), 135-145.
- Bodenmann, G., Cina, A., Schwerzmann, S. (2001). Individuelle und dyadische Copingressourcen bei Depressiven. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39 (3), 194-203. DOI: 10.1026//1616-3443.30.3.194.

- Böhnisch, L. & Winter, R. (1995). *Männliche Sozialisation. Bewältigungsprobleme männlicher Geschlechtsidentität im Lebenslauf*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Böker, H. (2011). *Psychotherapie der Depression*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bolten, J., Robinson, J. & Sareen, J. (2009). Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Affective Disorders*, 115 (3), 367-375.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarbeitete Auflage). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Heidelberg: Springer.
- Bowen, S., Chawla, N. & Marlatt, G. A. (2012). *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Das MBRP-Programm*. Weinheim: Beltz.
- Branney, P. & White, A. (2008). Big boys don't cry: Depression and men. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 256-262. DOI: 10.1192/apt.bp.106.003467.
- von Braun, C. (2006). Gender, Geschlecht und Geschichte. In C. von Braun & I. Stephan (Hrsg.), *Gender Studien. Eine Einführung* (2. Aktualisierte Auflage, S. 10-51). Stuttgart: J.B. Metzler.
- Briscoe, M. (1987). Why do people go to the doctor? Sex differences in the correlates of GP consultation. *Social Science and Medicine*, 25 (5), 507-513.
- Brody, B., Roch-Levecq, A.-C., Kaplan, R., Moutier, C. & Brown, S. (2006). Age-related macular degeneration: Self-management and reduction of depressive symptoms in a randomized, controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54 (10), 1557-1562. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2006.00881.x.
- Brosius, F. (2011). *SPSS 19*. Heidelberg: mitp.
- Brown, S., Carrello, P., Vik, P., Porter, R. (1998). Change in alcohol effect and self-efficacy expectancies during addiction treatment. *Substance Abuse*, 19 (4), 155-167.
- Bühl, A. (2012). *SPSS 20. Einführung in die moderne Datenanalyse* (13., aktualisierte Auflage). München: Pearson.
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium.
- Bühringer, G. & Behrendt, S. (2011). Störungen durch Substanzkonsum: Eine Einführung. In H.-U. Wittchen und J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 698 - 714). Heidelberg: Springer.

BundesPsychotherapeutenKammer (2012). Zahlen + Fakten. Psychische Krankheiten. <http://www.bptk.de/presse/zahlen-fakten.html>.

Bürger, C. & Kühner, C. (2007). Copingstile im Umgang mit depressiver Stimmung. Faktorenstruktur und psychometrische Gütekriterien der deutschen Version des Response Styles Questionnaire (RSQ). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36 (1), 36-45. DOI: 10.1026/1616-443.36.1.36.

Butler, L. & Nolen-Hoeksema, S. (1994). Gender differences in responses to depressed mood in a college sample. *Sex Roles*, 30, 331-346.

Carpenter, K. & Addis, M. (2000). Alexithymia, gender, and responses to depressive symptoms. *Sex Roles*, 43 (9-10), 629-644. DOI: 10.1023/A:1007100523844.

Cellucci, T., Krogh, J. & Vik, P. (2006). Help-seeking for alcohol problems in a college population. *The Journal of General Psychology*, 133 (4), 421-433. DOI: 10.3200/GENP.133.4.421-433.

Cervone, D. (2000). Thinking about self-efficacy. *Behavior Modification*, 24, 30-56. DOI: 10.1177/0145445500241002.

Cervone, D. & Peake, P. (1986). Anchoring, efficacy and action: The influence of judgemental heuristics on self-efficacy judgments and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (3), 492-501.

Chutuape, M. & de Wit, H. (1995). Preferences for ethanol and diazepam in anxious individuals: An evaluation of the self-medication hypothesis. *Psychopharmacology*, 121, 91-103.

Cohen, E., Feinn, R., Arias, A. & Kranzler, H. (2007). Alcohol treatment utilization: Findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 86 (2-3), 214-221. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2006.06.008.

Connell, Robert W. (2006). *Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten* (3. Auflage). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Connolly, J. (1989). Social self-efficacy in adolescence: Relations with self-concept, social adjustment, and mental health. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 21 (3), 258-269.

Connors, G., Maisto, S. & Zywiak, W. (1998). Male and female alcoholics' attributions regarding the onset and termination of relapses and the maintenance of abstinence. *Journal of Substance Abuse*, 10 (1), 27-42.

Corney, R. (1990). Sex differences in general practice attendance and help seeking for minor illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 34 (5), 525-534.

Coryell, W., Winokur, G., Keller, M., Scheftner, W. and Jean Endicott (1992). Alcoholism and primary major depression: A family study approach to co-existing disorders. *Journal of Affective Disorders*, 24, 93-99.

Corruble, E., Damy, C. & Guelfi, J. (1999). Impulsivity: A relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *Journal of Affective Disorders*, 53, 211-215.

Cutrona, C. & Troutman, B. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediaton model of postpartum depression. *Child Development*, 57(6), 1507-1518.

Davison, G., Neale, J. & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie* (7. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Weinheim und Basel: Beltz.

Demmel, R. (2002). Inflationäre Selbstwirksamkeitserwartungen rückfälliger Patienten: Selbstüberschätzung oder Zweckoptimismus? *SUCHT*, 48 (6), 454-456.

Demmel, R., Nicolai, J. & Jenko, D. (2006). Self-efficacy and alcohol relapse: Concurrent validity of confidence measures, self-other discrepancies, and prediction of treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 67 (4), 637-641.

Demmel, R., Rist, F. & Olbrich, R. (2001). Selbstwirksamkeitserwartungen alkoholabhängiger Patienten im ersten Jahr nach stationärer Behandlung. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), *Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie* (S. 221-227). Geesthacht: Neuland.

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (Hrsg.). (2007). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (3. überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Deykin, E., Levy, J. & Wells, V. (1987). Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *American Journal of Public Health*, 77 (2), 178-182.

DiClemente, C., Fairhurst, S. & Piotrowski, N. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. In J. Maddux (Hrsg.), *Self-Efficacy, adaption, and adjustment. Theory, research and application* (S. 109 – 141). New York: Plenum Press.

Diehl, A. & Mann, K. (2005). Früherkennung bei Alkoholabhängigkeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 33, 2244-2250.

Dinges, M. (2006). Männergesundheit in historischer Perspektive: Die Gene erklären nur den kleineren Teil des Geschlechtsunterschieds. *Blickpunkt DER MANN*, 4 (1), 21-24.

Dinges, M. (2010). Männlichkeit und Gesundheit: Aktuelle Debatte und historische Perspektiven. In D. Bardehle & M. Stiehler (Hrsg.), *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht* (S. 2-16). München: Zuckschwerdt Verlag.

Egeland, J. & Hostetter, A. (1983). Amish study, I: Affective disorders among the amish, 1976-1980. *American Journal of Psychiatry*, 140 (1), 56-61.

Ehrenberg, M. & Koopman, D. (1991). The relationship between self-efficacy and depression in adolescents. *Adolescence*, 26 (102), 361-374.

Eppel, H. (2007). *Stress als Risiko und Chance. Grundlagen von Belastung, Bewältigung und Ressourcen*. Kohlhammer: Stuttgart.

Ezzati, M., Lopez, A., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., Murray, C. and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet*, 360, 1347-1360.

Finney, J. & Moos, R. (1995). Entering treatment for alcohol abuse: A stress and coping model. *Addiction*, 90 (9), 1223-1240. DOI: 10.1046/j.1360-0443.1995.90912237.x.

Francis, L., Weiss, B., Senf, J., Heist, K. & Hragraves, R. (2007). Does literacy education improve symptoms of depression and self-efficacy in individuals with low literacy and depressive symptoms? A preliminary investigation. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 20 (1), 23-27. DOI: 10.3122/jabfm.2007.01.060058.

Franz, M. und Karger, A. (Hrsg.). (2011). *Neue Männer – muss das sein? Risiken und Perspektiven der heutigen Männerrolle* (2. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Gallas, C, Kächele, H., Kraft, S. Kordy, H. & Puschner, B. (2008). Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. Befunde der TRANS-OP-Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 53, 414-423. DOI: 10.1007/s00278-008-0641-7.

Gaertner, B., Meyer, C., Freyer-Adam, J. & John, U. (2010). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg), *Jahrbuch Sucht 2010* (S. 21-47). Geesthacht: Neuland.

Gijsbers van Wijk, C., Kolk, A., van den Bosch, W. & van den Hoogen, H. (1992). Male and female morbidity in general practice: The nature of sex differences. *Social Science Medicine*, 35 (5), 665-678.

Glynn, L., Christenfeld, N. & Gerin, W. (1999). Gender, social support and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine*, 61, 234-242.

Gopinath, S., Katon, W., Russo, J, Ludman, E. (2007). Clinical factors associated with relapse in primary care patients with chronic or recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 101, 57-63.

Gordon, M., Tonge, B. & Melvin, Glenn (2012). The self-efficacy questionnaire for depressed adolescents: A measure to predict the course of depression in depressed youth. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46 (1), 47-54. DOI: 10.1177/0004867411428390.

Grant, B. & Harford, T. (1995). Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 197-206.

Greenberg, A. & Berktold, J. (2006). Stress and mind/body health. Greenberg, Quinlan, Rosner Research, www.apahelpcenter.org.

Greenfield, S. (2002). Woman and alcohol use disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 10 (2), 76-85. DOI: 10.1080/10673220216212.

Greenfield, S., Hufford, M., Vagge, L., Muenz, L., Costello, M. & Weiss, R. (2000). The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and woman: A prospective study. *Journal of Studies on Alcohol*, 61 (2), 345-351.

Greenfield, S., Venner, K., Kelly, J., Slaymaker, V. & Bryan, A. (2012). The impact of depression on abstinence self-efficacy and substance use outcomes among emerging adults in residential treatment. *Psychology of Addictive Behaviours*. Advance online publication. DOI: 10.1037/a0026917.

Greenfield, S., Weiss, R., Muenz, L., Vagge, L., Kelly, J., Bello, L. & Michael, J. (1998). The effect of depression on return to drinking: A prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 55 (3), 259-265.

Gross, D., Conrad, B., Fogg, L. & Wothke, W. (1994). A longitudinal model of maternal self-efficacy, depression, and difficult temperament during toddlerhood. *Research in Nursing & Health*, 17, 207-215.

Grossman, M. & Wood, W. (1993). Sex differences in intensity of emotional experience: A social role interpretation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (5), 1010-1022.

Grüsser, S. & Thalemann, C. (2006). *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Hans Huber.

Harris, E. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.

Härter, M., Berger, M., Schneider, F. & Ollenschläger, G. (2010). Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. In DGPPN, BÄK, KBV & AWMF (Hrsg.), *S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.

Hausmann, A., Rutz, W. & Meise, U. (2008). Frauen suchen Hilfe – Männer sterben! Ist die Depression wirklich weiblich? *Neuropsychiatrie*, 22, 43-48.

Hautzinger, M. (2009). Depression. In J. Margraf und S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter, Spezielle Indikationen, Glossar* (3., vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage, S. 125-138). Heidelberg: Springer.

Hautzinger, M. (2010). Akute Depression. In D. Schulte, K. Hahlweg, J. Margraf & D. Vaitl (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapie* (Bd. 40). Göttingen: Hogrefe.

Hegerl, U., Althaus, D. & Reiners, H. (2005). *Das Rätsel Depression. Eine Krankheit wird entschlüsselt*. München: C.H. Beck.

Heller, J. (2008). *Einfluss der Geschlechtsrollenorientierung auf Wohlbefinden, depressive Symptome und Hilfesuchverhalten bei jungen Männern. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung*. Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität zu München, 2008. URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bvb:19-92625>.

Heinz, A. & Beck, A. (2007). Sucht und Selbststeuerung. Neue Erkenntnisse zur Entstehung und Therapie der Alkoholabhängigkeit. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 75, 1-4.

Hibbard, J. & Pope, C. (1986). Another look at sex differences in the use of medical care. Illness orientation and the types of morbidities for which services are used. *Woman & Health*, 11 (2), 21-36.

Hingson, R., Mangione, T., Meyers, A. & Scotch, N. (1982). Seeking help for drinking problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 43 (3), 273-288.

Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G. & Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica*, 52 (1), 26-32. DOI: 10.1026/0012-1924.52.1.26.

Hodgins, D., el-Guebaly, N. & Armstrong, S. (1995). Prospective and retrospective reports of mood states before relapse to substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (3), 400-407.

Howell, E., Mora, P. & Leventhal, H. (2006). Correlates of early postpartum depressive symptoms. *Maternal and Child Health Journal*, 10 (2), 149-157. DOI: 10.1007/s10995-005-0048-9.

Hug, T. & Poscheschnik, G. (2010). *Empirisch forschen. Die Planung und Umsetzung von Projekten im Studium*. Konstanz: UVK.

Hübner-Liebermann, B., Hajak, G. & Spießl, H. (2008). Versorgungsepidemiologie: Entwicklung in der stationär-psychiatrischen Versorgung 1996-2006. *Psychiatrische Praxis*, 35, 387-391. DOI: 10.1055/s-0028-1090029.

Ille, R. & Huber, P. (2003). Zur Bedeutung von Suizidgedanken in Hinblick auf Aggressionsbereitschaft, Selbstwert und Hoffnungslosigkeit bei Depressiven und klinisch unauffälligen Vergleichspersonen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (2), 79-84. DOI: 10.1026//1616-3443.32.2.79.

- Innamorati, M., Pompili, M., Gonda, X., Amore, M., Serafini, G., Niolu, C. (2011). Psychometric properties of the gotland scale for depression in italian psychiatric inpatients and its utility in the prediction of suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, 132, 99-103.
- Jacob, J. & Stöver, H. (Hrsg.).(2009). *Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W. & Wittchen, H.-U. (2002). Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Der Nervenarzt*, 73, 651-658. DOI: 10.1007/s00115-002-1299-y.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the german health interview and examination survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Jellinek, E. M. (1960). Alcoholism, a genus and some of its species. *The Canadian Medical Association Journal*, 83 (26), 1341-1345.
- John, U., Hapke, U. & Rumpf, H.-J. (2001). *SESA. Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit* (Manual). Göttingen: Hogrefe.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J. & Schumann, A. (2001). Entwicklung und Testgüte der Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA). *Sucht*, 47 (6), 414-420.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Heidelberg: Springer.
- Kanfer, F., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5., korrigierte und durchgesehene Auflage). Heidelberg: Springer.
- Kapfhammer, H.-P. (2004). Alkohol und Depression in der Konsultation-Liaison-Psychiatrie. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 5 (3), 30-36.
- Kasper, S. & Möller-Leimkühler, A. (2009). Volkskrankheit Depression? In Ehalt, H. (Hrsg.), *Wiener Vorlesungen im Rathaus* (Band 143, Vortrag im Wiener Rathaus am 08. Oktober 2008). Wien: Picus.
- Katz, M., Wetzler, S., Cloutre, M., Swann, A., Secunda, S., Mendels, J. & Robins, E. (1993). Expressive characteristics of anxiety in depressed men and women. *Journal of Affective Disorders*, 28, 267-277.
- Kavanagh, D. (1992). Self-efficacy and depression. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Self-efficacy: Thought control of action* (S. 177-193). Washington: Hemisphere Publishing Corporation.

Kavanagh, D. & Bower, G. (1985). Mood and self-efficacy: Impact of joy and sadness on perceived capabilities. *Cognitive Therapy and Research*, 9 (5), 507-525.

Kavanagh, D. & Wilson, P. (1989). Prediction of outcome with group cognitive therapy for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 27 (4), 333-343.

Kellerher, M., Keeley, H., Chambers, D. & Corcoran, P. (2000). In H. Helmchen, F. Henn, H. Lauter & N. Sartorius (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart* (Band 6, 4. Auflage, S. 227). Berlin: Springer.

Kessler, R., Chiu, W., Demler, O. & Walters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-709.

Kessler, R., Crum, R., Warner, L., Nelson, C., Schulenberg, J. & Anthony, J. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321.

Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshlman, S., Wittchen, H.-U., Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

Khantzian, E. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus of heroin and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 142 (11), 1259-1264.

Khantzian, E. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4 (5), 231-244.

Kienle, R., Knoll, N. & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 107-122). Heidelberg: Springer.

Kockler, M. & Heun, R. (2002). Gender differences of depressive symptoms in depressed and nondepressed elderly persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 65-72. DOI: 10.1002/gps.521.

Kohlmann, C.-W., Dohnke, B., Eschenbeck, H., Gross, C., Heim-Dreger, U., Layh, K. & Meier, S. (2008). Stress, coping, and health behaviors. Health psychology at the university of education Schwäbisch Gmünd. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16 (3), 135-138.

Koller, D., Kryspin-Exner, I. & Marx, R. (1999). Allgemeine und spezifische Selbstwirksamkeitserwartungen bei Gruppen mit unterschiedlichem Alkohol- und Nikotingebrauch. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 22 (2), 35-42.

- Körkel, J. & Kruse, G. (2005). *Basiswissen Rückfall bei Alkoholabhängigkeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Körkel, J. & Schindler, C. (1994). Selbstwirksamkeitserwartungen junger erwachsener Alkoholabhängiger: Ausprägung und Vorhersagbarkeit. *Verhaltenstherapie*, 4 (3), 152-161. DOI: 10.1159/000258854.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Heidelberg: Springer.
- Kornstein, S., Schatzberg, A., Thase, M., Yonkers, K., McCullough, J., Keitner, G., Gelenberg, A., Ryan, C., Hess, A., Harrison, W., Davis, S. & Keller, M. (2000). Gender differences in chronic major and double depression. *Journal of Affective Disorders*, 60, 1-11.
- Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. München: Ernst-Reinhardt Verlag.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Müller, S. (2010). Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995-2009. *SUCHT*, 56 (5), 337-347. DOI 10.1024/0939-5911/a000045.
- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A. & Bühringer, G. (2011). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Mortalität, Morbidität, soziale Probleme und Folgekosten in Deutschland. *SUCHT*, 57 (2), 119-129. DOI 10.1024/0939-5911.a000095.
- Kromrey, H. (2006). *Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung* (11., überarbeitete Auflage). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Küfner, H. (1981). Systemwissenschaftlich orientierte Überlegungen zu einer integrativen Alkoholismustheorie. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 4 (3), 3-16.
- Küfner, H. & Metzner, C. (2011). Drogenmissbrauch- und abhängigkeit. In H.-U. Wittchen und J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 716-742). Heidelberg: Springer.
- Kühner, C. (2006). Frauen. In G. Stoppe, A. Bramsfeld & F.-W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression. Bestandaufnahme und Perspektiven*. (S. 191-214). Berlin: Springer.
- Lamberti, J. (2001). *Einstieg in die Methoden empirischer Forschung. Planung, Durchführung und Auswertung empirischer Forschung*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Lane, J. & Addis, M. (2005). Male gender role conflict and patterns of help seeking in Costa Rica and the United States. *Psychology of Men & Masculinity*, 6 (3), 155-168.

- Langenbucher, J., Sulesund, D., Chung, T. & Morgenstern, J. (1996). Illness severity and self-efficacy as course predictors of DSM-IV alcohol dependence in a multisite clinic sample. *Addictive Behaviors, 21*(5), 543-553.
- Larsen, R. & Diener, E. (1987). Affect intensity as an individual difference characteristic: A review. *Journal of Research in Personality, 21*, 1-39.
- Lauterbach, E. & Kienast, T. (2009) Suizidalität. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date, 3*, S. 197-212.
- Lechner, C. (2009). Depression: Die Stresskrankheit bei Mann und Frau. *CliniCum Neuropsy – Online, 1*, Medizin Medien Austria. Zugriff am 12.01.2012. Verfügbar unter <http://www.clinicum.at>.
- Lefebvre, J., Lesage, A., Cyr, M., Toupin, J. & Fournier, L. (1998). Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33* (6), 291-298. DOI: 10.1007/s001270050057.
- Lehner, B. & Kepp, J. (2012). Daten, Zahlen und Fakten. In Gaßmann, R. & Kepp, J. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2012*. Lengerich: Pabst.
- Li, C., DiGiuseppe, R. & Froh, J. (2006). The roles of sex, gender, and coping in adolescent depression. *ADOLESCENCE, 41* (163), 409-415.
- Lindenmeyer, J. (2005). Alkoholabhängigkeit. In D. Schulte, K. Grawe, K. Hahlweg & D. Vaitl (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapie* (Bd. 6, 2., überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Lindenmeyer, J. (2009). Rückfallprävention. In Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen, 3. vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage). Heidelberg: Springer.
- Lindenmeyer, J. (2011). Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Heidelberg: Springer.
- Lindenmeyer, J. (2012). Rückfallprävention. In G. Meinlschmidt, S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 4: Materialien für die Psychotherapie). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lindenmeyer, J. & Florin, I. (1998). Testgütekriterien einer deutschen Version des Inventory of Drug Taking Situations für Alkoholabhängige (IDTSA). *Verhaltenstherapie, 8*, 26-36.
- Lindenmeyer, J. & Brandes, C. (2003). Deutsche Version des Drug Taking Confidence Questionnaire für Alkoholabhängige (DTCQA-G). In A. Glöckner-Rist & H. Kufner (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.

Lowman, C., Allen, J., Stout, R. & The Relapse Research Group (1996). Replication and extension of Marlatt's taxonomy of relapse precipitants: Overview of procedures and results. *Addiction*, 91, 51-71. DOI: 10.1046/j.1360-0443.91.12s1.16.x.

Maciejewski, P., Prigerson, H. & Mazure, C. (2000). Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. Differences based on history of prior depression. *British Journal of Psychiatry*, 176 (3), 373-378.

Maddux, J. & Meyer, L. (1995). Self-Efficacy and depression. In J. Maddux (Hrsg.), *Self-efficacy, adaption and adjustment: Theory, research and application* (S. 143-169). New York: Plenum Press.

Maddux, J. & Volkmann, J. (2010). Self-efficacy. In R. Hoyle (Hrsg.), *Handbook of personality and self-regulation* (315-331). Malden: Blackwell Publishing. DOI: 10.1002/9781444318111.

Maier, W., Gänsicke, M., Gater, R., Rezaki, M., Tiemens, B., Florenzano Urzúa, R. (1999). Gender differences in the prevalence of depression: a survey in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 53, 241-252.

Maisto, S., Connors, G., Dearing, R. (2007). Alcohol Use Disorders. In D. Wedding, L. Beutler, K. Freedland, L. Sobell & D. Wolfe (Hrsg.), *Advances in Psychotherapy – Evidence-Based Practice* (Vol. 10). Washington: Hogrefe.

Maisto, S., Connors, G. & Zywiak, W. (2000). Alcohol treatment changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems. 1-year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14 (3), 257-266. DOI: 10.1037/0893-164X.14.3.257.

Marlatt, G. (1985a). Cognitive factors in the relapse process. In Marlatt, G. A. & Gordon, J. (Hrsg.), *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (S. 128-200). New York: The Guilford Press.

Marlatt, G. (1985b). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In Marlatt, G. A. & Gordon, J. (Hrsg.), *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (S. 3-70). New York: The Guilford Press.

Marlatt, G. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91, 37-49.

Marlatt, G., Baer, J. & Quigley, L. (1999). Self-efficacy and addictive behavior. In A. Bandura (Hrsg.), *Self-efficacy in changing societies* (Reprinted Edition, S. 289-315). Cambridge: Cambridge University Press.

Marlatt, G. & Donovan, D. (Hrsg.). (2005). Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (Second Edition). New York: The Guilford Press.

- Marlatt, G. & Gordon, J. (Hrsg.). (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G. & Witkiewitz, K. (2005). In G. Marlatt & D. Donovan (Hrsg.), *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (Second Edition, S. 1 - 44). New York: The Guilford Press.
- Matthews, S., Stansfeld, S. & Power, C. (1999). Social support at age 33: the influence of gender, employment status and social class. *Social Science and Medicine*, 49, 133-142.
- McFarlane, A., Bellissimo, A. & Norman, G. (1995). The role of family and peers in social self-efficacy: Links to depression in adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65 (3), 402-410. DOI: 10.1037/h0079655.
- Meyer, G. (2012). Glücksspiel. Zahlen und Fakten. In Gaßmann, R. & Kepp, J. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2012*. Lengerich: Pabst.
- Moggi, F. & Donati, R. (2004). Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. In D. Schulte, K. Hahlweg, J. Margraf & D. Vaitl (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapie* (Bd. 21). Göttingen: Hogrefe.
- Möller-Leimkühler, A. (2000). Männer und Depression: geschlechtsspezifisches Hilfesuchverhalten. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 68, 489-495.
- Möller-Leimkühler, A. (2001). Geschlechterrolle erschwert die Hilfesuche. *Kerbe*, 4, 17-19.
- Möller-Leimkühler, A. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: Why are men so vulnerable? *European Archives of Clinical Neurosciences*, 253 (1), 1-8.
- Möller-Leimkühler, A. (2006). Männer. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.-W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 215-228). Berlin: Springer.
- Möller-Leimkühler, A. (2008 a). Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Depression und Suizidalität. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 9 (3), 40-45.
- Möller-Leimkühler, A. (2008 b). Depression – Überdiagnostiziert bei Frauen, unterdiagnostiziert bei Männern? *Der Gynäkologe*, 41 (5), 381-388.
- Möller-Leimkühler, A. (2009). Männer, Depression und männliche Depression. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 77, 412-422.
- Möller-Leimkühler, A., Bottlender, R., Strauß, A. & Rutz, W. (2004). Is there evidence for a male depressive syndrome in patients with major depression? *Journal of Affective Disorders*, 80 (1), 87-93.

- Möller-Leimkühler, A., Heller, J. & Paulus, N.-C. (2007). Geschlechtsrollenorientierung, Risiko einer Male Depression und Hilfesuchverhalten bei jungen Männern. *Psychiatrische Praxis*, 34, (1), 173-175.
- Möller-Leimkühler, A., Paulus, N.-C. & Heller, J. (2007). „Male Depression“ in einer Bevölkerungsstichprobe junger Männer. Risiko und Symptome. *Der Nervenarzt*, 78, 641-650. DOI: 10.1007/s00115-006-2173-0.
- Möller-Leimkühler, A., Paulus, N.-C. & Heller, J. (2009). Male Depression bei jungen Männern. *Blickpunkt DER MANN*, 7 (4), 15-20.
- Möller-Leimkühler, A. & Yücel, M. (2010). Male depression in females? *Journal of Affective Disorders*, 121 (1-2), 22-29.
- Moos, R. & Moos, B. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, 101 (2), 212-222. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2006.01310.x.
- Moss, H., Chen, C. & Yi, H. (2007). Subtypes of alcohol dependence in a nationally representative sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 91 (2-3), 149-158.
- Mulford, H. & Fitzgerald, J. (1981). On the validity of the research diagnostic criteria, the feighner criteria, and the DSM-III for diagnosing alcoholism. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169 (10), 654-658.
- Mummenday, H. & Grau, I. (2008). *Die Fragebogenmethode* (5. überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Muris, P. (2002). Relationship between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individuell Differences*, 32, 337-348.
- Murphy, J. (1995). What happens to depressed men? *Harvard Review of Psychiatry*, 3, (1), 47-49.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101 (2), 259-282.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (4), 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (3), 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S. & Harrell, Z. (2002). Rumination, depression, and alcohol use: Tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16 (4), 391-403.

- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. & Frederickson, B. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology, 102* (1), 20-28.
- Pabst, A. & Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *SUCHT, 54* (Sonderheft 1), 36-46. DOI: 10.1463/2008.07.05.
- Pakenham, K., Smith, A. & Rattan, S. (2007). Application of a stress and coping model to antenatal depressive symptomatology. *Psychology, Health & Medicine, 12* (3), 266-277. DOI: 10.1080/13548500600871702.
- Pauli, A. & Hornberg, C. (2010). Gesundheit und Krankheit: Ursachen und Erklärungsansätze aus der Gender-Perspektive. In R. Becker & B. Kortendiek (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie* (S. 631-643). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Payk, T. (2010). *Depression*. München: Ernst Reinhardt.
- Perraud, S., Fogg, L., Kopytko, E., Gross, D. (2006). Predictive validity of the depression coping self-efficacy scale (DCSES). *Research in Nursing & Health, 29* (2), 147-160. DOI: 10.1002/nur.20126.
- Pettinati, H., Rukstalis, M., Luck, G., Volpicelli, J. & O'Brien, C. (2000). Gender and psychiatric comorbidity: Impact on clinical presentation of alcohol dependence. *The American Journal on Addictions, 9*, 242-252.
- Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry, 177*, 486-492.
- Pinquart, M. (2011). Soziale Bedingungen psychischer Störungen. In H.-U. Wittchen und J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 320-335). Heidelberg: Springer.
- Pjrek, E., Kasper, S. & Winkler, D. (2004). Psychische Erkrankungen des Mannes. *Blickpunkt DER MANN, 2* (4), 20-23.
- Pollack, W. (1998). Mourning, melancholia and masculinity: Recognizing and treating depression in men. In W. Pollack & R. Levant (Hrsg.), *A new psychotherapy for men* (S. 147-166). New York: John Wiley & Sons.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19* (3), 276-288. DOI: 10.1037/h0088437.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and process of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51* (3), 390-395. DOI: 10.1037/0022-006X.51.3.390.

- Ralston, T. & Palfai, T. (2010). Effects of depressed mood on drinking refusal self-efficacy: Examining the specificity of drinking contexts. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39 (4), 262-269.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2010a). *Quantitative Methoden 1. Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (3. erweiterte Auflage). Heidelberg: Springer.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2010b). *Quantitative Methoden 2. Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (3. erweiterte Auflage). Heidelberg: Springer.
- Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, S., Judd, L. & Goodwin, F. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Rehm, J., Room, R., Graham, K. & Frick, U. (2003). Trinkmenge, Trinkmuster und ihre Beziehung zu Morbidität und Mortalität. *SUCHT*, 49 (2), 87-94.
- Rihmer, Z., Barsi, J., Veg, K. & Katona, L. (1990). Suicide rates in Hungary correlate negatively with reported rates of depression. *Journal of affective disorders*, 20, 87-91.
- Rihmer, Z., Rutz, W. & Pihlgren, H. (1995). Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *Journal of affective disorders*, 35, 147-152.
- Rollnick, S. & Heather, N. (1982). The application of Bandura's self-efficacy theory to abstinence-oriented alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*, 7, 243-250.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80 (1), 1-28.
- Rumpf, H.-J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2009). Remission ohne formelle Hilfe bei Alkoholabhängigkeit: Der Stand der Forschung. *SUCHT*, 55 (2), 75 – 89. DOI: 10.1463/2009.02.03.
- Rutz, W. (1999). Improvement of care for people suffering from depression: The need for comprehensive education. *International Clinical Psychopharmacology*, 14 (3), 27-33.
- Rutz, W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 62, 123-129.
- Rutz, W., von Knorrig, L., Pihlgren, H., Rihmer, Z. & Wålinder, J. (1995). Prevention of male suicides: Lessons from Gotland study. *The Lancet*, 345, 524.
- Rychtarik, R., Prue, D., Phillips, M. & Allsop, S. (1992). Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 435-440.

- Sandahl, C. (1984). Determinants of relapse among alcoholics: A cross-cultural replication study. *The International Journal of Addictions*, 19 (8), 833-848. DOI: 10.3109/10826088409061989.
- Sacco, W., Wells, K., Vaughan, C., Friedman, A., Perez, S. & Matthew, R. (2005). Depression in adults with type 2 diabetes: The role of adherence, body mass index, and self-efficacy. *Health Psychology*, 24 (6), 630-634. DOI: 10.1037/0278-6133.24.6.630.
- Schaller, E. & Wolfersdorf, M. (2011). Depression & Suizid – Übersicht und klinische Anmerkung. *Suizidprophylaxe*, 3, 105-114.
- Scheibe, S., Preuschhof, C., Cristi, C. & Bagby, R. (2002). Are there gender differences in major depression and its response to antidepressants? *Journal of Affective Disorders*, 75 (3), 223-235.
- Schneider, B. (2007). Suizidmanagement bei Suchterkrankten. In Junglas, J. (Hrsg.), *Tödliche Gedanken! Prävention und Therapie der Suizidalität. Beiträge zur Allgemeinen Psychotherapie* 5 (S. 210-215). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3., überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, S., Brenner, R., Funke, W. & Garbe, D. (2002). Abstinenzsicherheit und ihre Bedeutung für Therapieplanung und Prognose bei alkoholabhängigen Therapiewiederholern. *Suchttherapie*, 3 (1), 29-34.
- Seligman, M. (1974). Depression and learned helplessness. In R. Friedman & M. Katz (Hrsg.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington D.C.: Winston-Wiley.
- Sklar, S., Annis, H. & Turner, N. (1997). Development and validation of the drug taking confidence questionnaire: A measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviours*, 22 (5), 655-670.
- Skutle, A. (1999). The relationship among self-efficacy expectancies, severity of alcohol abuse and psychological benefits from drinking. *Addictive Behaviors*, 24 (1), 87-98.
- Sitharthan, T. & Kavanagh, D. (1990). Role of self-efficacy in predicting outcomes from a program for controlled drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 27, 87-94.
- Skogman, K., Alsén, M. & Öjehagen, A. (2003). Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide. A follow-up study of 1052 suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 113-120. DOI: 10.1007/s00127-004-0709-9.
- Smith, M. (2008). Big boys do cry. Invited commentary on ... Big boys don't cry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 263-264. DOI: 10.1192/apt.bp.107.005017.
- Sobell, M. & Sobell, L. (2004). The role of low risk drinking in the treatment of alcohol problems: A commentary. *Verhaltenstherapie*, 14, 127-131.

Sommer, F. & Weißbach, L. (2010). Männerkrankheiten. In D. Bardehle & M. Stiehler (Hrsg.), *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht* (S. 112-126). München: Zuckschwerdt Verlag.

Soyka, M. (2005). Alkohol und Psychiatrie. In Singer, M. & Teyssen, S (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik – Therapie*. (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, S. 496 – 508). Heidelberg: Springer.

Soyka, M. & Kufner, H. (2008). *Alkoholismus, Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung, Folgen, Therapie* (6., vollständig überarbeitete Auflage). Stuttgart: Thieme.

Soyka, M. & Lieb, M. (2004). Depression und Alkoholabhängigkeit. Neue Befunde zu Komorbidität, Neurobiologie und Genetik. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 5 (3), 37-46.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2010). *Hohe Kosten durch Demenz und Depression* (Pressemitteilung Nr. 280 vom 11.08.2010).
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/08/PD10_280_23631.psml.

Stephan, I. (2006). Gender, Geschlecht und Theorie. In C. von Braun & I. Stephan (Hrsg.), *Gender Studien. Eine Einführung* (2. Aktualisierte Auflage, S. 52-90). Stuttgart: J.B. Metzler.

Stockwell, T., Donath, S., Cooper-Stanbury, M., Chikritzhs, T., Catalano, P. & Mateo, C. (2004). Under-reporting of alcohol consumption in household surveys: A comparison of quantity-frequency, graduated-frequency and recent recall. *Addiction*, 99, 1024-1033. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2004.00815.x.

Strömberg, R., Backlund, L. & Löfvander, M. (2010). A comparison between the Beck's depression inventory and the Gotland male depression scale in detecting depression among men visiting a drop-in clinic in primary care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64 (4), 258-264.

Sullivan, P., Neale, M. & Kendler, K. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1552-1562.

Swendsen, J., Tennen, H., Carney, M., Affleck, G., Willard, A. & Hromi, A. (2000). Mood and alcohol consumption: An experience sampling test of the self-medication hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (2), 198-204. DOI: 10.1037//0021-843X.109.2.198.

Thom, B. (1986). Sex differences in help-seeking for alcohol problems – 1. The barriers to help-seeking. *British Journal of Addiction*, 81 (6), 777-788. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1986.tb00405.x.

- Thomas, S., Randall, C. & Carrigan, M. (2003). Drinking to cope in socially anxious individuals: A controlled study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27 (12), 1937-1943. DOI: 10.1097/01.ALC0000100942.30743.8C.
- Thoits, P. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4), 416-423.
- Traut-Mattausch, E., Petersen, L.-E., Wesche, J. & Frey, D. (2011). Selbst. In H.-W. Bierhoff & D. Frey (Hrsg.), *Sozialpsychologie. Individuum und soziale Welt* (S. 19-38). Göttingen: Hogrefe.
- Tretter, F. (2008). *Suchtmedizin Kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Tretter, F. & Müller, A. (2001). *Psychologische Therapie der Sucht*. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Tucker, J. (1995). Predictors of help-seeking and the temporal relationship of help to recovery among treated and untreated recovered problem drinkers. *Addiction*, 90 (6), 805-809.
- Tucker, S., Brust, S., Pierce, P., Friestedt, C. & Pankratz, S. (2004). Depression coping self-efficacy as a predictor of relapse 1 and 2 years following psychiatric hospital-based treatment. *Research and Theory for Nursing Practice*, 18 (2-3), 261-175. DOI: 10.1891/rtnp.18.2.261.61282.
- Tucker, J. & Gladsjo, J. (1993). Help-seeking and recovery by problem drinkers: Characteristics of drinkers who attended alcoholics anonymous or formal treatment or who recovered without assistance. *Addictive Behaviors*, 18 (5), 529-542. DOI: 10.1016/0306-4603(93)90069-L.
- Verbrugge, L. (1985). Gender and health: An update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26 (3), 156-182.
- Verbrugge, L. (1989). The Twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 30 (3), 282-304.
- Vittengl, J., Clark, L. & Jarrett, R. (2010). Moderators of continuation phase cognitive therapy's effects on relapse, recurrence, remission, and recovery from depression. *Behavior Research and Therapy*, 48 (6), 449-458. DOI: 10.1016/j.brat.2010.01.006.
- Vosshagen, A. (2006). Anmerkungen zur Psychologie männlichen Suchtverhaltens. In J. Jacob & H. Stöver (Hrsg.), *Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit* (S. 129-142). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wälinder, J. & Rutz, W. (2001). Male depression and suicide. *International Clinical Psychopharmacology*, 16 (2), 21-24.

Walitzer, K. & Dearing, R. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical Psychology Review*, 26, 128-148. DOI: 10.1016/j.cpr.2005.11.003.

Walter, M., Dammann, G., Wiesbeck, G. & Klapp, B. (2005). Psychosozialer Stress und Alkoholkonsum: Wechselwirkungen, Krankheitsprozess und Interventionsmöglichkeiten. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 73, 517-525.

Walter, W. (2006). Gender, Geschlecht und Männerforschung. In C. von Braun & I. Stephan (Hrsg.), *Gender Studien. Eine Einführung* (2. Aktualisierte Auflage, S. 91 - 109). Stuttgart: J.B. Metzler.

Weinmann, M., Bader, J.-P., Endrass, J. & Hell, D. (2001). Sind Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen depressionsabhängig? Eine Verlaufsuntersuchung. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30 (3), 153-158.

Weisner, C. (1993). Toward an alcohol treatment entry model: A comparison of problem drinkers in the general population and in treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17 (4), 746-752. DOI: 10.1111/j.1530-0277.1993.tb00833.x.

Weisner, C. & Matzger, H. (2002). A prospective study of the factors influencing entry to alcohol and drug treatment. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29 (2), 126-137.

Weiss, R., Griffin, M. & Mirin, S. (1992). Drug abuse as self-medication for depression: An empirical study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18 (2), 121-129.

Weissman, M. & Olfson, M (1995). Depression in woman: Implications for health care research. *SCIENCE*, 169, 799-801.

Weissman, M., Greenwald, S., Wickramaratne, P., Bland, R., Newman, S., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Lépine, J.-P., Lellouch, J., Hwu, H.G., Yeh, E.-K., Lee, C.-K., Joyce, P., Wells, E. (1997). What happens to depressed men? Application of the stirling county criteria. *Harvard Review of Psychiatry*, 5 (1), 1-6.

Wesch, N., Milne, M., Burke, S. & Hall, C. (2006). Self-efficacy and imagery use in older adult exercisers. *European Journal of Sport Sciences*, 6 (4), 197-203.

Wiesmann, U., Timm, A. & Hannich, H.-J. (2003). Multiples Gesundheitsverhalten und Vulnerabilität im Geschlechtervergleich. Eine explorative Studie. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 11 (4), 153-162.

Wilhelm, K. & Parker, G. (1994). Sex differences in lifetime depression rates: fact or artefact? *Psychological Medicine*, 24, 97-111.

Wimmer, T. (2010). *Positive und negative Metakognitionen über die Rumination und ihre differentiellen Effekte auf die kognitive Flexibilität bei dysphorisch/depressiven Frauen*. Online-Publikation Universität Münster: http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-5638/diss_wimmer.pdf

- Winkler, D., Pjrek, E., Heiden, A., Wiesecker, G., Klein, N., Konstantinidis, A. & Kasper, S. (2004). Gender differences in the psychopathology of depressed inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 209-214. DOI: 10.1007/s00406-004-0471-8.
- Winkler, D., Pjrek, E. & Kasper, S. (2005). Anger attacks in depression – Evidence for a male depressive syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 303-307.
- Winkler, D., Pjrek, E. & Kasper, S. (2006). Gender-specific symptoms of depression and anger attacks. *Journal of Men's Health and Gender*, 3 (1), 19-24.
- Winokur, G. (1972). Depression spectrum disease: Description and family study. *Comprehensive Psychiatry*, 13 (1), 3-8.
- Winokur, G., Reich, T., Rimmer, J. & Pitts, F. (1970). Alcoholism III. Diagnosis and familial psychiatric illness in 259 alcoholic probands. *Archives of General Psychiatry*, 23 (2), 104-111.
- Wittchen, H.-U., Essau, C., Zerssen, D., Krieg, J.-C., Zaudig, M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 247-258.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). Depressive Erkrankungen. In Robert-Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (Heft 51). Berlin.
- Wittchen, H.-U. & Pittrow, D. (2002). Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: The depression 2000 study. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 17 (1), 1-11.
- Wolfersdorf, M. (2006). Suizidalität. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.-W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 215-228). Berlin: Springer.
- Wolfersdorf, M. (2010). Männersuizid: Anmerkung zur Psychodynamik bei öffentlich bekannten Männern. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie & Psychiatrie*, 11 (3), 36-41.
- Wolfersdorf, M., Schulte-Wefers, H. & Schaller, E. (2008). Männer-Depression/Männer-Suizid. Klinisch psychiatrisch-psychotherapeutische Aspekte. *Suizidprophylaxe*, 35 (4), 195-199.
- Wolfersdorf, M., Schulte-Wefers, S., Straub, R. & Klotz, T. (2006). Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem. *Blickpunkt DER MANN*, 4 (2), 6-9.

Woodruff, J., Guze, S. & Clayton, P. (1973). Alcoholics who see a psychiatrist compared with those who do not. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34, 1162-1171.

Yamashita, M. & Okamura, H. (2011). Association between efficacy of self-management to prevent recurrences of depression and actual episodes of recurrence: A preliminary study. *International Journal of Psychological Studies*, 3 (2), 217-226. DOI: 10.5539/ijps.v3n2p217.

Zierau, F., Bille, A., Rutz, W. & Bech, P. (2002). The Gotland male depression scale: A validity study in patients with alcohol use disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56 (4), 265-271.

Zimbardo, P. & Gerrig, R. (2004). *Psychologie* (16., aktualisierte Auflage). München: Pearson Studium.

Zingg, C., Schmidt, P., Kufner, H., Kolb, W., Zemlin, U. & Soyka, M. (2009). Der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Alkoholabstinenz bei ambulant und stationär behandelten Patienten: Ergebnisse einer 2-Jahres Katamnese. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59, 307-313.

Zumbeck, S. & Conrad, E. (2008). Ein integriertes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm für die Doppeldiagnose „Sucht und Depression“ – Untersuchung der Akzeptanz und Wirksamkeit Pilotstudie. *SUCHT*, 54 (2), 101-107. DOI: 10.1463/2008.02.07.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb.01	<i>Trias-Modell</i>	S. 14
Abb.02	<i>Komorbide Störungsbeziehungen</i>	S. 20
Abb.03	<i>Das Stress- und Copingmodell für die Inanspruchnahme formeller Hilfe nach Finney & Moos (1995)</i>	S. 38
Abb.04	<i>Banduras Modell der Selbstwirksamkeit</i>	S. 45
Abb.05	<i>Darstellung der Variablen</i>	S. 59
Abb.06	<i>Verteilung der Abstinenzdauer nach Gruppen</i>	S. 73
Abb.07	<i>Gesamtverteilung der Abstinenzdauer</i>	S. 74
Abb.08	<i>Summenscores der Gotland Scale nach Geschlecht</i>	S. 74
Abb.09	<i>Mittelwerte der Einzelitems der Gotland Scale nach Geschlecht</i>	S. 75
Abb.10	<i>Faktorenladung der Gotland Scale nach Geschlecht</i>	S. 75
Abb.11	<i>Gesamtkategorisierung der Gotland Scale</i>	S. 76
Abb.12	<i>Mittelwerte der Einzelitems des DTCQ-A</i>	S. 77
Abb.13	<i>Mittelwerte der Subskalen des DTCQ-A nach Geschlecht</i>	S. 77
Abb.14	<i>Mittelwerte der Items des SESA</i>	S. 80
Abb.15	<i>Summenscores der Subskalen des SESA nach Geschlecht</i>	S. 81
Abb.16	<i>Einteilung des Schweregrades nach Häufigkeit</i>	S. 82
Abb.17	<i>Randmittel von Abstinenzzuversicht nach MD und Geschlecht (1)</i>	S. 89
Abb.18	<i>Randmittel von Abstinenzzuversicht nach MD und Geschlecht (2)</i>	S. 89
Abb.19	<i>Grafische Darstellung der Korrelation zwischen den beiden Faktoren des GSMD</i>	S. 91
Abb.20	<i>Wechselwirkungsmodell zwischen Depressivität und Abstinenz</i>	S. 98

Tab.01	<i>Alkoholbezogene Störungen nach dem ICD-10</i>	S. 10
Tab.02	<i>Diagnostische Kriterien der Alkoholabhängigkeit nach dem ICD-10</i>	S. 11
Tab.03	<i>Folgeschäden des Alkoholismus nach Lindenmeyer (2005)</i>	S. 12
Tab.04	<i>Unterteilung klinischer Depression nach Diagnosen</i>	S. 16
Tab.05	<i>Aspekte der Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und depressiven Syndromen nach Schuckit (1986)</i>	S. 21
Tab.06	<i>Erklärungsansätze für das Überwiegen von Männern beim Suizid nach Wolfersdorf (2010)</i>	S. 26
Tab.07	<i>Geschlechtsspezifische Risikofaktoren nach Piccinelli & Wilkinson (2000)</i>	S. 29
Tab.08	<i>Anforderungen an die Männerrolle während der Sozialisation nach Böhnisch & Winter (1995)</i>	S. 30
Tab.09	<i>Diagnostische Kriterien „männlicher Depression“ nach Zierau et al. (2002)</i>	S. 41
Tab.10	<i>Rückfallrisikosituationen nach Marlatt (1985b)</i>	S. 50
Tab.11	<i>Zuordnung der Items zu den Subskalen der GSMD</i>	S. 66
Tab.12	<i>Zuordnung der Items zu den Subskalen des DTCQ-A</i>	S. 68
Tab.13	<i>Zuordnung der Items zu den Subskalen des SESA</i>	S. 70
Tab.14	<i>Verteilung der Stichprobe nach Gruppe und Geschlecht</i>	S. 73
Tab.15	<i>Statistiken zur Male Depression</i>	S. 76
Tab.16	<i>Deskriptive Statistik zum DTCQ-A</i>	S. 78
Tab.17	<i>Statistik zum SESA</i>	S. 82
Tab.18	<i>ONEWAY deskriptive Statistiken zur ANOVA</i>	S. 85
Tab.19	<i>Einfaktorielle ANOVA zu Depressionsgruppen und Abstinenzzuversicht</i>	S. 85
Tab.20	<i>Kontrast-Koeffizienten</i>	S. 86

Tab.21	<i>Kontrast-Tests zwischen Male Depression und Abstinenzzuversicht</i>	S. 86
Tab.22	<i>Gruppenstatistiken zu neuen Depressionsgruppen</i>	S. 86
Tab.23	<i>Ergebnisse des t-Tests zwischen Male Depression und Abstinenzzuversicht</i>	S. 87
Tab.24	<i>Ergebnisse der Pearson-Korrelation zwischen Male Depression und Abstinenzzuversicht</i>	S. 88
Tab.25	<i>Zwischensubjekteffekte zwischen MD und Geschlecht auf Abstinenzzuversicht</i>	S. 88
Tab.26	<i>Korrelationen zwischen den unabhängigen und der abhängigen Variable</i>	S. 90
Tab.27	<i>t-Test zum Geschlechtervergleich bei Male Depression</i>	S. 91
Tab.28	<i>Korrelation zwischen Geschlecht und Subskalen des GSMD</i>	S. 91
Tab.29	<i>t-Test zwischen Geschlecht und Faktoren des GSMD</i>	S. 92
Tab.30	<i>Einfaktorielle ANOVA zu Unterschieden zwischen MD und Subskalen des DTCQ-A</i>	S. 93
Tab.31	<i>Korrelation zwischen Symptomen der Male Depression und Subskalen des DTCQ-A</i>	S. 93

Abkürzungsverzeichnis

α	Signifikanzniveau
AASE	<i>Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale</i>
Abb.	<i>Abbildung</i>
ANOVA	<i>Analysis of Variance (Varianzanalyse)</i>
ARS	<i>Ambulante Rehabilitation Sucht</i>
ARS-N	<i>Ambulante Rehabilitation Sucht - nachstationär</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
bspw.	<i>beispielweise</i>
bzgl.	<i>bezüglich</i>
bzw.	<i>beziehungsweise</i>
ca.	<i>circa</i>
etc.	<i>et cetera (lat.: und so weiter)</i>
DALY	<i>Disability-adjusted life years (verlorene Lebensjahre)</i>
d.h.	<i>das heißt</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4. Edition)</i>
DTCQ-A	<i>Drug Taking Confidence Questionnaire – Alcohol</i>
ECA-Studie	<i>Epidemiologic Catchment Area Program</i>
et al.	<i>und weitere</i>
F	<i>Frauen</i>
g	<i>Gramm</i>
GAR	<i>Ganztägig Ambulante Rehabilitation Sucht</i>
ggf.	<i>gegebenenfalls</i>

GSMD	<i>Gotland Scale of Male Depression</i>
ICD-10	<i>International Classification of Diseases (10. Revision)</i>
IDTS-A	<i>Inventory of Drug Taking Situations - Alcohol</i>
Kap.	<i>Kapitel</i>
KAZ-35	<i>Kurzfragebogen zur Abstinenzsicherheit (35 Items)</i>
M	<i>Männer</i>
MALT	<i>Münchener Alkoholismus Test</i>
MAST	<i>Michigan Alcoholism Screening Test</i>
M-CIDI	<i>Münchener Composite International Diagnostic Interview</i>
MD	<i>Male Depression</i>
Md	<i>Median</i>
n	<i>Stichprobenumfang</i>
NCS-Studie	<i>National Comorbidity Survey</i>
Nr.	<i>Nummer</i>
r	<i>Halbierungsreliabilität</i>
S.	<i>Seite</i>
SCAN	<i>Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry</i>
SD	<i>Standardabweichung</i>
SESA	<i>Skala zur Erfassung des Schweregrads des Alkoholismus</i>
SMD	<i>Symptome der Male Depression</i>
sog.	<i>sogenannte</i>
Spearman's Rho	<i>Spearman's Rangkorrelationskoeffizient</i>
Tab.	<i>Tabelle</i>

U.S.	<i>United States</i>
usw.	<i>und so weiter</i>
vgl.	<i>vergleiche</i>
WHO	<i>Weltgesundheitsorganisation</i>
WHO-5	<i>WHO Five Well-being Index</i>
\bar{x}	<i>Mittelwert</i>
z.B.	<i>zum Beispiel</i>

VI Anhang

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, die vorliegende Arbeit nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt zu haben. Alle zitierten oder sinngemäß übernommenen Textstellen sind entsprechend gekennzeichnet und die Originalquellen vollständig angegeben. Die Arbeit wurde keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und bislang nicht veröffentlicht.

Robert Müller

Bonn, 31.10.2012

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

im Rahmen der katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Köln führe ich als Suchttherapeut eine wissenschaftliche Studie durch mit dem Ziel, Einflussfaktoren auf die Alkoholabstinenz zu ermitteln. Aus den Ergebnissen werden neue Erkenntnisse zum Thema „Alkoholabhängigkeit“ gewonnen. Dies kann unter anderem zur Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten und damit zur Verbesserung der Qualität der Suchtbehandlung beitragen.

Hierzu wurde ein Fragebogen entwickelt, den Sie nun in den Händen halten. Je höher der Rücklauf ist, desto aussagekräftiger wird das Ergebnis der Studie, Ihre Teilnahme ist daher von besonderer Bedeutung! Das Ausfüllen nimmt in etwa 30 Minuten in Anspruch. Durch die Teilnahme entstehen keine Nachteile für Sie!

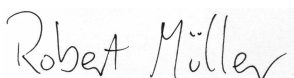
Am Empfang finden Sie einen kleinen Holzkasten, in den Sie den ausgefüllten Fragebogen einwerfen können. Der Kasten ist verschlossen und wird im zweiwöchentlichen Rhythmus geleert. Durch dieses Verfahren ist die Anonymität gewährleistet und eine Zuordnung zu Einzelpersonen nicht mehr möglich.

Falls es bei einigen Fragen zu Verständnisschwierigkeiten kommen sollte, können Sie gerne unter der Nummer **0170-8512066** mit mir Kontakt aufnehmen.

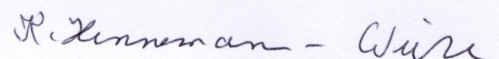
Die Studie endet am Freitag, den **08.06.2012**. Über eine Abgabe innerhalb des gesetzten Zeitraums wäre ich Ihnen sehr dankbar! Die Fragebögen werden nach dem Gesamtdurchlauf ausgewertet und interpretiert. Nach der Auswertung stelle ich Ihnen gerne das Ergebnis zur Verfügung.

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Teilnahme!

Mit freundlichen Grüßen



Robert Müller
Suchttherapeut



Karin Hennemann-Wiehler
Leiterin Fachambulanz Sucht

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

im Rahmen der katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Köln führe ich als Suchttherapeut eine wissenschaftliche Studie durch mit dem Ziel, Einflussfaktoren auf die Alkoholabstinenz zu ermitteln. Aus den Ergebnissen werden neue Erkenntnisse zum Thema „Alkoholabhängigkeit“ gewonnen. Dies kann unter anderem zur Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten und damit zur Verbesserung der Qualität der Suchtbehandlung beitragen.

Hierzu wurde ein Fragebogen entwickelt, den Sie nun in den Händen halten. Je höher der Rücklauf ist, desto aussagekräftiger wird das Ergebnis der Studie, Ihre Teilnahme ist daher von besonderer Bedeutung! Das Ausfüllen nimmt in etwa 30 Minuten in Anspruch. Durch die Teilnahme entstehen keine Nachteile für Sie!

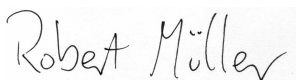
Falls es bei einigen Fragen zu Verständnisschwierigkeiten kommen sollte, können Sie gerne unter der Nummer **0170-8512066** mit mir Kontakt aufnehmen.

Den ausgefüllten Fragebogen können Sie bei Ihrer Gruppenleiterin/ Ihrem Gruppenleiter abgeben, oder in den Briefkasten werfen. Die Fragebögen werden dann vor Ort gesammelt und weitergeleitet.

Die Studie endet am Freitag, den **03.08.2012**. Über eine Abgabe innerhalb des gesetzten Zeitraums bin ich Ihnen sehr dankbar! Die Fragebögen werden nach dem Gesamtdurchlauf ausgewertet und interpretiert. Nach der Auswertung stelle ich Ihnen gerne das Ergebnis zur Verfügung.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Mit freundlichen Grüßen



Robert Müller
Suchttherapeut

Code: Einr. _____ Pers. Nr. _____ (Bitte freilassen!)

Hinweis:

Der vorliegende Fragebogen besteht aus rund 100 Fragen und erfordert eine Bearbeitungszeit von ca. 30 Minuten. Wählen Sie am besten einen ruhigen Raum zur Beantwortung der Fragen und benutzen Sie beim Ausfüllen bitte einen Kugelschreiber oder etwas Ähnliches (*bitte keinen Bleistift!*). Beantworten Sie bitte jede Frage: Es können lediglich vollständige Fragebögen ausgewertet werden. Ihre persönliche Einschätzung ist uns wichtig, es gibt daher kein richtig oder falsch. Seien Sie bei der Beantwortung bitte offen und ehrlich und so spontan wie möglich! Denken Sie nicht zu lange über einzelne Fragen nach, folgen Sie Ihrem ersten Impuls.

Bitte denken Sie auch daran, dass Ihre Daten absolut vertraulich behandelt werden.

Geschlecht

- männlich
- weiblich

Alter: _____ Jahre

Sind Sie Alkoholabstinenz?

- Ja → *Fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort.*
- Nein → *Die Beantwortung des Fragebogens ist beendet. Vielen Dank!*

Wenn ja, seit wie langer Zeit sind Sie jetzt abstinent?

<i>Unter 3 Monaten</i>	<i>Zwischen 3 und 6 Monaten</i>	<i>Zwischen 6 und 12 Monaten</i>	<i>Zwischen 12 Monaten und 3 Jahren</i>	<i>Zwischen 3 und 5 Jahren</i>	<i>5 Jahre oder länger</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist Ihnen selber oder jemand anderem in den letzten 4 Wochen aufgefallen, dass Sie sich anders als sonst verhalten, und wenn ja, wie?

		<i>überhaupt nicht</i>	<i>etwas</i>	<i>ziemlich</i>	<i>stimmt genau</i>
1.	Fühlen Sie sich stärker gestresst als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Sind Sie leichter gereizt und können Sie sich schlechter beherrschen als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Fühlen Sie sich ausgebrannt und leer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Fühlen Sie sich häufig müde, ohne dass Sie wissen, warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Fühlen Sie sich unruhig, frustriert oder irritiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Haben Sie Schwierigkeiten, alltägliche Entscheidungen zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Können Sie schlecht einschlafen, schlafen Sie zu viel oder zu wenig oder wachen Sie zu früh auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Haben Sie besonders morgens ein Gefühl von Unruhe, Angst oder Unwohlsein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Nehmen Sie Beruhigungsmittel, arbeiten Sie viel mehr oder treiben viel mehr Sport als sonst oder essen Sie zu wenig oder zu viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Hat sich Ihr Verhalten so geändert, dass Sie sich oder anderen fremd vorkommen oder dass es schwer ist, mit Ihnen auszukommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Fühlen Sie sich oder halten andere Sie für niedergeschlagen und alles negativ sehend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ist Ihnen oder anderen aufgefallen, dass Sie stärker als sonst zu Selbstmitleid und zu häufigem Klagen neigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Gibt es in Ihrer Familie Hinweise auf Alkoholmissbrauch, Depression, Selbstmordversuche oder ein risikoorientiertes Verhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis:

Im Folgenden finden Sie eine Liste von Situationen, in denen manche Menschen Schwierigkeiten haben, dem Verlangen nach Alkohol zu widerstehen. Bitte lesen Sie jede Situationsbeschreibung sorgfältig durch und stellen Sie sich jeweils vor, Sie wären **jetzt** in dieser Situation.

Kreuzen Sie bitte für jede Situation an, wie sicher Sie wären, dass Sie dem Verlangen nach Alkohol widerstehen könnten.

Kreuzen Sie **100** an, wenn Sie 100% sicher sind, dass Sie in dieser Situation dem Verlangen nach Alkohol widerstehen könnten.

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

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

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

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

Kreuzen Sie **0** an, wenn Sie keinerlei Zutrauen haben, dass Sie in dieser Situation dem Verlangen nach Alkohol widerstehen könnten.

Ich könnte dem Verlangen nach Alkohol widerstehen...

1.	wenn ich mich insgesamt deprimiert fühlte.	0	20	40	60	80	100
2.	wenn ich mich körperlich unwohl oder krank fühlte.	0	20	40	60	80	100
3.	wenn ich glücklich wäre.	0	20	40	60	80	100
4.	wenn ich keinen Ausweg mehr sähe.	0	20	40	60	80	100
5.	wenn ich sehen wollte, ob ich kontrolliert trinken kann.	0	20	40	60	80	100
6.	wenn ich an einem Ort wäre, an dem ich früher Alkohol gekauft oder getrunken habe.	0	20	40	60	80	100
7.	wenn ich mich in Gegenwart einer anderen Person unwohl fühlte.	0	20	40	60	80	100
8.	wenn es mir bei einer privaten Einladung unangenehm wäre, den mir angebotenen Alkohol abzulehnen.	0	20	40	60	80	100
9.	wenn ich mich gemeinsam mit alten Freunden/Freundinnen amüsieren wollte.	0	20	40	60	80	100
10.	wenn ich niemandem meine Gefühle mitteilen könnte.	0	20	40	60	80	100
11.	wenn ich von mir selbst enttäuscht wäre.	0	20	40	60	80	100
12.	wenn ich Schlafstörungen hätte.	0	20	40	60	80	100
13.	wenn ich mich selbstsicher und entspannt fühlte.	0	20	40	60	80	100
14.	wenn ich mich langweilte.	0	20	40	60	80	100
15.	wenn ich mir beweisen wollte, dass Alkohol kein Problem für mich darstellt.	0	20	40	60	80	100
16.	wenn ich unerwartet eine Flasche meines Lieblingsgetränkes fände oder zufällig etwas sähe, das mich an Alkohol erinnert.	0	20	40	60	80	100

Ich könnte dem Verlangen nach Alkohol widerstehen...

17.	wenn andere mich anscheinend nicht mögen würden.	0	20	40	60	80	100
18.	wenn Freunde oder Freundinnen, mit denen ich unterwegs bin, wiederholt vorschlagen würden, dass wir gemeinsam etwas trinken sollten.	0	20	40	60	80	100
19.	wenn ich mich jemandem, den ich mag, noch näher fühlen wollte.	0	20	40	60	80	100
20.	wenn andere mich unfair behandelten oder meine Pläne störten.	0	20	40	60	80	100
21.	wenn ich mich einsam fühlte.	0	20	40	60	80	100
22.	wenn ich wacher, munterer oder unternehmungslustiger werden wollte.	0	20	40	60	80	100
23.	wenn ich vor lauter Freude über etwas ganz außer mir wäre.	0	20	40	60	80	100
24.	wenn ich mich ängstlich oder angespannt wegen etwas fühlte.	0	20	40	60	80	100
25.	wenn ich herausfinden wollte, ob ich gelegentlich etwas Alkohol trinken könnte, ohne erneut in die Abhängigkeit zu rutschen.	0	20	40	60	80	100
26.	wenn ich beim Rauchen einer Zigarette oder der Einnahme von Medikamenten an das Trinken von Alkohol dächte.	0	20	40	60	80	100
27.	wenn ich mich zu Hause unter starkem Druck fühlte, den Erwartungen anderer Familienmitglieder nicht entsprechen zu können.	0	20	40	60	80	100
28.	wenn ich das Gefühl hätte, dass Personen, die in meiner Gegenwart Alkohol trinken, von mir erwarten, dass ich mittrinke.	0	20	40	60	80	100
29.	wenn ich in Gesellschaft von Freunden/ Freundinnen mehr Spaß haben wollte.	0	20	40	60	80	100
30.	wenn ich mit anderen an meiner Arbeitsstelle oder während meiner Ausbildung nicht gut zurechtkäme.	0	20	40	60	80	100
31.	wenn ich wegen etwas Schuldgefühle bekäme.	0	20	40	60	80	100
32.	wenn ich abnehmen wollte.	0	20	40	60	80	100
33.	wenn ich mit mir und meinem Leben rundherum zufrieden wäre.	0	20	40	60	80	100
34.	wenn ich vor etwas, von dem ich mich überwältigt fühlte, entfliehen wollte.	0	20	40	60	80	100
35.	wenn ich ausprobieren wollte, ob ich mit anderen Alkoholkonsumenten zusammen sein kann, ohne selbst zu trinken.	0	20	40	60	80	100
36.	wenn ich jemanden über seine Trinkzeit reden hörte.	0	20	40	60	80	100
37.	wenn es zu Hause Krach gäbe.	0	20	40	60	80	100
38.	wenn ich glaubte, eine Aufforderung zum Mittrinken nicht ablehnen zu können.	0	20	40	60	80	100

Ich könnte dem Verlangen nach Alkohol widerstehen...

39.	wenn ich mit einem Freund oder einer Freundin feiern wollte.	0	20	40	60	80	100
40.	wenn ich mich unter Druck fühlte, weil jemand mit meiner Leistung am Arbeitsplatz oder während meiner Ausbildung nicht zufrieden ist.	0	20	40	60	80	100
41.	wenn ich mich geärgert hätte, wie etwas gelaufen ist.	0	20	40	60	80	100
42.	wenn ich unter Kopfweg oder anderen körperlichen Schmerzen leiden würde.	0	20	40	60	80	100
43.	wenn ich mich an ein positives Ereignis erinnerte.	0	20	40	60	80	100
44.	wenn ich nicht wüsste, was ich machen soll.	0	20	40	60	80	100
45.	wenn ich ausprobieren wollte, ob ich mich an Orten, an denen andere Alkohol trinken, aufhalten kann, ohne selbst zu trinken.	0	20	40	60	80	100
46.	wenn ich mich daran erinnerte, wie gut es täte, etwas Alkohol zu trinken oder beschwipst zu werden.	0	20	40	60	80	100
47.	wenn ich Mut bräuchte, um jemandem die Stirn zu bieten.	0	20	40	60	80	100
48.	wenn ich in einer Gruppe wäre, in der alle anderen Alkohol trinken.	0	20	40	60	80	100
49.	wenn ich meinen sexuellen Genuss steigern wollte.	0	20	40	60	80	100
50.	wenn ich mich der Kontrolle einer anderen Person entziehen wollte.	0	20	40	60	80	100

Hinweis:

Die folgenden Fragen umfassen einen weiten Bereich von Themen, die mit Alkoholtrinken zu tun haben.

Denken Sie bitte an Ihre **letzten Trinkgewohnheiten**. Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die **am meisten zutrifft**. Trinken heißt in diesem Fragebogen immer Alkoholtrinken.

		Nie	Seltener als einmal im Monat	Einmal pro Monat oder öfter	Einmal pro Woche oder öfter	Täglich
1.	Betrunken werden war wichtiger als meine nächste Mahlzeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ich trank so viel, wie ich wollte, egal, was ich am nächsten Tag zu tun hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ich wusste, dass ich unfähig war, mein Trinken zu beenden, wenn ich einmal damit begonnen hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<i>Nie</i>	<i>Seltener als einmal im Monat</i>	<i>Einmal pro Monat oder öfter</i>	<i>Einmal pro Woche oder öfter</i>	<i>Täglich</i>
4.	Es war schwierig für mich, Gedanken an Alkohol loszuwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ich zitterte morgens stark am ganzen Körper, wenn ich nichts Alkoholisches zu trinken hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Morgens zitterten meine Hände.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich wachte verschwitzt auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ich kippte morgens erst einmal so schnell wie möglich etwas Alkoholisches hinunter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ich trank morgens Alkohol, um das Zittern loszuwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ich brauchte morgens Alkohol, um in Gang zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich hatte einen „Jieper“ („Janker“, starken Drang) auf Alkohol, wenn ich aufwachte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ich bekam Panik, wenn ich fürchtete, ich könnte nichts zu Trinken haben, wenn ich etwas brauchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Mein Drang, Alkohol zu trinken, war sehr stark.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Alkohol zog mich magisch an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Mein Drang zum Alkoholtrinken war stärker als bei den meisten Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ich hatte den ganzen Tag und Abend einen „Jieper“ („Janker“, starken Drang) auf Alkohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Es war wie ein innerer Trieb, dass ich immer wieder trinken musste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Ich hatte das Gefühl, ohne Alkohol könnte ich nicht leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt denken Sie bitte an Ihre **gesamte Trinkentwicklung**.

		Ja	Nein
19.	Ich trank in meiner letzten Trinkphase mehr als früher, um die gleiche Wirkung zu erzielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Ich vertrug im Laufe der Jahre immer mehr Alkohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Ich vertrug in meiner letzten Trinkphase mehr Alkohol als fünf Jahre zuvor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Ich vertrug mindestens die dreifache Trinkmenge gegenüber der Zeit, als ich begann, Alkohol zu trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Ich vertrug mindestens die fünffache Trinkmenge gegenüber der Zeit, als ich begann, Alkohol zu trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Ich vertrug mindestens die zehnfache Trinkmenge gegenüber der Zeit, als ich begann, Alkohol zu trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Ich vertrug erst mehr Alkohol als früher und zuletzt weniger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Ich trank in letzter Zeit weniger Alkohol als früher, hatte aber die gleiche Wirkung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Ich brauchte in letzter Zeit immer weniger Alkohol, um ruhig zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Ich trank in letzter Zeit höchstens ein Viertel meiner früher üblichen Tagesmenge, hatte aber die gleiche Wirkung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich war in den letzten zwei Jahren einmal länger als eine Woche völlig alkoholfrei, habe in dieser Zeit auch kein Bier und keinen Wein getrunken und habe danach aber erneut Alkohol getrunken.

Ja → *Fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort.*

Nein → *Die Beantwortung des Fragebogens ist beendet.
Vielen Dank!*

Ja, ich habe in den letzten zwei Jahren einmal länger als eine Woche keinen Alkohol getrunken, und zwar bei dem letzten Mal

___ Wochen **oder** ___ Monat(e) **oder** ___ Jahr(e).

Haben Sie bei dieser letzten Abstinenzzeit vor der Entwöhnungsbehandlung durchgehend ein Entzugsmedikament bekommen?

Ja Nein Weiß nicht

Trat Folgendes ein, als Sie nach der letzten Abstinenz wieder Alkohol tranken?

Nach der Abstinenzperiode:

		<i>Ja, in den ersten beiden Tagen</i>	<i>Ja, in der ersten Woche</i>	<i>Ja, im ersten Monat</i>	<i>Später oder nie</i>
29.	Betrunken werden war wichtiger als meine nächste Mahlzeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Ich zitterte morgens stark am ganzen Körper, wenn ich nichts Alkoholisches zu trinken hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Ich kippte morgens erst einmal so schnell wie möglich etwas Alkoholisches hinunter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Ich hatte einen „Jieper“ („Janker“, starker Drang) auf Alkohol, wenn ich aufwachte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Meine Hände zitterten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe den Fragebogen wahrheitsgemäß beantwortet.

Stimmt Stimmt nicht **→** *(Bitte geben Sie den Fragebogen dennoch ab!)*

Sie haben das Ende des Fragebogens erreicht...

...Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Statistiken zu Kapitel 5

Male Depression						
Gruppe	Geschlecht		Depressions- faktor	Distress- faktor	Male Depression	
ARS/ARS-N	männlich	N	Gültig (ungültig)	35 (2)	37 (0)	35 (2)
		Mittelwert		3,5	3,1	6,5
		Standardabweichung		3,1	3,2	6,0
	weiblich	N	Gültig (ungültig)	32 (0)	32 (0)	32 (0)
		Mittelwert		4,6	3,0	7,6
		Standardabweichung		4,1	3,1	7,0
Tagesklinik	männlich	N	Gültig (ungültig)	10 (0)	10 (0)	10 (0)
		Mittelwert		7,4	6,7	14,1
		Standardabweichung		5,7	6,6	12,1
	weiblich	N	Gültig (ungültig)	11 (0)	11 (0)	11 (0)
		Mittelwert		6,0	4,5	10,5
		Standardabweichung		4,5	3,8	8,2
Selbsthilfe gruppe	männlich	N	Gültig (ungültig)	28 (1)	29 (0)	28 (1)
		Mittelwert		4,0	3,2	7,3
		Standardabweichung		3,1	3,9	6,7
	weiblich	N	Gültig (ungültig)	30 (1)	28 (3)	28 (3)
		Mittelwert		4,9	3,3	8,3
		Standardabweichung		3,2	3,5	6,0
Gesamt	männlich	N	Gültig (ungültig)	73 (3)	76 (0)	73 (3)
		Mittelwert		4,2	3,6	7,8
		Standardabweichung		3,8	4,1	7,6
	weiblich	N	Gültig (ungültig)	73 (1)	71 (3)	71 (3)
		Mittelwert		4,9	3,3	8,3
		Standardabweichung		3,8	3,4	6,7

Tab.1: Male Depression nach Gruppen und Gesamt

Abstinenzzuversicht									
	Männlich			Weiblich			Gesamt		
ARS/ARS-N	N	Gültig	35	N	Gültig	25	N	Gültig	60
		Fehlend	2		Fehlend	7		Fehlend	9
	Mittelwert		88,36	Mittelwert		93,23	Mittelwert		90,39
	Median		93,50	Median		97,00	Median		95,00
	SD		13,82	SD		9,64	SD		12,40
	Minimum		43,25	Minimum		56,75	Minimum		43,25
	Maximum		100,00	Maximum		100,00	Maximum		100,00
Tagesklinik	N	Gültig	9	N	Gültig	9	N	Gültig	18
		Fehlend	1		Fehlend	2		Fehlend	3
	Mittelwert		77,67	Mittelwert		79,08	Mittelwert		78,38
	Median		85,00	Median		85,50	Median		85,25
	SD		22,19	SD		16,25	SD		18,88
	Minimum		34,25	Minimum		49,25	Minimum		34,25
	Maximum		100,00	Maximum		100,00	Maximum		100,00
Selbsthilfe- gruppe	N	Gültig	28	N	Gültig	26	N	Gültig	54
		Fehlend	1		Fehlend	5		Fehlend	7*
	Mittelwert		95,13	Mittelwert		94,13	Mittelwert		94,64
	Median		98,00	Median		98,25	Median		98,25
	SD		7,80	SD		8,85	SD		8,26
	Minimum		65,00	Minimum		64,75	Minimum		64,75
	Maximum		100,00	Maximum		100,00	Maximum		100,00
Gesamt	N	Gültig	72	N	Gültig	60	N	Gültig	132
		Fehlend	4		Fehlend	14		Fehlend	19
	Mittelwert		89,65	Mittelwert		91,50	Mittelwert		90,49
	Median		95,13	Median		96,00	Median		95,38
	SD		14,18	SD		11,60	SD		13,05
	Minimum		34,25	Minimum		49,25	Minimum		34,25
	Maximum		100,00	Maximum		100,00	Maximum		100,00

* eine Geschlechtsangabe fehlte bei der Gruppe der Selbsthilfe, daher konnte dieser Wert ebenfalls nicht berücksichtigt werden

Tab.2: Statistik zum DTCQ-A nach Geschlecht und Gruppe

Schweregrad der Alkoholabhängigkeit									
	Männlich			Weiblich			Gesamt		
ARS/ARS-N	N	Gültig	37	N	Gültig	32	N	Gültig	69
		Fehlend	0		Fehlend	0		Fehlend	0
	Mittelwert		53,24	Mittelwert		46,90	Mittelwert		50,30
	Median		55,02	Median		45,18	Median		49,80
	SD		21,19	SD		18,55	SD		20,12
	Minimum		17,70	Minimum		6,25	Minimum		6,25
	Maximum		97,06	Maximum		93,82	Maximum		97,06
Tagesklinik	N	Gültig	10	N	Gültig	10	N	Gültig	20
		Fehlend	0		Fehlend	1		Fehlend	1
	Mittelwert		43,68	Mittelwert		48,43	Mittelwert		46,05
	Median		40,81	Median		46,07	Median		44,59
	SD		14,40	SD		16,66	SD		15,35
	Minimum		23,63	Minimum		27,62	Minimum		23,63
	Maximum		68,66	Maximum		79,96	Maximum		79,96
Selbsthilfe- gruppe	N	Gültig	29*	N	Gültig	31*	N	Gültig	61
		Fehlend	0		Fehlend	0		Fehlend	0
	Mittelwert		52,75	Mittelwert		52,52	Mittelwert		53,20
	Median		49,51	Median		53,43	Median		53,31
	SD		21,24	SD		20,37	SD		20,91
	Minimum		17,41	Minimum		21,55	Minimum		17,41
	Maximum		86,20	Maximum		89,17	Maximum		89,17
Gesamt	N	Gültig	76*	N	Gültig	73*	N	Gültig	150
		Fehlend	0		Fehlend	1		Fehlend	1
	Mittelwert		51,80	Mittelwert		49,49	Mittelwert		50,91
	Median		50,40	Median		47,51	Median		48,83
	SD		20,47	SD		19,05	SD		19,91
	Minimum		17,41	Minimum		6,25	Minimum		6,25
	Maximum		97,06	Maximum		93,82	Maximum		97,06

* eine Geschlechtsangabe fehlte bei der Gruppe der Selbsthilfe, daher konnte dieser Wert ebenfalls nicht berücksichtigt werden

Tab.3: Statistik zum SESA nach Geschlecht und Gruppe

Table with 10 columns: Geschlecht, N, Mittelwert, Standardabweichung, and DTCQ-A Wertes. It lists 100 items related to social and personal traits, such as 'Depression', 'weiss ich mich', 'Freunde', etc.

Tab.04: Gruppenstatistiken zum t-Test zum Geschlechtervergleich zu den Einzelitems des DTCQ-A

Table with 10 columns: Varianzgleichheit, F, Signifikanz, T, df, Sig. (2-seitig), Mittelwert der Differenz, Standardfehler der Differenz, Untere, and Obere. It lists 100 items related to social and personal traits, such as 'Depression', 'weiss ich mich', 'Freunde', etc., with corresponding statistical data.

Tab.05: t-Test zum Geschlechtervergleich zu den Einzelitems des DTCQ-A

ONEWAY deskriptive Statistiken										
	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert			Minimum	Maximum	Varianz zwischen den Komponenten
					Untergrenze	Obergrenze	Mittelwert			
Skala 1: Unangenehme Gefühlszustände	100	86,8000	14,45299	1,44530	83,9322	89,6678	40,00	100,00		
keine Depression				3,40477	68,1698	82,0969	40,00	100,00		
Depression möglicherweise vorhanden	30	75,1333	18,64872	3,40477	68,1698	82,0969	40,00	100,00		
Depression definitiv vorhanden	3	30,0000	5,29150	3,05505	16,8552	43,1448	24,00	34,00		
Gesamt	133	82,8872	17,96350	1,56677	79,8078	85,9667	24,00	100,00		
Modell			15,39767	1,33515	80,2458	85,5286				
Feste Effekte				11,74317	32,3604	133,4140	64,00	100,00	220,71851	
Zufallseffekte				7,22411	94,4466	97,3134	24,00	100,00		
keine Depression	100	95,8800	7,22409	7,22411	94,4466	97,3134	64,00	100,00		
Depression möglicherweise vorhanden	31	87,2258	18,80197	3,37693	80,3292	94,1224	48,00	100,00		
Depression definitiv vorhanden	3	58,6667	15,14376	8,74325	21,0475	96,2858	48,00	76,00		
Gesamt	134	93,0448	12,75283	1,10166	90,8657	95,2238	24,00	100,00		
Modell			11,13095	96157	91,1426	94,9470				
Feste Effekte				7,82880	59,3602	126,7294	32,00	100,00	98,80801	
Zufallseffekte				1,33488	90,3141	95,6090	20,00	100,00		
keine Depression	104	92,9615	13,61319	1,33488	90,3141	95,6090	32,00	100,00		
Depression möglicherweise vorhanden	31	87,0968	19,17525	3,44398	80,0632	94,1303	20,00	100,00		
Depression definitiv vorhanden	3	88,0000	6,92820	4,00000	70,7894	105,2106	80,00	92,00		
Gesamt	138	91,5362	15,06054	1,28204	89,0011	94,0714	20,00	100,00		
Modell			14,96033	1,27351	89,0176	94,0548				
Feste Effekte				2,54392	80,5906	102,4818	12,00	100,00	7,83622	
Zufallseffekte				1,72198	87,2387	94,0690	12,00	100,00		
keine Depression	104	90,6538	17,56086	1,72198	87,2387	94,0690	12,00	100,00		
Depression möglicherweise vorhanden	31	84,9032	23,49944	4,20622	76,2836	93,5229	12,00	100,00		
Depression definitiv vorhanden	3	77,3333	20,13289	11,62373	27,3205	127,3462	56,00	96,00		
Gesamt	138	89,0725	19,17139	1,63198	85,8453	92,2996	12,00	100,00		
Modell			19,07896	1,62411	85,8605	92,2845				
Feste Effekte				2,88740	76,6490	101,4960	36,00	100,00	9,20913	
Zufallseffekte				9,9712	92,2532	96,2083	36,00	100,00		
keine Depression	104	94,2308	10,16870	9,9712	92,2532	96,2083	36,00	100,00		
Depression möglicherweise vorhanden	31	83,2258	19,90429	3,57492	75,9249	90,5268	32,00	100,00		
Depression definitiv vorhanden	3	94,6667	9,23760	5,33333	71,7192	117,6141	84,00	100,00		
Gesamt	138	91,7681	13,67628	1,16420	89,4660	94,0702	32,00	100,00		
Modell			12,96907	1,10400	89,5847	93,9515				
Feste Effekte				5,62115	87,5823	115,9540	50,00	100,00	49,08600	
Zufallseffekte				1,16042	89,3059	93,9098	30,00	100,00		
keine Depression	102	91,6078	11,71963	1,16042	89,3059	93,9098	50,00	100,00		
Depression möglicherweise vorhanden	31	80,0000	20,89338	3,75256	72,3362	87,6638	30,00	100,00		
Depression definitiv vorhanden	3	44,6667	13,01281	7,51295	12,3410	76,9923	58,00	88,00		
Gesamt	136	87,9265	16,38682	1,40516	85,1475	90,7054	30,00	100,00		
Modell			14,32884	1,22869	85,4962	90,3568				
Feste Effekte				10,08557	87,5823	131,3212	16,00	100,00	162,95659	
Zufallseffekte				1,20463	91,8801	96,6583	16,00	100,00		
keine Depression	104	94,2692	12,28463	1,20463	91,8801	96,6583	16,00	100,00		
Depression möglicherweise vorhanden	31	87,0968	20,20455	3,62884	79,6857	94,5079	28,00	100,00		
Depression definitiv vorhanden	3	72,0000	45,07771	26,02563	-39,9792	183,9792	20,00	100,00		
Gesamt	138	92,1739	15,83026	1,34756	89,5092	94,8386	16,00	100,00		
Modell			15,36113	1,30763	89,5878	94,7600				
Feste Effekte				5,02989	70,5321	113,8158	40,00	100,00	38,11687	
Zufallseffekte				1,04928	90,8896	95,0521	40,00	100,00		
keine Depression	103	92,9709	10,64900	1,04928	90,8896	95,0521	40,00	100,00		
Depression möglicherweise vorhanden	31	85,9355	21,11230	3,79188	78,1914	93,6795	24,00	100,00		
Depression definitiv vorhanden	3	56,0000	20,78461	12,00000	4,36822	107,6318	32,00	68,00		
Gesamt	137	90,5693	15,01166	1,28253	88,0331	93,1056	24,00	100,00		
Modell			13,87653	1,18555	88,2245	92,9142				
Feste Effekte				7,33683	59,0015	122,1372	24,00	100,00	84,97604	
Zufallseffekte										

Tab.06: Deskriptive Statistiken zum Verhältnis von MD zu den Subskalen des DTCQ-A

Kontrast-Tests

Kontrast			Kontrastwert	Standardfehler	T	df	Signifikanz (2-seitig)	
Skala 1: Unangenehme Gefühlszustände	Varianzen sind gleich	1	11,6667	3,20528	3,640	130	,000	
		2	-45,1333	9,32375	-4,841	130	,000	
		3	-56,8000	9,02221	-6,296	130	,000	
	Varianzen sind nicht gleich	1	11,6667	3,69883	3,154	40,012	,003	
		2	-45,1333	4,57448	-9,866	9,087	,000	
		3	-56,8000	3,37968	-16,806	2,992	,000	
	Skala 2: Körperliche Beschwerden	Varianzen sind gleich	1	8,6542	2,28816	3,782	131	,000
			2	-28,5591	6,73024	-4,243	131	,000
			3	-37,2133	6,52214	-5,706	131	,000
Varianzen sind nicht gleich		1	8,6542	3,45334	2,506	32,788	,017	
		2	-28,5591	9,37273	-3,047	2,637	,066	
		3	-37,2133	8,77305	-4,242	2,027	,050	
Skala 3: Angenehme Gefühlszustände		Varianzen sind gleich	1	5,8648	3,06133	1,916	135	,058
			2	,9032	9,04564	,100	135	,921
			3	-4,9615	8,76104	-,566	135	,572
	Varianzen sind nicht gleich	1	5,8648	3,69363	1,588	39,432	,120	
		2	,9032	5,27835	,171	5,850	,870	
		3	-4,9615	4,21686	-1,177	2,470	,340	
	Skala 4: Gedanken an kontrolliertes Trinken	Varianzen sind gleich	1	5,7506	3,90413	1,473	135	,143
			2	-7,5699	11,53593	-,656	135	,513
			3	-13,3205	11,17299	-1,192	135	,235
Varianzen sind nicht gleich		1	5,7506	4,55839	1,262	40,492	,214	
		2	-7,5699	12,36628	-,612	2,559	,590	
		3	-13,3205	11,75059	-1,134	2,089	,370	
Skala 5: Plötzliches Verlangen		Varianzen sind gleich	1	11,0050	2,65386	4,147	135	,000
			2	11,4409	7,84164	1,459	135	,147
			3	,4359	7,59492	,057	135	,954
	Varianzen sind nicht gleich	1	11,0050	3,71137	2,965	34,788	,005	
		2	11,4409	6,42063	1,782	4,145	,147	
		3	,4359	5,42574	,080	2,142	,943	
	Skala 6: Soziale Konflikte	Varianzen sind gleich	1	11,6078	2,93870	3,950	133	,000
			2	-35,3333	8,66381	-4,078	133	,000
			3	-46,9412	8,39354	-5,593	133	,000
Varianzen sind nicht gleich		1	11,6078	3,92789	2,955	35,914	,005	
		2	-35,3333	8,39799	-4,207	3,109	,023	
		3	-46,9412	7,60204	-6,175	2,097	,022	
Skala 7: Soziale Verführung		Varianzen sind gleich	1	7,1725	3,14335	2,282	135	,024
			2	-15,0968	9,28798	-1,625	135	,106
			3	-22,2692	8,99576	-2,476	135	,015
	Varianzen sind nicht gleich	1	7,1725	3,82356	1,876	36,846	,069	
		2	-15,0968	26,27740	-,575	2,078	,622	
		3	-22,2692	26,05349	-,855	2,009	,482	
	Skala 8: Geselligkeit	Varianzen sind gleich	1	7,0354	2,84272	2,475	134	,015
			2	-29,9355	8,39033	-3,568	134	,000
			3	-36,9709	8,12746	-4,549	134	,000
Varianzen sind nicht gleich		1	7,0354	3,93438	1,788	34,710	,082	
		2	-29,9355	12,58485	-2,379	2,418	,118	
		3	-36,9709	12,04579	-3,069	2,031	,090	

Tab.07: Kontrast-Test zwischen Depressionsgruppen und Subskalen des DTCQ-A

Symptome der Male Depression	Korrelation nach Pearson	Skala 1: Unangenehme Gefühlszustände	Skala 2: Körperliche Beschwerden	Skala 3: Angenehme Gefühlszustände	Skala 4: Gedanken an kontrolliertes Trinken	Skala 5: Plötzliches Verlangen	Skala 6: Soziale Konflikte	Skala 7: Soziale Verführung	Skala 8: Geselligkeit
Symptome der Male Depression	Korrelation nach Pearson	-530**	-512**	-251**	-240**	-362**	-534**	-307**	-389**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,003	,005	,000	,000	,000	,000
	N	133	134	138	138	138	136	138	137
Skala 1: Unangenehme Gefühlszustände	Korrelation nach Pearson	-530**	,690**	,443**	,588**	,579**	,903**	,575**	,677**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	133	135	140	140	140	138	140	139
Skala 2: Körperliche Beschwerden	Korrelation nach Pearson	-512**	,690**	,607**	,620**	,626**	,748**	,623**	,757**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	134	140	140	140	140	138	140	139
Skala 3: Angenehme Gefühlszustände	Korrelation nach Pearson	-251**	,607**	,652**	,636**	,652**	,510**	,507**	,601**
	Signifikanz (2-seitig)	,003	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	138	140	145	145	145	143	145	144
Skala 4: Gedanken an kontrolliertes Trinken	Korrelation nach Pearson	-240**	,620**	,636**	,699**	,699**	,640**	,723**	,647**
	Signifikanz (2-seitig)	,005	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	138	140	145	145	145	143	145	144
Skala 5: Plötzliches Verlangen	Korrelation nach Pearson	-362**	,626**	,652**	,689**	,689**	,643**	,765**	,733**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	136	140	145	145	145	143	145	144
Skala 6: Soziale Konflikte	Korrelation nach Pearson	-534**	,748**	,510**	,640**	,643**	,634**	,634**	,698**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	136	138	143	143	143	143	143	142
Skala 7: Soziale Verführung	Korrelation nach Pearson	-307**	,623**	,507**	,723**	,765**	,634**	,634**	,849**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	138	140	145	145	145	143	145	144
Skala 8: Geselligkeit	Korrelation nach Pearson	-389**	,757**	,601**	,647**	,733**	,698**	,849**	,698**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	137	139	144	144	144	142	144	144

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tab.08: Korrelation zwischen Symptomen der Male Depression und Subskalen des DTCQ-A

Items des DTCQ-A		Male Depression (Symptome)
wenn ich mich insgesamt deprimiert fühlte.	Korrelation nach Pearson	-,432**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	138
wenn ich mich körperlich unwohl oder krank fühlte.	Korrelation nach Pearson	-,441**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	139
wenn ich glücklich wäre.	Korrelation nach Pearson	-,194*
	Signifikanz (2-seitig)	,022
	N	139
wenn ich keinen Ausweg mehr sähe.	Korrelation nach Pearson	-,361**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	138
wenn ich sehen wollte, ob ich kontrolliert trinken kann.	Korrelation nach Pearson	-,224**
	Signifikanz (2-seitig)	,008
	N	139
wenn ich an einem Ort wäre, an dem ich früher Alkohol gekauft oder getrunken habe.	Korrelation nach Pearson	-,278**
	Signifikanz (2-seitig)	,001
	N	139
wenn ich mich in Gegenwart einer anderen Person unwohl fühlte.	Korrelation nach Pearson	-,349**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	138
wenn es mir bei einer privaten Einladung unangenehm wäre, den mir angebotenen Alkohol abzulehnen.	Korrelation nach Pearson	-,299**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	139
wenn ich mich gemeinsam mit alten Freunden/Freundinnen amüsieren wollte.	Korrelation nach Pearson	-,342**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	139
wenn ich niemandem meine Gefühle mitteilen könnte.	Korrelation nach Pearson	-,325**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	139
wenn ich von mir selbst enttäuscht wäre.	Korrelation nach Pearson	-,498**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	139
wenn ich Schlafstörungen hätte.	Korrelation nach Pearson	-,472**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	139
wenn ich mich selbstsicher und entspannt fühlte.	Korrelation nach Pearson	-,263**
	Signifikanz (2-seitig)	,002
	N	139
wenn ich mich langweilte.	Korrelation nach Pearson	-,426**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	138
wenn ich mir beweisen wollte, dass Alkohol kein Problem für mich darstellt.	Korrelation nach Pearson	-,262**
	Signifikanz (2-seitig)	,002
	N	139
wenn ich unerwartet eine Flasche meines Lieblingsgetränkes fände oder zufällig etwas sähe, das mich an Alkohol erinnert.	Korrelation nach Pearson	-,297**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	140
wenn andere mich anscheinend nicht mögen würden.	Korrelation nach Pearson	-,399**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	139
wenn Freunde oder Freundinnen, mit denen ich unterwegs bin, wiederholt vorschlagen würden, dass wir gemeinsam etwas trinken sollten.	Korrelation nach Pearson	-,286**
	Signifikanz (2-seitig)	,001
	N	139
wenn ich mich jemandem, den ich mag, noch näher fühlen wollte.	Korrelation nach Pearson	-,311**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	139
wenn andere mich unfair behandelten oder meine Pläne störten.	Korrelation nach Pearson	-,417**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	139
wenn ich mich einsam fühlte.	Korrelation nach Pearson	-,405**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	139
wenn ich wacher, munterer oder unternehmungslustiger werden wollte.	Korrelation nach Pearson	-,345**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	139

wenn ich vor lauter Freude über etwas ganz außer mir wäre.	Korrelation nach Pearson	-,206 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,015
	N	139
wenn ich mich ängstlich oder angespannt wegen etwas fühlte.	Korrelation nach Pearson	-,411 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	139
wenn ich herausfinden wollte, ob ich gelegentlich etwas Alkohol trinken könnte, ohne erneut in die Abhängigkeit zu rutschen.	Korrelation nach Pearson	-,132
	Signifikanz (2-seitig)	,123
	N	139
wenn ich beim Rauchen einer Zigarette oder der Einnahme von Medikamenten an das Trinken von Alkohol dächte.	Korrelation nach Pearson	-,260 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,002
	N	139
wenn ich mich zu Hause unter starkem Druck fühlte, den Erwartungen anderer Familienmitglieder nicht entsprechen zu können.	Korrelation nach Pearson	-,513 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	139
wenn ich das Gefühl hätte, dass Personen, die in meiner Gegenwart Alkohol trinken, von mir erwarten, dass ich mittrinke.	Korrelation nach Pearson	-,344 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	139
wenn ich in Gesellschaft von Freunden/ Freundinnen mehr Spaß haben wollte.	Korrelation nach Pearson	-,279 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,001
	N	138
wenn ich mit anderen an meiner Arbeitsstelle oder während meiner Ausbildung nicht gut zurechtkäme.	Korrelation nach Pearson	-,588 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	139
wenn ich wegen etwas Schuldgefühle bekäme.	Korrelation nach Pearson	-,570 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	139
wenn ich abnehmen wollte.	Korrelation nach Pearson	-,310 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	136
wenn ich mit mir und meinem Leben rundherum zufrieden wäre.	Korrelation nach Pearson	-,071
	Signifikanz (2-seitig)	,407
	N	139
wenn ich vor etwas, von dem ich mich überwältigt fühlte, entfliehen wollte.	Korrelation nach Pearson	-,372 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	139
wenn ich ausprobieren wollte, ob ich mit anderen Alkoholkonsumenten zusammen sein kann, ohne selbst zu trinken.	Korrelation nach Pearson	-,244 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,004
	N	139
wenn ich jemanden über seine Trinkzeit reden hörte.	Korrelation nach Pearson	-,284 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,001
	N	139
wenn es zu Hause Krach gäbe.	Korrelation nach Pearson	-,510 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	138
wenn ich glaubte, eine Aufforderung zum Mittrinken nicht ablehnen zu können.	Korrelation nach Pearson	-,222 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,009
	N	139
wenn ich mit einem Freund oder einer Freundin feiern wollte.	Korrelation nach Pearson	-,218 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,010
	N	138
wenn ich mich unter Druck fühlte, weil jemand mit meiner Leistung am Arbeitsplatz oder während meiner Ausbildung nicht zufrieden ist.	Korrelation nach Pearson	-,468 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	138
wenn ich mich geärgert hätte, wie etwas gelaufen ist.	Korrelation nach Pearson	-,462 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	137
wenn ich unter Kopfweg oder anderen körperlichen Schmerzen leiden würde.	Korrelation nach Pearson	-,365 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	138
wenn ich mich an ein positives Ereignis erinnerte.	Korrelation nach Pearson	-,339 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	138
wenn ich nicht wüsste, was ich machen soll.	Korrelation nach Pearson	-,370 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	138
wenn ich ausprobieren wollte, ob ich mich an Orten, an denen andere Alkohol trinken, aufhalten kann, ohne selbst zu trinken.	Korrelation nach Pearson	-,187 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	,028
	N	138

wenn ich mich daran erinnerte, wie gut es täte, etwas Alkohol zu trinken oder beschwipst zu werden.	Korrelation nach Pearson	-,324**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	138
wenn ich Mut bräuchte, um jemandem die Stirn zu bieten.	Korrelation nach Pearson	-,423**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	138
wenn ich in einer Gruppe wäre, in der alle anderen Alkohol trinken.	Korrelation nach Pearson	-,227**
	Signifikanz (2-seitig)	,007
	N	138
wenn ich meinen sexuellen Genuss steigern wollte.	Korrelation nach Pearson	-,391**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	138
wenn ich mich der Kontrolle einer anderen Person entziehen wollte.	Korrelation nach Pearson	-,283**
	Signifikanz (2-seitig)	,001
	N	138

Tab.09: Korrelation zwischen Symptomen der Male Depression und den Items des DTCQ-A

Statistiken zur Stichprobe

Soziodemographische Daten und Abstinenzzeit

		Gruppe	Geschlecht	Alter	Seit wie langer Zeit abstinent
N	Gültig	151	150	147	151
	Fehlend	0	1	4	0
Mittelwert		1,95	1,49	52,33	3,65
Standardfehler des Mittelwertes		,076	,041	,844	,130
Median		2,00	1,00	51,00	4,00
Modus		1	1	47 ^a	3
Standardabweichung		,929	,502	10,227	1,597
Varianz		,864	,252	104,591	2,549
Spannweite		2	1	49	5
Minimum		1	1	29	1
Maximum		3	2	78	6
Summe		294	224	7692	551

a. Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

Gruppenzugehörigkeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ARS/ARS-N	69	45,7	45,7	45,7
	Tagesklinik	21	13,9	13,9	59,6
	Selbsthilfegruppe	61	40,4	40,4	100,0
	Gesamt	151	100,0	100,0	

Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	76	50,3	50,7	50,7
	weiblich	74	49,0	49,3	100,0
	Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend	999	1	,7		
Gesamt		151	100,0		

Alter				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
29	2	1,3	1,4	1,4
31	1	,7	,7	2,0
32	1	,7	,7	2,7
33	1	,7	,7	3,4
35	2	1,3	1,4	4,8
36	1	,7	,7	5,4
37	1	,7	,7	6,1
39	1	,7	,7	6,8
40	7	4,6	4,8	11,6
41	5	3,3	3,4	15,0
42	5	3,3	3,4	18,4
43	2	1,3	1,4	19,7
45	4	2,6	2,7	22,4
46	4	2,6	2,7	25,2
47	9	6,0	6,1	31,3
48	9	6,0	6,1	37,4
49	4	2,6	2,7	40,1
50	8	5,3	5,4	45,6
51	7	4,6	4,8	50,3
52	9	6,0	6,1	56,5
53	5	3,3	3,4	59,9
54	3	2,0	2,0	61,9
Gültig 55	4	2,6	2,7	64,6
56	6	4,0	4,1	68,7
57	6	4,0	4,1	72,8
58	5	3,3	3,4	76,2
59	4	2,6	2,7	78,9
60	3	2,0	2,0	81,0
61	4	2,6	2,7	83,7
62	1	,7	,7	84,4
63	3	2,0	2,0	86,4
64	1	,7	,7	87,1
66	1	,7	,7	87,8
67	2	1,3	1,4	89,1
68	4	2,6	2,7	91,8
69	2	1,3	1,4	93,2
70	1	,7	,7	93,9
71	2	1,3	1,4	95,2
72	2	1,3	1,4	96,6
73	1	,7	,7	97,3
75	1	,7	,7	98,0
76	1	,7	,7	98,6
77	1	,7	,7	99,3
78	1	,7	,7	100,0
Gesamt	147	97,4	100,0	

Fehlend	999	4	2,6	
Gesamt		151	100,0	

Seit wie langer Zeit abstinent

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Unter 3 Monaten	16	10,6	10,6	10,6
Zwischen 3 und 6 Monaten	21	13,9	13,9	24,5
Zwischen 6 und 12 Monaten	38	25,2	25,2	49,7
Gültig Zwischen 12 Monaten und 3 Jahren	31	20,5	20,5	70,2
Zwischen 3 und 5 Jahren	15	9,9	9,9	80,1
5 Jahre oder länger	30	19,9	19,9	100,0
Gesamt	151	100,0	100,0	

Male Depression (Gotland Scale of Male Depression)

	(1) Fühlen Sie sich stärker gestresst als sonst?	(2) Sind Sie leichter gereizt und können Sie sich schlechter beherrschen als sonst?	(3) Fühlen Sie sich ausgebrannt und leer?	(4) Fühlen Sie sich häufig müde, ohne dass Sie wissen, warum?	(5) Fühlen Sie sich unruhig, frustriert oder irritiert?	(6) Haben Sie Schwierigkeiten, alltägliche Entscheidungen zu treffen?	(7) Können Sie schlecht einschlafen, schlafen Sie zu viel oder zu wenig oder wachen Sie zu früh auf?	(8) Haben Sie besonders morgens ein Gefühl von Unruhe, Angst oder Unwohlsein?	(9) Nehmen Sie Beruhigungsmittel. arbeiten Sie viel mehr oder treiben viel mehr Sport als sonst oder essen Sie zu wenig oder zu viel?	(10) Hat sich ihr Verhalten so geändert, dass Sie sich oder anderen fremd vorkommen oder dass es schwer ist, mit Ihnen auszukommen?
N	151	151	150	149	150	151	148	150	151	150
Gültig	0	0	1	2	1	0	3	1	0	1
Fehlend	,63	,48	,63	,87	,66	,40	,97	,39	,62	,41
Mittelwert	,069	,060	,069	,078	,068	,050	,082	,060	,070	,054
Standardfehler des Mittelwertes	,00	,00	,00	1,00	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
Median	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Modus	,846	,738	,840	,946	,834	,613	,993	,741	,855	,667
Standardabweichung	,715	,545	,705	,896	,696	,376	,985	,549	,731	,445
Varianz	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Spannweite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Minimum	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Maximum	95	73	94	130	99	61	143	59	93	62
Summe										

Male Depression (Gotland Scale of Male Depression)

	(11) Fühlen Sie sich oder halten andere Sie für niedergeschlagen und alles negativ sehend?	(12) Ist Ihnen oder anderen aufgefallen, dass Sie stärker als sonst zu Selbstmitleid und zu häufigem Klagen neigen?	(13) Gibt es in Ihrer Familie Hinweise auf Alkoholmissbrauch, Depression, Selbstmordversuche oder ein risikoorientiertes Verhalten?	Depressionsfaktor	Disstressfaktor	Gesamtsymptome	Male Depression (kategorisiert)
N	151	151	149	146	148	144	144
Gültig	0	0	2	5	3	7	7
Fehlend	,43	,28	1,23	4,5616	3,4797	8,0486	1,2639
Mittelwert	,058	,047	,099	,31375	,31075	,59771	,04062
Standardfehler des Mittelwertes	,00	,00	1,00	4,0000	2,0000	6,0000	1,0000
Median	0	0	0	2,00	,00	2,00 ^a	1,00
Modus	,717	,579	1,203	3,79105	3,78049	7,17253	,48741
Standardabweichung	,513	,335	1,448	14,372	14,292	51,445	,238
Spannweite	3	3	3	18,00	18,00	36	2,00
Minimum	0	0	0	,00	,00	0	1,00
Maximum	3	3	3	18,00	18,00	36	3,00
Summe	65	42	183	666,00	515,00	1159,00	182,00

a. Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

Fühlen Sie sich stärker gestresst als sonst?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	86	57,0	57,0	57,0
etwas	41	27,2	27,2	84,1
Gültig ziemlich	18	11,9	11,9	96,0
stimmt genau	6	4,0	4,0	100,0
Gesamt	151	100,0	100,0	

Sind Sie leichter gereizt und können Sie sich schlechter beherrschen als sonst?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	96	63,6	63,6	63,6
etwas	41	27,2	27,2	90,7
Gültig ziemlich	10	6,6	6,6	97,4
stimmt genau	4	2,6	2,6	100,0
Gesamt	151	100,0	100,0	

Fühlen Sie sich ausgebrannt und leer?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	85	56,3	56,7	56,7
etwas	42	27,8	28,0	84,7
Gültig ziemlich	17	11,3	11,3	96,0
stimmt genau	6	4,0	4,0	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

Fühlen Sie sich häufig müde, ohne dass Sie wissen, warum?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	64	42,4	43,0	43,0
etwas	53	35,1	35,6	78,5
Gültig ziemlich	19	12,6	12,8	91,3
stimmt genau	13	8,6	8,7	100,0
Gesamt	149	98,7	100,0	
Fehlend 999	2	1,3		
Gesamt	151	100,0		

Fühlen Sie sich unruhig, frustriert oder irritiert?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	überhaupt nicht	81	53,6	54,0	54,0
	etwas	44	29,1	29,3	83,3
	ziemlich	20	13,2	13,3	96,7
	stimmt genau	5	3,3	3,3	100,0
	Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend	999	1	,7		
Gesamt		151	100,0		

Haben Sie Schwierigkeiten, alltägliche Entscheidungen zu treffen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	überhaupt nicht	99	65,6	65,6	65,6
	etwas	44	29,1	29,1	94,7
	ziemlich	7	4,6	4,6	99,3
	stimmt genau	1	,7	,7	100,0
	Gesamt	151	100,0	100,0	

Können Sie schlecht einschlafen, schlafen Sie zu viel oder zu wenig oder wachen Sie zu früh auf?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	überhaupt nicht	60	39,7	40,5	40,5
	etwas	48	31,8	32,4	73,0
	ziemlich	25	16,6	16,9	89,9
	stimmt genau	15	9,9	10,1	100,0
	Gesamt	148	98,0	100,0	
Fehlend	999	3	2,0		
Gesamt		151	100,0		

Haben Sie besonders morgens ein Gefühl von Unruhe, Angst oder Unwohlsein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	überhaupt nicht	110	72,8	73,3	73,3
	etwas	25	16,6	16,7	90,0
	ziemlich	11	7,3	7,3	97,3
	stimmt genau	4	2,6	2,7	100,0
	Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend	999	1	,7		

Gesamt	151	100,0	
--------	-----	-------	--

Nehmen Sie Beruhigungsmittel. arbeiten Sie viel mehr oder treiben viel mehr Sport als sonst oder essen Sie zu wenig oder zu viel?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	88	58,3	58,3	58,3
etwas	40	26,5	26,5	84,8
Gültig ziemlich	16	10,6	10,6	95,4
stimmt genau	7	4,6	4,6	100,0
Gesamt	151	100,0	100,0	

Hat sich ihr Verhalten so geändert, dass Sie sich oder anderen fremd vorkommen oder dass es schwer ist, mit Ihnen auszukommen?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	101	66,9	67,3	67,3
etwas	38	25,2	25,3	92,7
Gültig ziemlich	9	6,0	6,0	98,7
stimmt genau	2	1,3	1,3	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

Fühlen Sie sich oder halten andere Sie für niedergeschlagen und alles negativ sehend?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	103	68,2	68,2	68,2
etwas	34	22,5	22,5	90,7
Gültig ziemlich	11	7,3	7,3	98,0
stimmt genau	3	2,0	2,0	100,0
Gesamt	151	100,0	100,0	

Ist Ihnen oder anderen aufgefallen, dass Sie stärker als sonst zu Selbstmitleid und zu häufigem Klagen neigen?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	117	77,5	77,5	77,5
etwas	28	18,5	18,5	96,0
Gültig ziemlich	4	2,6	2,6	98,7
stimmt genau	2	1,3	1,3	100,0
Gesamt	151	100,0	100,0	

Gibt es in Ihrer Familie Hinweise auf Alkoholmissbrauch, Depression, Selbstmordversuche oder ein risikoorientiertes Verhalten?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	57	37,7	38,3	38,3
etwas	38	25,2	25,5	63,8
Gültig ziemlich	17	11,3	11,4	75,2
stimmt genau	37	24,5	24,8	100,0
Gesamt	149	98,7	100,0	
Fehlend 999	2	1,3		
Gesamt	151	100,0		

Depressionsfaktor

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
,00	16	10,6	11,0	11,0
1,00	14	9,3	9,6	20,5
2,00	22	14,6	15,1	35,6
3,00	20	13,2	13,7	49,3
4,00	15	9,9	10,3	59,6
5,00	12	7,9	8,2	67,8
6,00	11	7,3	7,5	75,3
Gültig 7,00	7	4,6	4,8	80,1
8,00	2	1,3	1,4	81,5
9,00	11	7,3	7,5	89,0
10,00	2	1,3	1,4	90,4
11,00	5	3,3	3,4	93,8
12,00	4	2,6	2,7	96,6
13,00	1	,7	,7	97,3
14,00	2	1,3	1,4	98,6

	17,00	1	,7	,7	99,3
	18,00	1	,7	,7	100,0
	Gesamt	146	96,7	100,0	
Fehlend	System	5	3,3		
Gesamt		151	100,0		

Distressfaktor

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	,00	35	23,2	23,6
	1,00	27	17,9	41,9
	2,00	15	9,9	52,0
	3,00	14	9,3	61,5
	4,00	15	9,9	71,6
	5,00	7	4,6	76,4
	6,00	10	6,6	83,1
	7,00	3	2,0	85,1
Gültig	8,00	3	2,0	87,2
	9,00	4	2,6	89,9
	10,00	3	2,0	91,9
	11,00	7	4,6	96,6
	12,00	1	,7	97,3
	13,00	2	1,3	98,6
	17,00	1	,7	99,3
	18,00	1	,7	100,0
	Gesamt	148	98,0	100,0
Fehlend	System	3	2,0	
Gesamt		151	100,0	

Symptome gesamt

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	0	10	6,6	6,9
	1	10	6,6	13,9
	2	14	9,3	23,6
Gültig	3	12	7,9	31,9
	4	14	9,3	41,7
	5	10	6,6	48,6
	6	11	7,3	56,3

7	2	1,3	1,4	57,6
8	11	7,3	7,6	65,3
9	4	2,6	2,8	68,1
10	3	2,0	2,1	70,1
11	4	2,6	2,8	72,9
12	4	2,6	2,8	75,7
13	6	4,0	4,2	79,9
14	4	2,6	2,8	82,6
15	1	,7	,7	83,3
16	2	1,3	1,4	84,7
17	6	4,0	4,2	88,9
20	5	3,3	3,5	92,4
21	4	2,6	2,8	95,1
22	1	,7	,7	95,8
23	1	,7	,7	96,5
24	1	,7	,7	97,2
25	1	,7	,7	97,9
28	1	,7	,7	98,6
29	1	,7	,7	99,3
36	1	,7	,7	100,0
Gesamt	144	95,4	100,0	
Fehlend System	7	4,6		
Gesamt	151	100,0		

Male Depression (kategorisiert)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,00 (keine Depression)	109	72,2	75,7
	2,00 (Depression möglicherweise vorh.)	32	21,2	97,9
	3,00 (def. Depression)	3	2,0	100,0
	Gesamt	144	95,4	100,0
Fehlend	System	7	4,6	
Gesamt		151	100,0	

Abstinenzübersicht (DTCQ-A)

	(1) wenn ich mich insgesamt deprimiert fühlte.	(2) wenn ich mich körperlich unwohl oder krank fühlte.	(3) wenn ich glücklich wäre.	(4) wenn ich keinen Ausweg mehr sähe.	(5) wenn ich sehen wollte, ob ich kontrolliert trinken kann.	(6) wenn ich an einem Ort wäre, an dem ich früher Alkohol gekauft oder getrunken habe.	(7) wenn ich mich in Gegenwart einer anderen Person unwohl fühlte.	(8) wenn es mir bei einer privaten Einladung unangenehm wäre, den mir angeboten Alkoholen abzulehnen.	(9) wenn ich mich gemeinsam mit alten Freunden/Freundinnen amüsieren wollte.	(10) wenn ich niemandem meine Gefühle mitteilen könnte.
N	145	146	146	145	146	146	145	146	146	146
Gültig	6	5	5	6	5	5	6	5	5	5
Fehlend	84,41	91,23	89,86	65,24	83,56	90,55	90,90	92,19	88,08	82,47
Mittelwert	1,723	1,505	1,458	2,789	2,441	1,545	1,578	1,433	1,850	1,904
Standardfehler des Mittelwertes	100,00	100,00	100,00	80,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	80,00
Median	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Modus	20,746	18,190	17,616	33,584	29,496	18,673	19,000	17,320	22,355	23,001
Standardabweichung	430,383	330,883	310,326	1127,893	869,986	348,663	360,996	299,991	499,745	529,051
Spannweite	100	80	80	100	100	100	80	80	100	100
Minimum	0	20	20	0	0	0	20	20	0	0
Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Summe	12240	13320	13120	9460	12200	13220	13180	13460	12860	12040

Abstinenzübersicht (DTCQ-A)

	(11) wenn ich von mir selbst enttäuscht wäre.	(12) wenn ich Schlafstörungen hätte.	(13) wenn ich mich selbstsicher und entspannt fühlte.	(14) wenn ich mich langweilte.	(15) wenn ich mir beweisen wollte, dass Alkohol kein Problem für mich darstellt.	(16) wenn ich unerwartet eine Flasche meines Lieblingsgetränkes fände oder zufällig etwas sähe, ...	(17) wenn andere mich anscheinend nicht mögen würden.	(18) wenn Freunde oder Freundin, mit denen ich unterwegs bin, wiederholt vorschlagen würden, ...	(19) wenn ich mich jemandem, den ich mag, noch näher fühlen wollte.	(20) wenn andere mich unfair behandelten oder meine Pläne störten.
N	146	146	146	145	146	147	146	146	146	146
Gültig	5	5	5	6	5	4	5	5	5	5
Fehlend	78,36	90,68	92,74	91,86	88,63	91,84	90,96	91,64	91,37	88,49
Mittelwert	2,337	1,605	1,504	1,391	2,075	1,389	1,544	1,452	1,414	1,589
Standardfehler des Mittelwertes	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Median	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Modus	28,236	19,393	18,176	16,749	25,069	16,840	18,656	17,539	17,085	19,203
Standardabweichung	797,279	376,079	330,373	280,536	628,455	283,590	348,040	307,624	291,904	368,748
Spannweite	100	80	80	80	100	80	80	80	80	100
Minimum	0	20	20	20	0	20	20	20	20	0
Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Summe	11440	13240	13540	13320	12940	13500	13280	13380	13340	12920

Abstinenzübersicht (DTCQ-A)

	(21) wenn ich mich einsam fühlte.	(22) wenn ich wacher, munterer oder unternehmungslustiger werden wollte.	(23) wenn ich vor lauter Freude über etwas ganz außer mir wäre.	(24) wenn ich mich ängstlich oder angespannt wegen etwas fühlte.	(25) wenn ich herausfinden wollte, ob ich gelegentlich etwas Alkohol trinken könnte, ohne ...	(26) wenn ich beim Rauchen einer Zigarette oder der Einnahme von Medikamenten an ...	(27) wenn ich mich zu Hause unter starkem Druck fühlte, den Erwartungen anderer Familienmitglieder ...	(28) wenn ich das Gefühl hätte, dass Personen, die in meiner Gegenwart Alkohol trinken, von mir ...	(29) wenn ich in Gesellschaft von Freunden/Freundinnen mehr Spaß haben wollte.	(30) wenn ich mit anderen an meiner Arbeitsstelle oder während meiner Ausbildung nicht gut zurechtkäme.
N	146	145	146	146	146	146	146	146	145	146
Gültig	5	6	5	5	5	5	5	5	6	5
Fehlend	83,15	92,28	90,27	86,03	86,44	95,48	87,40	94,11	91,31	90,82
Mittelwert	1,941	1,467	1,582	1,654	2,120	1,241	1,803	1,335	1,526	1,593
Standardfehler des Mittelwertes	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Median	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Modus	23,452	17,668	19,117	19,982	25,616	14,998	21,784	16,132	18,381	19,245
Standardabweichung	550,005	312,146	365,442	399,282	656,193	224,941	474,558	260,236	337,854	370,354
Spannweite	100	80	100	80	100	100	100	80	80	100
Minimum	0	20	0	20	0	0	0	20	20	0
Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Summe	12140	13380	13180	12560	12620	13940	12760	13740	13240	13260

Abstinenzübersicht (DTCQ-A)

	(31) wenn ich wegen etwas Schuldgefühle bekäme.	(32) wenn ich abnehmen wollte.	(33) wenn ich mit mir und meinem Leben rundherum zufrieden wäre.	(34) wenn ich vor etwas, von dem ich mich überwältigt fühlte, entfliehen wollte.	(35) wenn ich ausprobieren wollte, ob ich mit anderen Alkoholkonsumenten zusammen sein kann, ohne selbst zu trinken.	(36) wenn ich jemanden über seine Trinkzeit reden hörte.	(37) wenn es zu Hause Krach gäbe.	(38) wenn ich glaubte, eine Aufforderung zum Mittrinken nicht ablehnen zu können.	(39) wenn ich mit einem Freund oder einer Freundin feiern wollte.	(40) wenn ich mich unter Druck fühlte, weil jemand mit meiner Leistung am ...
N	146	143	146	146	146	146	145	146	145	145
Gültig										
Fehlend	5	8	5	5	5	5	6	5	6	6
Mittelwert	84,79	97,48	93,29	83,70	94,25	95,48	84,83	91,78	92,83	87,17
Standardfehler des Mittelwertes	1,976	,885	1,392	1,885	1,303	1,078	1,839	1,634	1,407	1,725
Median	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Modus	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Standardabweichung	23,874	10,580	16,820	22,774	15,750	13,030	22,145	19,746	16,944	20,773
Varianz	569,957	111,928	282,910	518,640	248,049	169,769	490,421	389,910	287,088	431,533
Spannweite	100	100	100	100	100	80	80	100	80	100
Minimum	0	0	0	0	0	20	20	0	20	0
Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Summe	12380	13940	13620	12220	13760	13940	12300	13400	13460	12640

Abstinenzübersicht (DTCQ-A)

	(41) wenn ich mich geärgert hätte, wie etwas gelaufen ist.	(42) wenn ich unter Kopfweh oder anderen körperlichen Schmerzen leiden würde.	(43) wenn ich mich an ein positives Ereignis erinnerte.	(44) wenn ich nicht wüsste, was ich machen soll.	(45) wenn ich ausprobieren wollte, ob ich mich an Orten, an denen andere Alkohol trinken, ...	(46) wenn ich mich daran erinnerte, wie gut es täte, etwas Alkohol zu trinken oder beschwipst zu werden.	(47) wenn ich Mut bräuchte, um jemandem die Stirn zu bieten.	(48) wenn ich in einer Gruppe wäre, in der alle anderen Alkohol trinken.	(49) wenn ich meinen sexuellen Genuss steigern wollte.	(50) wenn ich mich der Kontrolle einer anderen Person entziehen wollte.
N	144	145	145	145	145	145	145	145	145	145
Gültig		6	6	6	6	6	6	6	6	6
Fehlend	7									
Mittelwert	88,06	94,34	93,38	88,14	93,93	86,07	91,72	90,34	91,17	91,17
Standardfehler des Mittelwertes	1,699	1,153	1,299	1,712	1,180	1,754	1,524	1,579	1,682	1,682
Median	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Modus	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Standardabweichung	20,391	13,885	15,645	20,615	14,206	21,125	18,346	19,018	20,259	20,259
Varianz	415,773	192,797	244,751	424,981	201,801	446,245	336,590	361,686	410,421	410,421
Spannweite	100	80	80	100	80	80	100	100	100	100
Minimum	0	20	20	0	20	20	0	0	0	0
Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Summe	12680	13680	13540	12780	13620	12480	13300	13100	13220	13220

Abstinenzübersicht (DTCQ-A)

	Skala 1: Unangenehme Gefühlszustände	Skala 2: Körperliche Beschwerden	Skala 3: Angenehme Gefühlszustände	Skala 4: Gedanken an kontrolliertes Trinken	Skala 5: Plötzliches Verlangen	Skala 6: Soziale Konflikte	Skala 7: Soziale Verführung	Skala 8: Gesellschaft	DTCQ-A Gesamt
N	140	140	145	145	145	143	145	144	132
Gültig	11	11	6	6	6	8	6	7	19
Fehlend	83,5429	93,2857	91,8621	89,2966	91,9448	88,3776	92,2483	90,6944	90,4905
Mittelwert	1,50181	1,05998	1,22704	1,57562	1,11554	1,34854	1,29911	1,23773	1,13621
Standardfehler des Mittelwertes	88,0000	100,0000	100,0000	100,0000	100,0000	96,0000	100,0000	96,0000	95,3750
Median	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Modus	17,76966	12,54189	14,77546	18,97298	13,43285	16,12618	15,64339	14,85279	13,05407
Standardabweichung	315,761	157,299	218,314	359,974	180,441	260,054	244,716	220,605	170,409
Spannweite	76,00	76,00	80,00	88,00	68,00	70,00	84,00	76,00	65,75
Minimum	24,00	24,00	20,00	12,00	32,00	30,00	16,00	24,00	34,25
Maximum	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Summe	11696,00	13060,00	13320,00	12948,00	13332,00	12638,00	13376,00	13060,00	11944,75

(1) wenn ich mich insgesamt deprimiert fühlte.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0 %	1	,7	,7	,7
20 %	2	1,3	1,4	2,1
40 %	10	6,6	6,9	9,0
Gültig 60 %	13	8,6	9,0	17,9
80 %	44	29,1	30,3	48,3
100 %	75	49,7	51,7	100,0
Gesamt	145	96,0	100,0	
888	3	2,0		
Fehlend 999	3	2,0		
Gesamt	6	4,0		
Gesamt	151	100,0		

(2) wenn ich mich körperlich unwohl oder krank fühlte.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
20 %	4	2,6	2,7	2,7
40 %	3	2,0	2,1	4,8
Gültig 60 %	9	6,0	6,2	11,0
80 %	21	13,9	14,4	25,3
100 %	109	72,2	74,7	100,0
Gesamt	146	96,7	100,0	
888	3	2,0		
Fehlend 999	2	1,3		
Gesamt	5	3,3		
Gesamt	151	100,0		

(3) wenn ich glücklich wäre.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
20 %	3	2,0	2,1	2,1
40 %	2	1,3	1,4	3,4
Gültig 60 %	14	9,3	9,6	13,0
80 %	28	18,5	19,2	32,2
100 %	99	65,6	67,8	100,0
Gesamt	146	96,7	100,0	
888	3	2,0		
Fehlend 999	2	1,3		
Gesamt	5	3,3		
Gesamt	151	100,0		

(4) wenn ich keinen Ausweg mehr sähe.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0 %	11	7,3	7,6	7,6
20 %	19	12,6	13,1	20,7
40 %	18	11,9	12,4	33,1
Gültig 60 %	18	11,9	12,4	45,5
80 %	31	20,5	21,4	66,9
100 %	48	31,8	33,1	100,0
Gesamt	145	96,0	100,0	

	888	3	2,0	
Fehlend	999	3	2,0	
	Gesamt	6	4,0	
Gesamt		151	100,0	

(5) wenn ich sehen wollte, ob ich kontrolliert trinken kann.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	7	4,6	4,8	4,8
	9	6,0	6,2	11,0
	6	4,0	4,1	15,1
Gültig	5	3,3	3,4	18,5
	21	13,9	14,4	32,9
	98	64,9	67,1	100,0
	146	96,7	100,0	
	3	2,0		
Fehlend	999	2	1,3	
	Gesamt	5	3,3	
Gesamt	151	100,0		

(6) wenn ich an einem Ort wäre, an dem ich früher Alkohol gekauft oder getrunken habe.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	1	,7	,7	,7
	2	1,3	1,4	2,1
	5	3,3	3,4	5,5
Gültig	8	5,3	5,5	11,0
	25	16,6	17,1	28,1
	105	69,5	71,9	100,0
	146	96,7	100,0	
	3	2,0		
Fehlend	999	2	1,3	
	Gesamt	5	3,3	
Gesamt	151	100,0		

(7) wenn ich mich in Gegenwart einer anderen Person unwohl fühlte.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	5	3,3	3,4	3,4
	3	2,0	2,1	5,5
Gültig	8	5,3	5,5	11,0
	21	13,9	14,5	25,5
	108	71,5	74,5	100,0
	145	96,0	100,0	
	3	2,0		
Fehlend	999	3	2,0	
	Gesamt	6	4,0	
Gesamt	151	100,0		

(8) wenn es mir bei einer privaten Einladung unangenehm wäre, den mir angebotenen Alkohol abzulehnen.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
20 %	3	2,0	2,1	2,1
40 %	4	2,6	2,7	4,8
60 %	7	4,6	4,8	9,6
80 %	19	12,6	13,0	22,6
100 %	113	74,8	77,4	100,0
Gültig Gesamt	146	96,7	100,0	
888	3	2,0		
Fehlend 999	2	1,3		
Gesamt	5	3,3		
Gesamt	151	100,0		

(9) wenn ich mich gemeinsam mit alten Freunden/Freundinnen amüsieren wollte.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0 %	3	2,0	2,1	2,1
20 %	5	3,3	3,4	5,5
40 %	2	1,3	1,4	6,8
60 %	7	4,6	4,8	11,6
80 %	32	21,2	21,9	33,6
100 %	97	64,2	66,4	100,0
Gültig Gesamt	146	96,7	100,0	
888	3	2,0		
Fehlend 999	2	1,3		
Gesamt	5	3,3		
Gesamt	151	100,0		

(10) wenn ich niemandem meine Gefühle mitteilen könnte.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0 %	2	1,3	1,4	1,4
20 %	5	3,3	3,4	4,8
40 %	7	4,6	4,8	9,6
60 %	17	11,3	11,6	21,2
80 %	43	28,5	29,5	50,7
100 %	72	47,7	49,3	100,0
Gültig Gesamt	146	96,7	100,0	
888	3	2,0		
Fehlend 999	2	1,3		
Gesamt	5	3,3		
Gesamt	151	100,0		

(11) wenn ich von mir selbst enttäuscht wäre.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0 %	3	2,0	2,1	2,1
20 %	12	7,9	8,2	10,3
40 %	11	7,3	7,5	17,8
60 %	16	10,6	11,0	28,8
80 %	30	19,9	20,5	49,3
100 %	74	49,0	50,7	100,0

	Gesamt	146	96,7	100,0
	888	3	2,0	
Fehlend	999	2	1,3	
	Gesamt	5	3,3	
Gesamt		151	100,0	

(12) wenn ich Schlafstörungen hätte.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	20 %	5	3,3	3,4	3,4
	40 %	4	2,6	2,7	6,2
Gültig	60 %	8	5,3	5,5	11,6
	80 %	20	13,2	13,7	25,3
	100 %	109	72,2	74,7	100,0
	Gesamt	146	96,7	100,0	
	888	3	2,0		
Fehlend	999	2	1,3		
	Gesamt	5	3,3		
Gesamt		151	100,0		

(13) wenn ich mich selbstsicher und entspannt fühlte.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	20 %	5	3,3	3,4	3,4
	40 %	3	2,0	2,1	5,5
Gültig	60 %	4	2,6	2,7	8,2
	80 %	16	10,6	11,0	19,2
	100 %	118	78,1	80,8	100,0
	Gesamt	146	96,7	100,0	
	888	3	2,0		
Fehlend	999	2	1,3		
	Gesamt	5	3,3		
Gesamt		151	100,0		

(14) wenn ich mich langweilte.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	20 %	2	1,3	1,4	1,4
	40 %	5	3,3	3,4	4,8
Gültig	60 %	6	4,0	4,1	9,0
	80 %	24	15,9	16,6	25,5
	100 %	108	71,5	74,5	100,0
	Gesamt	145	96,0	100,0	
	888	3	2,0		
Fehlend	999	3	2,0		
	Gesamt	6	4,0		
Gesamt		151	100,0		

(15) wenn ich mir beweisen wollte, dass Alkohol kein Problem für mich darstellt.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0 %	6	4,0	4,1	4,1
20 %	3	2,0	2,1	6,2
40 %	4	2,6	2,7	8,9
Gültig 60 %	6	4,0	4,1	13,0
80 %	17	11,3	11,6	24,7
100 %	110	72,8	75,3	100,0
Gesamt	146	96,7	100,0	
888	3	2,0		
Fehlend 999	2	1,3		
Gesamt	5	3,3		
Gesamt	151	100,0		

(16) wenn ich unerwartet eine Flasche meines Lieblingsgetränkes fände oder zufällig etwas sähe, das mich an Alkohol erinnert.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
20 %	2	1,3	1,4	1,4
40 %	5	3,3	3,4	4,8
Gültig 60 %	7	4,6	4,8	9,5
80 %	23	15,2	15,6	25,2
100 %	110	72,8	74,8	100,0
Gesamt	147	97,4	100,0	
888	3	2,0		
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	4	2,6		
Gesamt	151	100,0		

(17) wenn andere mich anscheinend nicht mögen würden.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
20 %	4	2,6	2,7	2,7
40 %	3	2,0	2,1	4,8
Gültig 60 %	12	7,9	8,2	13,0
80 %	17	11,3	11,6	24,7
100 %	110	72,8	75,3	100,0
Gesamt	146	96,7	100,0	
888	3	2,0		
Fehlend 999	2	1,3		
Gesamt	5	3,3		
Gesamt	151	100,0		

(18) wenn Freunde oder Freundinnen, mit denen ich unterwegs bin, wiederholt vorschlagen würden, dass wir gemeinsam etwas trinken sollten.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
20 %	4	2,6	2,7	2,7
40 %	2	1,3	1,4	4,1
Gültig 60 %	8	5,3	5,5	9,6
80 %	23	15,2	15,8	25,3
100 %	109	72,2	74,7	100,0
Gesamt	146	96,7	100,0	

	888	3	2,0	
Fehlend	999	2	1,3	
	Gesamt	5	3,3	
Gesamt		151	100,0	

(19) wenn ich mich jemandem, den ich mag, noch näher fühlen wollte.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	20 %	3	2,0	2,1
	40 %	3	2,0	4,1
Gültig	60 %	8	5,3	9,6
	80 %	26	17,2	27,4
	100 %	106	70,2	100,0
	Gesamt	146	96,7	100,0
	888	3	2,0	
Fehlend	999	2	1,3	
	Gesamt	5	3,3	
Gesamt		151	100,0	

(20) wenn andere mich unfair behandelten oder meine Pläne störten.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	0 %	1	,7	,7
	20 %	1	,7	1,4
Gültig	40 %	7	4,6	6,2
	60 %	12	7,9	14,4
	80 %	30	19,9	34,9
	100 %	95	62,9	100,0
	Gesamt	146	96,7	100,0
	888	3	2,0	
Fehlend	999	2	1,3	
	Gesamt	5	3,3	
Gesamt		151	100,0	

(21) wenn ich mich einsam fühlte.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	0 %	1	,7	,7
	20 %	5	3,3	4,1
Gültig	40 %	13	8,6	13,0
	60 %	11	7,3	20,5
	80 %	37	24,5	45,9
	100 %	79	52,3	100,0
	Gesamt	146	96,7	100,0
	888	3	2,0	
Fehlend	999	2	1,3	
	Gesamt	5	3,3	
Gesamt		151	100,0	

(22) wenn ich wacher,munterer oder unternehmungslustiger werden wollte.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	20 %	4	2,6	2,8
	40 %	2	1,3	4,1
	60 %	9	6,0	10,3
	80 %	16	10,6	21,4
	100 %	114	75,5	100,0
	Gesamt	145	96,0	100,0
Fehlend	888	3	2,0	
	999	3	2,0	
Gesamt	Gesamt	6	4,0	
Gesamt	151	100,0		

(23) wenn ich vor lauter Freude über etwas ganz außer mir wäre.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 %	1	,7	,7
	20 %	3	2,0	2,7
	40 %	4	2,6	5,5
	60 %	8	5,3	11,0
	80 %	26	17,2	28,8
	100 %	104	68,9	100,0
Gesamt	146	96,7	100,0	
Fehlend	888	3	2,0	
	999	2	1,3	
Gesamt	Gesamt	5	3,3	
Gesamt	151	100,0		

(24) wenn ich mich ängstlich oder angespannt wegen etwas fühlte.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	20 %	4	2,6	2,7
	40 %	5	3,3	6,2
	60 %	18	11,9	18,5
	80 %	35	23,2	42,5
	100 %	84	55,6	100,0
	Gesamt	146	96,7	100,0
Fehlend	888	3	2,0	
	999	2	1,3	
Gesamt	Gesamt	5	3,3	
Gesamt	151	100,0		

(25) wenn ich herausfinden wollte, ob ich gelegentlich etwas Alkohol trinken könnte, ohne erneut in die Abhängigkeit zu rutschen.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 %	5	3,3	3,4
	20 %	5	3,3	6,8
	40 %	5	3,3	10,3
	60 %	8	5,3	15,8
	80 %	23	15,2	31,5
	100 %	100	66,2	100,0
	Gesamt	146	96,7	100,0

	888	3	2,0	
Fehlend	999	2	1,3	
	Gesamt	5	3,3	
Gesamt		151	100,0	

(26) wenn ich beim Rauchen einer Zigarette oder der Einnahme von Medikamenten an das Trinken von Alkohol dächte.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	1	,7	,7	,7
	2	1,3	1,4	2,1
Gültig	2	1,3	1,4	3,4
	14	9,3	9,6	13,0
	127	84,1	87,0	100,0
	146	96,7	100,0	
	3	2,0		
Fehlend	2	1,3		
	5	3,3		
Gesamt	151	100,0		

(27) wenn ich mich zu Hause unter starkem Druck fühlte, den Erwartungen anderer Familienmitglieder nicht entsprechen zu können.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	2	1,3	1,4	1,4
	3	2,0	2,1	3,4
Gültig	6	4,0	4,1	7,5
	13	8,6	8,9	16,4
	26	17,2	17,8	34,2
	96	63,6	65,8	100,0
	146	96,7	100,0	
	3	2,0		
Fehlend	2	1,3		
	5	3,3		
Gesamt	151	100,0		

(28) wenn ich das Gefühl hätte, dass Personen, die in meiner Gegenwart Alkohol trinken, von mir erwarten, dass ich mittrinke.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	4	2,6	2,7	2,7
	1	,7	,7	3,4
Gültig	5	3,3	3,4	6,8
	14	9,3	9,6	16,4
	122	80,8	83,6	100,0
	146	96,7	100,0	
	3	2,0		
Fehlend	2	1,3		
	5	3,3		
Gesamt	151	100,0		

(29) wenn ich in Gesellschaft von Freunden/ Freundinnen mehr Spaß haben wollte.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	20 %	5	3,3	3,4
	40 %	3	2,0	2,1
	60 %	4	2,6	2,8
	80 %	26	17,2	17,9
	100 %	107	70,9	73,8
	Gesamt	145	96,0	100,0
Fehlend	888	3	2,0	
	999	3	2,0	
Gesamt	Gesamt	6	4,0	
Gesamt	151	100,0		

(30) wenn ich mit anderen an meiner Arbeitsstelle oder während meiner Ausbildung nicht gut zurechtkäme.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 %	1	,7	,7
	20 %	3	2,0	2,7
	40 %	4	2,6	2,7
	60 %	9	6,0	6,2
	80 %	20	13,2	13,7
	100 %	109	72,2	74,7
Gesamt	146	96,7	100,0	
Fehlend	888	3	2,0	
	999	2	1,3	
Gesamt	Gesamt	5	3,3	
Gesamt	151	100,0		

(31) wenn ich wegen etwas Schuldgefühle bekäme.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 %	1	,7	,7
	20 %	8	5,3	5,5
	40 %	6	4,0	4,1
	60 %	14	9,3	9,6
	80 %	28	18,5	19,2
	100 %	89	58,9	61,0
Gesamt	146	96,7	100,0	
Fehlend	888	3	2,0	
	999	2	1,3	
Gesamt	Gesamt	5	3,3	
Gesamt	151	100,0		

(32) wenn ich abnehmen wollte.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 %	1	,7	,7
	60 %	2	1,3	1,4
	80 %	9	6,0	6,3
	100 %	131	86,8	91,6
Gesamt	143	94,7	100,0	

	888	3	2,0	
Fehlend	999	5	3,3	
	Gesamt	8	5,3	
Gesamt		151	100,0	

(33) wenn ich mit mir und meinem Leben rundherum zufrieden wäre.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	1	,7	,7	,7
	3	2,0	2,1	2,7
	1	,7	,7	3,4
Gültig	4	2,6	2,7	6,2
	21	13,9	14,4	20,5
	116	76,8	79,5	100,0
	146	96,7	100,0	
	3	2,0		
Fehlend	999	2	1,3	
	Gesamt	5	3,3	
Gesamt	151	100,0		

(34) wenn ich vor etwas, von dem ich mich überwältigt fühlte, entfliehen wollte.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	1	,7	,7	,7
	8	5,3	5,5	6,2
	2	1,3	1,4	7,5
Gültig	19	12,6	13,0	20,5
	38	25,2	26,0	46,6
	78	51,7	53,4	100,0
	146	96,7	100,0	
	3	2,0		
Fehlend	999	2	1,3	
	Gesamt	5	3,3	
Gesamt	151	100,0		

(35) wenn ich ausprobieren wollte, ob ich mit anderen Alkoholkonsumenten zusammen sein kann, ohne selbst zu trinken.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	1	,7	,7	,7
	2	1,3	1,4	2,1
	1	,7	,7	2,7
Gültig	5	3,3	3,4	6,2
	16	10,6	11,0	17,1
	121	80,1	82,9	100,0
	146	96,7	100,0	
	3	2,0		
Fehlend	999	2	1,3	
	Gesamt	5	3,3	
Gesamt	151	100,0		

(36) wenn ich jemanden über seine Trinkzeit reden hörte.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	20 %	2	1,3	1,4
	40 %	1	,7	,7
	60 %	3	2,0	2,1
	80 %	16	10,6	11,0
	100 %	124	82,1	84,9
	Gesamt	146	96,7	100,0
Fehlend	888	3	2,0	
	999	2	1,3	
Gesamt	Gesamt	5	3,3	
Gesamt		151	100,0	

(37) wenn es zu Hause Krach gäbe.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	20 %	6	4,0	4,1
	40 %	9	6,0	6,2
	60 %	12	7,9	8,3
	80 %	35	23,2	24,1
	100 %	83	55,0	57,2
	Gesamt	145	96,0	100,0
Fehlend	888	3	2,0	
	999	3	2,0	
Gesamt	Gesamt	6	4,0	
Gesamt		151	100,0	

(38) wenn ich glaubte, eine Aufforderung zum Mittrinken nicht ablehnen zu können.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 %	1	,7	,7
	20 %	5	3,3	3,4
	40 %	3	2,0	2,1
	60 %	4	2,6	2,7
	80 %	18	11,9	12,3
	100 %	115	76,2	78,8
	Gesamt	146	96,7	100,0
Fehlend	888	3	2,0	
	999	2	1,3	
Gesamt	Gesamt	5	3,3	
Gesamt		151	100,0	

(39) wenn ich mit einem Freund oder einer Freundin feiern wollte.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	20 %	4	2,6	2,8
	40 %	2	1,3	1,4
	60 %	5	3,3	3,4
	80 %	20	13,2	13,8
	100 %	114	75,5	78,6
	Gesamt	145	96,0	100,0
Fehlend	888	2	1,3	
	999	4	2,6	

	Gesamt	6	4,0	
Gesamt		151	100,0	

(40) wenn ich mich unter Druck fühlte, weil jemand mit meiner Leistung am Arbeitsplatz oder während meiner Ausbildung nicht zufrieden ist.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	0 %	1	,7	,7	,7
	20 %	3	2,0	2,1	2,8
	40 %	6	4,0	4,1	6,9
Gültig	60 %	15	9,9	10,3	17,2
	80 %	28	18,5	19,3	36,6
	100 %	92	60,9	63,4	100,0
	Gesamt	145	96,0	100,0	
	888	2	1,3		
Fehlend	999	4	2,6		
	Gesamt	6	4,0		
Gesamt		151	100,0		

(41) wenn ich mich geärgert hätte, wie etwas gelaufen ist.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	0 %	1	,7	,7	,7
	20 %	3	2,0	2,1	2,8
	40 %	5	3,3	3,5	6,3
Gültig	60 %	14	9,3	9,7	16,0
	80 %	26	17,2	18,1	34,0
	100 %	95	62,9	66,0	100,0
	Gesamt	144	95,4	100,0	
	888	2	1,3		
Fehlend	999	5	3,3		
	Gesamt	7	4,6		
Gesamt		151	100,0		

(42) wenn ich unter Kopfweg oder anderen körperlichen Schmerzen leiden würde.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	20 %	1	,7	,7	,7
	40 %	4	2,6	2,8	3,4
	60 %	2	1,3	1,4	4,8
Gültig	80 %	21	13,9	14,5	19,3
	100 %	117	77,5	80,7	100,0
	Gesamt	145	96,0	100,0	
	888	2	1,3		
Fehlend	999	4	2,6		
	Gesamt	6	4,0		
Gesamt		151	100,0		

(43) wenn ich mich an ein positives Ereignis erinnerte.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	20 %	4	2,6	2,8	2,8
Gültig	60 %	4	2,6	2,8	5,5
	80 %	24	15,9	16,6	22,1

	100 %	113	74,8	77,9	100,0
	Gesamt	145	96,0	100,0	
	888	2	1,3		
Fehlend	999	4	2,6		
	Gesamt	6	4,0		
Gesamt		151	100,0		

(44) wenn ich nicht wüsste, was ich machen soll.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	0 %	1	,7	,7	,7
	20 %	3	2,0	2,1	2,8
	40 %	6	4,0	4,1	6,9
Gültig	60 %	13	8,6	9,0	15,9
	80 %	25	16,6	17,2	33,1
	100 %	97	64,2	66,9	100,0
	Gesamt	145	96,0	100,0	
	888	2	1,3		
Fehlend	999	4	2,6		
	Gesamt	6	4,0		
Gesamt		151	100,0		

(45) wenn ich ausprobieren wollte, ob ich mich an Orten, an denen andere Alkohol trinken, aufhalten kann, ohne selbst zu trinken.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	20 %	1	,7	,7	,7
	40 %	3	2,0	2,1	2,8
	60 %	6	4,0	4,1	6,9
Gültig	80 %	19	12,6	13,1	20,0
	100 %	116	76,8	80,0	100,0
	Gesamt	145	96,0	100,0	
	888	2	1,3		
Fehlend	999	4	2,6		
	Gesamt	6	4,0		
Gesamt		151	100,0		

(46) wenn ich mich daran erinnerte, wie gut es täte, etwas Alkohol zu trinken oder beschwipst zu werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	20 %	6	4,0	4,1	4,1
	40 %	4	2,6	2,8	6,9
	60 %	17	11,3	11,7	18,6
Gültig	80 %	31	20,5	21,4	40,0
	100 %	87	57,6	60,0	100,0
	Gesamt	145	96,0	100,0	
	888	2	1,3		
Fehlend	999	4	2,6		
	Gesamt	6	4,0		
Gesamt		151	100,0		

(47) wenn ich Mut bräuchte, um jemandem die Stirn zu bieten.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
20 %	1	,7	,7	,7
40 %	6	4,0	4,1	4,8
60 %	10	6,6	6,9	11,7
80 %	23	15,2	15,9	27,6
100 %	105	69,5	72,4	100,0
Gültig Gesamt	145	96,0	100,0	
888	2	1,3		
Fehlend 999	4	2,6		
Gesamt Gesamt	6	4,0		
Gesamt	151	100,0		

(48) wenn ich in einer Gruppe wäre, in der alle anderen Alkohol trinken.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0 %	1	,7	,7	,7
20 %	2	1,3	1,4	2,1
40 %	3	2,0	2,1	4,1
60 %	12	7,9	8,3	12,4
80 %	14	9,3	9,7	22,1
100 %	113	74,8	77,9	100,0
Gültig Gesamt	145	96,0	100,0	
888	2	1,3		
Fehlend 999	4	2,6		
Gesamt Gesamt	6	4,0		
Gesamt	151	100,0		

(49) wenn ich meinen sexuellen Genuss steigern wollte.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0 %	1	,7	,7	,7
20 %	3	2,0	2,1	2,8
40 %	3	2,0	2,1	4,8
60 %	10	6,6	6,9	11,7
80 %	24	15,9	16,6	28,3
100 %	104	68,9	71,7	100,0
Gültig Gesamt	145	96,0	100,0	
888	2	1,3		
Fehlend 999	4	2,6		
Gesamt Gesamt	6	4,0		
Gesamt	151	100,0		

(50) wenn ich mich der Kontrolle einer anderen Person entziehen wollte.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0 %	1	,7	,7	,7
20 %	4	2,6	2,8	3,4
40 %	5	3,3	3,4	6,9
60 %	7	4,6	4,8	11,7
80 %	14	9,3	9,7	21,4

	100 %	114	75,5	78,6	100,0
	Gesamt	145	96,0	100,0	
	888	2	1,3		
Fehlend	999	4	2,6		
	Gesamt	6	4,0		
Gesamt		151	100,0		

Skala 1: Unangenehme Gefühlszustände

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	24,00	1	,7	,7
	32,00	1	,7	1,4
	34,00	1	,7	2,1
	40,00	2	1,3	3,6
	44,00	1	,7	4,3
	46,00	2	1,3	5,7
	48,00	2	1,3	7,1
	50,00	2	1,3	8,6
	52,00	1	,7	9,3
	54,00	1	,7	10,0
	56,00	3	2,0	12,1
	58,00	1	,7	12,9
	62,00	1	,7	13,6
	64,00	2	1,3	15,0
	66,00	1	,7	15,7
	68,00	4	2,6	18,6
Gültig	70,00	2	1,3	20,0
	72,00	3	2,0	22,1
	74,00	3	2,0	24,3
	76,00	2	1,3	25,7
	78,00	5	3,3	29,3
	80,00	7	4,6	34,3
	82,00	7	4,6	39,3
	84,00	5	3,3	42,9
	86,00	3	2,0	45,0
	88,00	8	5,3	50,7
	90,00	5	3,3	54,3
	92,00	5	3,3	57,9
	94,00	11	7,3	65,7
	96,00	6	4,0	70,0
	98,00	11	7,3	77,9
	100,00	31	20,5	100,0
	Gesamt	140	92,7	100,0
Fehlend	System	11	7,3	
Gesamt		151	100,0	

Skala 2: Körperliche Beschwerden

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	24,00	1	,7	,7
Gültig	48,00	1	,7	1,4
	52,00	2	1,3	2,9

	56,00	1	,7	,7	3,6
	64,00	2	1,3	1,4	5,0
	68,00	2	1,3	1,4	6,4
	72,00	3	2,0	2,1	8,6
	76,00	2	1,3	1,4	10,0
	80,00	4	2,6	2,9	12,9
	84,00	5	3,3	3,6	16,4
	88,00	9	6,0	6,4	22,9
	92,00	9	6,0	6,4	29,3
	96,00	16	10,6	11,4	40,7
	100,00	83	55,0	59,3	100,0
	Gesamt	140	92,7	100,0	
Fehlend	System	11	7,3		
Gesamt		151	100,0		

Skala 3: Angenehme Gefühlszustände

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	20,00	1	,7	,7
	32,00	1	,7	1,4
	44,00	1	,7	2,1
	48,00	3	2,0	4,1
	56,00	1	,7	4,8
	60,00	3	2,0	6,9
	64,00	1	,7	7,6
Gültig	68,00	2	1,3	9,0
	76,00	3	2,0	11,0
	80,00	9	6,0	17,2
	84,00	8	5,3	22,8
	88,00	3	2,0	24,8
	92,00	10	6,6	31,7
	96,00	15	9,9	42,1
	100,00	84	55,6	100,0
	Gesamt	145	96,0	100,0
Fehlend	System	6	4,0	
Gesamt		151	100,0	

Skala 4: Gedanken an kontrolliertes Trinken

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	12,00	2	1,3	1,4
	16,00	1	,7	2,1
	32,00	2	1,3	3,4
	36,00	1	,7	4,1
	44,00	2	1,3	5,5
Gültig	48,00	1	,7	6,2
	56,00	2	1,3	7,6
	60,00	3	2,0	9,7
	64,00	2	1,3	11,0
	68,00	2	1,3	12,4
	72,00	3	2,0	14,5
	76,00	3	2,0	16,6

	80,00	8	5,3	5,5	22,1
	84,00	6	4,0	4,1	26,2
	88,00	6	4,0	4,1	30,3
	92,00	6	4,0	4,1	34,5
	96,00	13	8,6	9,0	43,4
	100,00	82	54,3	56,6	100,0
	Gesamt	145	96,0	100,0	
Fehlend	System	6	4,0		
Gesamt		151	100,0		

Skala 5: Plötzliches Verlangen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	32,00	1	,7	,7
	36,00	1	,7	1,4
	44,00	2	1,3	2,8
	56,00	1	,7	3,4
	60,00	2	1,3	4,8
	64,00	2	1,3	6,2
	68,00	1	,7	6,9
	72,00	5	3,3	10,3
	76,00	3	2,0	12,4
	80,00	4	2,6	15,2
	84,00	10	6,6	22,1
	88,00	5	3,3	25,5
	92,00	12	7,9	33,8
	96,00	22	14,6	49,0
	100,00	74	49,0	100,0
	Gesamt	145	96,0	100,0
Fehlend	System	6	4,0	
Gesamt		151	100,0	

Skala 6: Soziale Konflikte

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	30,00	1	,7	,7
	32,00	1	,7	1,4
	38,00	1	,7	2,1
	44,00	1	,7	2,8
	48,00	1	,7	3,5
	50,00	1	,7	4,2
	52,00	1	,7	4,9
	54,00	1	,7	5,6
	56,00	1	,7	6,3
	58,00	4	2,6	9,1
	60,00	1	,7	9,8
	62,00	3	2,0	11,9
	64,00	3	2,0	14,0
	66,00	1	,7	14,7
	72,00	2	1,3	16,1
	76,00	3	2,0	18,2
	78,00	1	,7	18,9

	80,00	3	2,0	2,1	21,0
	82,00	4	2,6	2,8	23,8
	84,00	2	1,3	1,4	25,2
	86,00	3	2,0	2,1	27,3
	88,00	5	3,3	3,5	30,8
	90,00	11	7,3	7,7	38,5
	92,00	6	4,0	4,2	42,7
	94,00	10	6,6	7,0	49,7
	96,00	9	6,0	6,3	55,9
	98,00	16	10,6	11,2	67,1
	100,00	47	31,1	32,9	100,0
	Gesamt	143	94,7	100,0	
Fehlend	System	8	5,3		
Gesamt		151	100,0		

Skala 7: Soziale Verführung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	16,00	1	,7	,7
	20,00	1	,7	1,4
	28,00	1	,7	2,1
	36,00	1	,7	2,8
	44,00	1	,7	3,4
	52,00	1	,7	4,1
	56,00	1	,7	4,8
	64,00	1	,7	5,5
Gültig	68,00	3	2,0	7,6
	72,00	5	3,3	11,0
	76,00	2	1,3	12,4
	80,00	5	3,3	15,9
	84,00	3	2,0	17,9
	88,00	5	3,3	21,4
	92,00	10	6,6	28,3
	96,00	17	11,3	40,0
	100,00	87	57,6	100,0
	Gesamt	145	96,0	100,0
Fehlend	System	6	4,0	
Gesamt		151	100,0	

Skala 8: Gesellschaft

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	24,00	1	,7	,7
	32,00	2	1,3	2,1
	40,00	2	1,3	3,5
	52,00	1	,7	4,2
Gültig	60,00	1	,7	4,9
	64,00	1	,7	5,6
	68,00	5	3,3	9,0
	72,00	1	,7	9,7
	76,00	4	2,6	12,5
	80,00	9	6,0	18,8

	84,00	11	7,3	7,6	26,4
	88,00	6	4,0	4,2	30,6
	92,00	13	8,6	9,0	39,6
	96,00	17	11,3	11,8	51,4
	100,00	70	46,4	48,6	100,0
	Gesamt	144	95,4	100,0	
Fehlend	System	7	4,6		
Gesamt		151	100,0		

DTCQ-A Gesamt

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	34,25	1	,7	,8
	43,25	1	,7	1,5
	49,25	1	,7	2,3
	52,00	1	,7	3,0
	56,75	2	1,3	4,5
	64,25	1	,7	5,3
	64,75	1	,7	6,1
	65,00	1	,7	6,8
	67,00	1	,7	7,6
	67,50	1	,7	8,3
	70,00	1	,7	9,1
	70,50	1	,7	9,8
	70,75	1	,7	10,6
	71,00	1	,7	11,4
	72,75	1	,7	12,1
	73,75	1	,7	12,9
	75,50	2	1,3	14,4
	76,25	1	,7	15,2
	77,50	1	,7	15,9
Gültig	81,00	1	,7	16,7
	81,75	1	,7	17,4
	82,25	2	1,3	18,9
	83,50	1	,7	19,7
	84,25	1	,7	20,5
	85,00	1	,7	21,2
	85,50	1	,7	22,0
	86,50	1	,7	22,7
	87,00	1	,7	23,5
	87,75	1	,7	24,2
	88,25	2	1,3	25,8
	88,50	1	,7	26,5
	88,75	1	,7	27,3
	89,75	1	,7	28,0
	90,50	1	,7	28,8
	90,75	2	1,3	30,3
	91,00	2	1,3	31,8
	91,25	1	,7	32,6
	92,00	2	1,3	34,1
	92,25	1	,7	34,8

	92,50	1	,7	,8	35,6
	92,75	1	,7	,8	36,4
	93,00	1	,7	,8	37,1
	93,25	1	,7	,8	37,9
	93,50	2	1,3	1,5	39,4
	93,75	2	1,3	1,5	40,9
	94,00	1	,7	,8	41,7
	94,25	2	1,3	1,5	43,2
	94,50	2	1,3	1,5	44,7
	94,75	1	,7	,8	45,5
	95,00	1	,7	,8	46,2
	95,25	5	3,3	3,8	50,0
	95,50	3	2,0	2,3	52,3
	96,50	4	2,6	3,0	55,3
	96,75	1	,7	,8	56,1
	97,00	4	2,6	3,0	59,1
	97,25	2	1,3	1,5	60,6
	97,50	2	1,3	1,5	62,1
	97,75	2	1,3	1,5	63,6
	98,00	2	1,3	1,5	65,2
	98,25	3	2,0	2,3	67,4
	98,50	6	4,0	4,5	72,0
	98,75	3	2,0	2,3	74,2
	99,00	2	1,3	1,5	75,8
	99,25	1	,7	,8	76,5
	99,50	2	1,3	1,5	78,0
	99,75	5	3,3	3,8	81,8
	100,00	24	15,9	18,2	100,0
	Gesamt	132	87,4	100,0	
Fehlend	System	19	12,6		
Gesamt		151	100,0		

Abhängigkeitsschwere (SESA)

	(1) Betrunken werden war wichtiger als meine nächste Mahlzeit	(2) Ich trank so viel, wie ich wollte, egal, was ich am nächsten Tag zu tun hatte	(3) Ich wusste, dass ich unfähig war, mein Trinken zu beenden, wenn ich einmal damit begonnen hatte	(4) Es war schwierig für mich, Gedanken an Alkohol loszuwerden	(5) Ich zitterte morgens stark am ganzen Körper, wenn ich nichts Alkoholisch es zu trinken hatte	(6) Morgens zitterten meine Hände	(7) Ich wachte verschwitz auf	(8) Ich kippte morgens erst einmal so schnell wie möglich etwas Alkoholisch es herunter	(9) Ich trank morgens Alkohol, um das Zittern loszuwerden	(10) Ich brauchte morgens Alkohol, um in Gang zu kommen
N	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Gültig	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Fehlend	2,73	2,52	3,02	3,32	1,80	2,07	2,31	1,94	1,63	1,86
Mittelwert	,113	,110	,103	,089	,133	,131	,117	,133	,134	,134
Standardfehler des Mittelwertes	3,00	3,00	4,00	4,00	1,00	2,00	3,00	2,00	1,00	1,92
Median	4	4	4	4	0	4	3	0	0	0
Modus	1,388	1,343	1,266	1,087	1,626	1,604	1,432	1,629	1,646	1,645
Standardabweichung	1,926	1,803	1,604	1,181	2,643	2,573	2,050	2,655	2,709	2,706
Spannweite	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Summe	409	378	453	498	269	310	347	292	245	279

Abhängigkeitsschwere (SESA)

	(11) Ich hatte einen „Jieper“ auf Alkohol, wenn ich aufwachte	(12) Ich bekam Panik, wenn ich fürchtete, ich könnte nichts zu Trinken haben, wenn ich etwas brauchte	(13) Mein Drang, Alkohol zu trinken war sehr stark	(14) Alkohol zog mich magisch an	(15) Mein Drang zum Alkoholtrinken war stärker als bei den meisten Menschen	(16) Ich hatte den ganzen Abend einen „Jieper“ auf Alkohol	(17) Es war wie ein innerer Trieb, dass ich immer wieder trinken musste	(18) Ich hatte das Gefühl, ohne Alkohol könne ich nicht leben	(19) Ich trank in meiner letzten Trinkphase mehr als früher, um die gleiche Wirkung zu erzielen	(20) Ich vertrug im Laufe der Jahre immer mehr Alkohol
N	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Gültig	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Fehlend	1,81	2,44	3,26	3,18	3,23	2,81	3,30	2,68	,79	,82
Mittelwert	,135	,129	,080	,087	,084	,102	,080	,116	,033	,031
Standardfehler des Mittelwertes	1,80	3,00	4,00	4,00	4,00	3,00	4,00	3,00	1,00	1,00
Median	0	4	4	4	4	4	4	4	1	1
Modus	1,652	1,576	,985	1,062	1,026	1,253	,978	1,427	,405	,385
Standardabweichung	2,729	2,484	,971	1,128	1,052	1,571	,957	2,035	,164	,148
Spannweite	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
Summe	271	367	490	477	484	422	496	402	118	122

Abhängigkeitsschwere (SESA)

	(21) Ich vertrug in meiner letzten Trinkphase mehr Alkohol als fünf Jahre zuvor	(22) Ich vertrug mindestens die dreifache Menge gegenüber der Zeit, als ich begann, Alkohol zu trinken	(23) Ich vertrug mindestens die fünffache Menge gegenüber der Zeit, als ich begann, Alkohol zu trinken	(24) Ich vertrug mindestens die zehnfache Menge gegenüber der Zeit, als ich begann, Alkohol zu trinken	(25) Ich vertrug erst mehr Alkohol als früher und zuletzt weniger	(26) Ich trank in letzter Zeit weniger Alkohol als früher, hatte aber die gleiche Wirkung	(27) Ich brauchte in letzter Zeit immer weniger Alkohol, um ruhig zu werden	(28) Ich trank in letzter Zeit höchstens ein Viertel meiner Viertel meiner früher üblichen Tagesmenge, hatte aber die gleiche Wirkung
N	150	150	150	150	150	150	150	150
Gültig	1	1	1	1	1	1	1	1
Fehlend	,71	,66	,27	,13	,43	,21	,14	,11
Mittelwert	,037	,038	,035	,026	,040	,033	,028	,024
Standardfehler des Mittelwertes	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Median	1	1	0	0	0	0	0	0
Modus	,451	,463	,426	,324	,489	,399	,347	,300
Standardabweichung	,204	,214	,182	,105	,239	,159	,121	,090
Spannweite	1	1	1	1	1	1	1	1
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	1	1	1	1	1	1	1	1
Summe	106	100	40	19	65	31	22	16

Abhängigkeitsschwere (SESA)

	Skala 1: Einengung des Trinkverhalt ens	Skala 2: Körperliche Entzugssym ptome	Skala 3: Vermeidung von Entzugssym ptomen	Skala 4: Psychische Entzugssym ptome (Verlangen)	Skala 5: Toleranzstei gerung	Skala 6: Extreme Toleranzstei gerung	Skala 7: Toleranzsum kehr	SESA Gesamt	SESA Kategorisiert
N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Gültig	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Fehlend	72,38	51,28	45,16	71,01	74,37	19,82	22,36	50,91	2,07
Mittelwert	2,041	2,855	3,169	2,035	2,297	2,699	2,412	1,626	,037
Standardfehler des Mittelwertes	75,65	49,80	41,50	74,79	75,00	,00	1,31	48,83	2,00
Median	100	100	0	100	100	0	0	89	2
Modus	25,002	34,970	38,812	24,920	28,132	33,053	29,546	19,910	,459
Standardabweichung	625,095	1222,919	1506,387	621,028	791,386	1092,522	872,981	396,424	,210
Varianz	100	100	100	100	100	100	100	91	2
Spannweite	0	0	0	0	0	0	0	6	1
Minimum	100	100	100	100	100	100	100	97	3
Maximum	10858	7693	6774	10651	11155	2974	3354	7637	310
Summe									

(1) Betrunkener werden wichtiger als meine nächste Mahlzeit

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	18	11,9	12,0	12,0
1	16	10,6	10,7	22,7
2	13	8,6	8,7	31,3
Gültig 3	4	2,6	2,7	34,0
3	40	26,5	26,7	60,7
4	59	39,1	39,3	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

(2) Ich trank so viel, wie ich wollte, egal, was ich am nächsten Tag zu tun hatte

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	13	8,6	8,7	8,7
1	27	17,9	18,0	26,7
2	28	18,5	18,7	45,3
Gültig 3	3	2,0	2,0	47,3
3	29	19,2	19,3	66,7
4	50	33,1	33,3	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

(3) Ich wusste, dass ich unfähig war, mein Trinken zu beenden, wenn ich einmal damit begonnen hatte

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	9	6,0	6,0	6,0
1	17	11,3	11,3	17,3
Gültig 2	13	8,6	8,7	26,0
3	34	22,5	22,7	48,7
4	77	51,0	51,3	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

(4) Es war schwierig für mich, Gedanken an Alkohol loszuwerden

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	6	4,0	4,0	4,0
1	8	5,3	5,3	9,3
2	12	7,9	8,0	17,3
Gültig 3	28	18,5	18,7	36,0
3	3	2,0	2,0	38,0
4	93	61,6	62,0	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

(5) Ich zitterte morgens stark am ganzen Körper, wenn ich nichts Alkoholisches zu trinken hatte

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	0	51	33,8	34,0
	1	25	16,6	50,7
	2	3	2,0	52,7
Gültig	2	11	7,3	60,0
	3	23	15,2	75,3
	4	37	24,5	100,0
	Gesamt	150	99,3	100,0
Fehlend	999	1	,7	
Gesamt		151	100,0	

(6) Morgens zitterten meine Hände

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	0	41	27,2	27,3
	1	20	13,2	40,7
	2	16	10,6	51,3
Gültig	2	5	3,3	54,7
	3	24	15,9	70,7
	4	44	29,1	100,0
	Gesamt	150	99,3	100,0
Fehlend	999	1	,7	
Gesamt		151	100,0	

(7) Ich wachte verschwitzt auf

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	0	26	17,2	17,3
	1	20	13,2	30,7
	2	21	13,9	44,7
Gültig	2	4	2,6	47,3
	3	40	26,5	74,0
	4	39	25,8	100,0
	Gesamt	150	99,3	100,0
Fehlend	999	1	,7	
Gesamt		151	100,0	

(8) Ich kippte morgens erst einmal so schnell wie möglich etwas Alkoholisches herunter

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	0	45	29,8	30,0
	1	25	16,6	46,7
	2	4	2,6	49,3
Gültig	2	11	7,3	56,7
	3	23	15,2	72,0
	4	42	27,8	100,0
	Gesamt	150	99,3	100,0
Fehlend	999	1	,7	
Gesamt		151	100,0	

(9) Ich trank morgens Alkohol, um das Zittern loszuwerden

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	61	40,4	40,7	40,7
1	20	13,2	13,3	54,0
2	5	3,3	3,3	57,3
Gültig 2	10	6,6	6,7	64,0
3	19	12,6	12,7	76,7
4	35	23,2	23,3	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

(10) Ich brauchte morgens Alkohol, um in Gang zu kommen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	52	34,4	34,7	34,7
1	18	11,9	12,0	46,7
2	5	3,3	3,3	50,0
Gültig 2	12	7,9	8,0	58,0
3	24	15,9	16,0	74,0
4	39	25,8	26,0	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

(11) Ich hatte einen „Jieper“ auf Alkohol, wenn ich aufwachte

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	54	35,8	36,0	36,0
1	20	13,2	13,3	49,3
2	4	2,6	2,7	52,0
Gültig 2	10	6,6	6,7	58,7
3	24	15,9	16,0	74,7
4	38	25,2	25,3	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

(12) Ich bekam Panik, wenn ich fürchtete, ich könnte nichts zu Trinken haben, wenn ich etwas brauchte

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	32	21,2	21,3	21,3
1	15	9,9	10,0	31,3
2	11	7,3	7,3	38,7
Gültig 2	4	2,6	2,7	41,3
3	32	21,2	21,3	62,7
4	56	37,1	37,3	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

(13) Mein Drang, Alkohol zu trinken war sehr stark

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	4	2,6	2,7	2,7
1	4	2,6	2,7	5,3
2	22	14,6	14,7	20,0
Gültig 3	36	23,8	24,0	44,0
3	3	2,0	2,0	46,0
4	81	53,6	54,0	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

(14) Alkohol zog mich magisch an

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	6	4,0	4,0	4,0
1	6	4,0	4,0	8,0
2	19	12,6	12,7	20,7
Gültig 3	40	26,5	26,7	47,3
3	3	2,0	2,0	49,3
4	76	50,3	50,7	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

(15) Mein Drang zum Alkoholtrinken war stärker als bei den meisten Menschen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	5	3,3	3,3	3,3
1	7	4,6	4,7	8,0
2	15	9,9	10,0	18,0
Gültig 3	38	25,2	25,3	43,3
3	9	6,0	6,0	49,3
4	76	50,3	50,7	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

(16) Ich hatte den ganzen Abend einen „Jieper“ auf Alkohol

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	12	7,9	8,0	8,0
1	14	9,3	9,3	17,3
2	19	12,6	12,7	30,0
Gültig 3	4	2,6	2,7	32,7
3	45	29,8	30,0	62,7
4	56	37,1	37,3	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

(17) Es war wie ein innerer Trieb, dass ich immer wieder trinken musste

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	4	2,6	2,7	2,7
1	6	4,0	4,0	6,7
2	14	9,3	9,3	16,0
Gültig 3	38	25,2	25,3	41,3
3	6	4,0	4,0	45,3
4	82	54,3	54,7	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

(18) Ich hatte das Gefühl, ohne Alkohol könne ich nicht leben

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	21	13,9	14,0	14,0
1	14	9,3	9,3	23,3
2	14	9,3	9,3	32,7
Gültig 3	7	4,6	4,7	37,3
3	35	23,2	23,3	60,7
4	59	39,1	39,3	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

(19) Ich trank in meiner letzten Trinkphase mehr als früher, um die gleiche Wirkung zu erzielen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	31	20,5	20,7	20,7
1	3	2,0	2,0	22,7
Gültig 1	116	76,8	77,3	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

(20) Ich vertrug im Laufe der Jahre immer mehr Alkohol

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	27	17,9	18,0	18,0
1	3	2,0	2,0	20,0
Gültig 1	120	79,5	80,0	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

(21) Ich vertrug in meiner letzten Trinkphase mehr Alkohol als fünf Jahre zuvor

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	43	28,5	28,7	28,7
Gültig 1	4	2,6	2,7	31,3
1	103	68,2	68,7	100,0

	Gesamt	150	99,3	100,0
Fehlend	999	1	,7	
Gesamt		151	100,0	

(22) Ich vertrug mindestens die dreifache Menge gegenüber der Zeit, als ich begann, Alkohol zu trinken

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	0	48	31,8	32,0	32,0
Gültig	1	7	4,6	4,7	36,7
	1	95	62,9	63,3	100,0
	Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend	999	1	,7		
Gesamt		151	100,0		

(23) Ich vertrug mindestens die fünffache Menge gegenüber der Zeit, als ich begann, Alkohol zu trinken

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	0	101	66,9	67,3	67,3
Gültig	0	12	7,9	8,0	75,3
	1	37	24,5	24,7	100,0
	Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend	999	1	,7		
Gesamt		151	100,0		

(24) Ich vertrug mindestens die zehnfache Menge gegenüber der Zeit, als ich begann, Alkohol zu trinken

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	0	122	80,8	81,3	81,3
Gültig	0	10	6,6	6,7	88,0
	1	18	11,9	12,0	100,0
	Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend	999	1	,7		
Gesamt		151	100,0		

(25) Ich vertrug erst mehr Alkohol als früher und zuletzt weniger

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	0	82	54,3	54,7	54,7
Gültig	0	5	3,3	3,3	58,0
	1	63	41,7	42,0	100,0
	Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend	999	1	,7		
Gesamt		151	100,0		

(26) Ich trank in letzter Zeit weniger Alkohol als früher, hatte aber die gleiche Wirkung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	0	113	74,8	75,3	75,3
Gültig	0	7	4,6	4,7	80,0
	1	30	19,9	20,0	100,0
	Gesamt	150	99,3	100,0	

Fehlend	999	1	,7	
Gesamt		151	100,0	

(27) Ich brauchte in letzter Zeit immer weniger Alkohol, um ruhig zu werden

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	124	82,1	82,7	82,7
Gültig 0	5	3,3	3,3	86,0
1	21	13,9	14,0	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

(28) Ich trank in letzter Zeit höchstens ein Viertel meiner früher üblichen Tagesmenge, hatte aber die gleiche Wirkung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	127	84,1	84,7	84,7
Gültig 0	8	5,3	5,3	90,0
1	15	9,9	10,0	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

Skala 1: Einengung des Trinkverhaltens

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	1	,7	,7	,7
13	1	,7	,7	1,3
19	2	1,3	1,3	2,7
25	9	6,0	6,0	8,7
31	1	,7	,7	9,3
38	7	4,6	4,7	14,0
39	1	,7	,7	14,7
44	4	2,6	2,7	17,3
46	1	,7	,7	18,0
50	7	4,6	4,7	22,7
Gültig 56	12	7,9	8,0	30,7
58	1	,7	,7	31,3
63	5	3,3	3,3	34,7
69	9	6,0	6,0	40,7
72	1	,7	,7	41,3
75	13	8,6	8,7	50,0
76	1	,7	,7	50,7
81	11	7,3	7,3	58,0
86	1	,7	,7	58,7
88	16	10,6	10,7	69,3
94	14	9,3	9,3	78,7
100	32	21,2	21,3	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

Skala 2: Körperliche Entzugssymptome

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	19	12,6	12,7	12,7
8	8	5,3	5,3	18,0
17	10	6,6	6,7	24,7
17	1	,7	,7	25,3
25	12	7,9	8,0	33,3
27	1	,7	,7	34,0
33	5	3,3	3,3	37,3
42	11	7,3	7,3	44,7
42	1	,7	,7	45,3
50	13	8,6	8,7	54,0
51	3	2,0	2,0	56,0
58	7	4,6	4,7	60,7
66	5	3,3	3,3	64,0
75	14	9,3	9,3	73,3
83	2	1,3	1,3	74,7
91	10	6,6	6,7	81,3
100	28	18,5	18,7	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend	999	1	,7	
Gesamt	151	100,0		

Skala 3: Alkoholkonsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	41	27,2	27,3	27,3
8	6	4,0	4,0	31,3
15	1	,7	,7	32,0
17	5	3,3	3,3	35,3
25	12	7,9	8,0	43,3
32	1	,7	,7	44,0
33	8	5,3	5,3	49,3
42	3	2,0	2,0	51,3
45	3	2,0	2,0	53,3
47	1	,7	,7	54,0
50	8	5,3	5,3	59,3
58	1	,7	,7	60,0
58	4	2,6	2,7	62,7
66	4	2,6	2,7	65,3
75	12	7,9	8,0	73,3
80	1	,7	,7	74,0
83	4	2,6	2,7	76,7
91	3	2,0	2,0	78,7
100	32	21,2	21,3	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend	999	1	,7	
Gesamt	151	100,0		

Skala 4: Psychische Entzugssymptome (Verlangen)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	1	,7	,7	,7
6	1	,7	,7	1,3
9	1	,7	,7	2,0
13	1	,7	,7	2,7
19	1	,7	,7	3,3
22	2	1,3	1,3	4,7
25	1	,7	,7	5,3
26	1	,7	,7	6,0
28	1	,7	,7	6,7
31	2	1,3	1,3	8,0
34	3	2,0	2,0	10,0
38	3	2,0	2,0	12,0
41	5	3,3	3,3	15,3
41	1	,7	,7	16,0
44	3	2,0	2,0	18,0
47	5	3,3	3,3	21,3
50	2	1,3	1,3	22,7
53	4	2,6	2,7	25,3
54	1	,7	,7	26,0
56	2	1,3	1,3	27,3
58	1	,7	,7	28,0
Gültig 59	1	,7	,7	28,7
59	4	2,6	2,7	31,3
63	5	3,3	3,3	34,7
66	8	5,3	5,3	40,0
66	2	1,3	1,3	41,3
69	4	2,6	2,7	44,0
71	3	2,0	2,0	46,0
72	5	3,3	3,3	49,3
75	1	,7	,7	50,0
75	4	2,6	2,7	52,7
78	4	2,6	2,7	55,3
81	5	3,3	3,3	58,7
83	1	,7	,7	59,3
84	1	,7	,7	60,0
84	1	,7	,7	60,7
84	7	4,6	4,7	65,3
88	8	5,3	5,3	70,7
91	1	,7	,7	71,3
94	8	5,3	5,3	76,7
97	10	6,6	6,7	83,3
100	25	16,6	16,7	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

Skala 5: Toleranzsteigerung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	4	2,6	2,7	2,7
25	16	10,6	10,7	13,3
41	1	,7	,7	14,0
50	22	14,6	14,7	28,7
59	1	,7	,7	29,3
Gültig 66	1	,7	,7	30,0
74	3	2,0	2,0	32,0
75	37	24,5	24,7	56,7
91	1	,7	,7	57,3
100	64	42,4	42,7	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

Skala 6: Extreme Toleranzsteigerung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	99	65,6	66,0	66,0
13	2	1,3	1,3	67,3
Gültig 20	10	6,6	6,7	74,0
50	23	15,2	15,3	89,3
100	16	10,6	10,7	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

Skala 7: Toleranzumkehr

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	75	49,7	50,0	50,0
3	1	,7	,7	50,7
11	1	,7	,7	51,3
22	4	2,6	2,7	54,0
25	34	22,5	22,7	76,7
Gültig 33	1	,7	,7	77,3
36	1	,7	,7	78,0
50	15	9,9	10,0	88,0
75	7	4,6	4,7	92,7
78	1	,7	,7	93,3
80	1	,7	,7	94,0
100	9	6,0	6,0	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend 999	1	,7		
Gesamt	151	100,0		

SESA gesamt

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	1	,7	,7	,7
6	1	,7	,7	1,3
17	1	,7	,7	2,0
18	1	,7	,7	2,7
18	1	,7	,7	3,3
21	1	,7	,7	4,0
22	1	,7	,7	4,7
22	1	,7	,7	5,3
23	1	,7	,7	6,0
23	1	,7	,7	6,7
24	1	,7	,7	7,3
25	1	,7	,7	8,0
25	1	,7	,7	8,7
26	1	,7	,7	9,3
27	1	,7	,7	10,7
27	2	1,3	1,3	11,3
27	1	,7	,7	12,0
27	1	,7	,7	12,7
27	1	,7	,7	13,3
28	1	,7	,7	14,0
29	1	,7	,7	14,7
30	1	,7	,7	15,3
30	1	,7	,7	16,0
30	1	,7	,7	16,7
Gültig	1	,7	,7	17,3
30	1	,7	,7	18,0
31	1	,7	,7	18,7
31	1	,7	,7	19,3
31	1	,7	,7	20,0
31	1	,7	,7	20,7
32	1	,7	,7	21,3
32	1	,7	,7	22,0
33	1	,7	,7	22,7
33	1	,7	,7	23,3
34	1	,7	,7	24,0
34	1	,7	,7	24,7
34	1	,7	,7	26,0
35	2	1,3	1,3	26,7
35	1	,7	,7	27,3
35	1	,7	,7	28,0
36	1	,7	,7	28,7
36	1	,7	,7	29,3
36	1	,7	,7	30,0
36	1	,7	,7	30,7
37	1	,7	,7	31,3
37	1	,7	,7	32,0
38	1	,7	,7	32,7
39	1	,7	,7	33,3
39	1	,7	,7	

40	1	,7	,7	34,0
41	1	,7	,7	34,7
41	1	,7	,7	35,3
42	1	,7	,7	36,0
42	1	,7	,7	36,7
42	1	,7	,7	37,3
43	1	,7	,7	38,0
43	1	,7	,7	38,7
44	1	,7	,7	39,3
44	1	,7	,7	40,0
44	1	,7	,7	40,7
44	1	,7	,7	41,3
44	1	,7	,7	42,0
45	1	,7	,7	42,7
45	1	,7	,7	43,3
45	1	,7	,7	44,0
46	1	,7	,7	44,7
46	1	,7	,7	45,3
46	1	,7	,7	46,0
47	1	,7	,7	46,7
47	1	,7	,7	47,3
48	1	,7	,7	48,0
48	1	,7	,7	48,7
48	1	,7	,7	49,3
48	1	,7	,7	50,0
49	1	,7	,7	50,7
50	1	,7	,7	51,3
50	1	,7	,7	52,0
50	1	,7	,7	52,7
51	1	,7	,7	53,3
51	1	,7	,7	54,0
52	1	,7	,7	54,7
52	1	,7	,7	55,3
52	1	,7	,7	56,0
53	1	,7	,7	56,7
53	1	,7	,7	57,3
54	1	,7	,7	58,0
54	1	,7	,7	58,7
55	1	,7	,7	59,3
55	1	,7	,7	60,0
55	1	,7	,7	60,7
55	1	,7	,7	61,3
56	1	,7	,7	62,0
56	1	,7	,7	62,7
56	1	,7	,7	63,3
57	1	,7	,7	64,0
57	1	,7	,7	64,7
57	1	,7	,7	65,3
58	1	,7	,7	66,0
58	1	,7	,7	66,7
58	1	,7	,7	67,3

61	1	,7	,7	68,0
61	1	,7	,7	68,7
61	1	,7	,7	69,3
62	1	,7	,7	70,0
62	1	,7	,7	70,7
62	1	,7	,7	71,3
62	1	,7	,7	72,0
63	1	,7	,7	72,7
63	1	,7	,7	73,3
63	1	,7	,7	74,0
64	1	,7	,7	74,7
64	1	,7	,7	75,3
65	1	,7	,7	76,0
67	1	,7	,7	76,7
68	1	,7	,7	77,3
69	1	,7	,7	78,0
69	1	,7	,7	78,7
70	1	,7	,7	79,3
71	1	,7	,7	80,0
71	1	,7	,7	80,7
71	1	,7	,7	81,3
73	1	,7	,7	82,0
74	1	,7	,7	82,7
74	1	,7	,7	83,3
74	1	,7	,7	84,0
75	1	,7	,7	84,7
75	2	1,3	1,3	86,0
76	1	,7	,7	86,7
77	1	,7	,7	87,3
78	3	2,0	2,0	89,3
80	2	1,3	1,3	90,7
81	1	,7	,7	91,3
81	1	,7	,7	92,0
82	1	,7	,7	92,7
82	1	,7	,7	93,3
84	1	,7	,7	94,0
86	1	,7	,7	94,7
86	1	,7	,7	95,3
87	1	,7	,7	96,0
89	4	2,6	2,7	98,7
94	1	,7	,7	99,3
97	1	,7	,7	100,0
Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend	999	1		
Gesamt	151	100,0		

SESA kategorisiert

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	leichte Abhängigkeit	11	7,3	7,3	7,3
	mittelgradige Abhängigkeit	118	78,1	78,7	86,0
	schwere Abhängigkeit	21	13,9	14,0	100,0
	Gesamt	150	99,3	100,0	
Fehlend	999	1	,7		
Gesamt		151	100,0		