

Zur konsistenztheoretischen Differenzierung von Alkoholabhängigen

Die konkurrente und prognostische Validierung einer
klinischen Typologie unter Berücksichtigung
des Therapieoutcomes

Inauguraldissertation zur Erlangung
des akademischen Grades Doctor rerum naturalium (Dr. rer. nat.)
Vorgelegt von Dipl.–Psych. Michael Böske

Datum der Einreichung: 30. Oktober 2014

Datum der Disputation: 5. Februar 2015

Betreuung durch Prof. Dr. Günter Krampen und Prof. Dr. Wilma Funke

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Böske, Michael:

Zur konsistenztheoretischen Differenzierung von Alkoholabhängigen

Die konkurrenente und prognostische Validierung einer klinischen Typologie unter Berücksichtigung des Therapieoutcomes

ISBN 978-3-86376-146-2

Zugl.: Universität Trier, Diss., 2015

Alle Rechte vorbehalten

1. Auflage 2015

© Optimus Verlag, Göttingen

© Coverfoto: Michael Böske

URL: www.optimus-verlag.de

Printed in Germany

Papier ist FSC zertifiziert (holzfrei, chlorfrei und säurefrei,
sowie alterungsbeständig nach ANSI 3948 und ISO 9706)

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes in Deutschland ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Gewidmet meiner lieben Großmutter Lucia Böske, geb. Müller

DANKSAGUNG

Neugier, die Liebe zur Psychologie und stetige Eigenmotivierung waren zwar notwendige, aber keine hinreichenden Bedingungen für das Zustandekommen der vorliegenden Arbeit. Einen wesentlichen Anteil an ihr haben die Menschen, die mich auf ganz unterschiedliche Weise mit ihrem Rückhalt, ihrem Interesse und ihren Anregungen unterstützt haben.

Zunächst gilt mein besonderer Dank Prof. Dr. Günter Krampen, der mir die Möglichkeit gab, meine Promotion unter seiner Leitung durchzuführen, und Frau Prof. Dr. Wilma Funke, die mich in meinem – anfangs noch etwas diffusen – Forschungsinteresse bestärkte und mich dazu animierte, aus einer ersten Idee diese Doktorarbeit zu formen.

Gedankt sei an dieser Stelle auch Prof. Dr. Reinhold Scheller dafür, dass er mich bereits im Psychologiestudium für das Thema der Alkoholabhängigkeit sensibilisierte.

Meinen ehemaligen Kollegen Dieter Garbe und Sonja Beck bin ich dankbar, dass sie mich bei der Datenerhebung und -aufbereitung maßgeblich unterstützt haben.

Meinen Fachkollegen Dr. Holger Munz und Dr. Wolfgang Roth danke ich herzlich für unsere gemeinsamen und inspirierenden Gespräche.

Weiterhin bedanke ich mich bei meinen Eltern, die immer an mich geglaubt und mich verlässlich in meinem psychologisch-psychotherapeutischen Werden begleitet haben.

Ich danke meinem lieben Marco, der in all den Jahren dieses Langzeitprojektes immer auf meinen „ausgewogenen Lebensstil“ geachtet und mir geduldig den Rücken freigehalten hat, sodass ich meine Arbeit voran bringen konnte.

Schließlich möchte ich mich bei meinen Patienten bedanken, die mich an ihren Erfahrungen teilhaben ließen und das manchmal Abstrakte dieser Arbeit für mich „lebendig“ werden ließen.

INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	VII
TABELLENVERZEICHNIS	IX
ZUSAMMENFASSUNG	1
1 EINLEITUNG	3
2 GRUNDLAGEN UND MODELLE DER ALKOHOLISMUSFORSCHUNG	7
2.1 Psychodiagnostik des Alkoholismus.....	7
2.1.1 Alkoholabhängigkeit in DSM und ICD	9
2.1.2 Syndromale und funktionale Klassifikationsstrategien	13
2.1.3 Standardisierte und psychometrische Verfahren	14
2.2 Mehrdimensionale Diagnostik mit dem TAI	15
2.3 Der Indikationsbegriff in der Alkoholismusbehandlung	22
2.4 Ätiologiemodelle des AAS – Entstehung, Aufrechterhaltung, Rückfall.....	24
2.4.1 Klinisch-psychiatrische Modelle	24
2.4.2 Neurobiologische Modelle.....	26
2.4.3 Soziale Modelle.....	27
2.4.4 Veränderungsbereitschaft.....	28
2.5 Sucht und Rückfall im Kontext allgemeiner und klinischer Merkmale	29
2.5.1 Geschlecht und Alter.....	30
2.5.2 Ungünstige Lebensbedingungen.....	31
2.5.3 Psychopathologie, Emotionsregulation und Trinkmotive	33
3 TYPOLOGISCHE KONZEPTE IN DER ALKOHOLISMUSFORSCHUNG	37
3.1 Eine Typologie der Typen	38
3.2 Alkoholikertypologien: Vom Global- zum Spezialmodell – von der Intuitions- zur Empiriebasierung	40

3.2.1	Eine Chronologie von Alkoholikertypologien.....	41
3.2.2	Methodische Standards	45
3.2.3	Statistik der Typenfindung – Clusteranalysen	46
3.2.4	Moderne Alkoholismustypologien.....	49
3.2.5	TAI – Typologien.....	49
3.2.5.1	Funke (1990a).....	49
3.2.5.2	Klein (1992).....	57
3.2.5.3	Hoffmann, Weithmann und Rothenbacher (1997)	58
3.2.5.4	Schwoon und Saake (1997)	59
3.2.5.5	Böske (2006).....	60
3.2.5.6	Dunkel (2009).....	67
3.2.5.7	TAI-Typologien: Ein Fazit	69
3.2.6	Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK)	70
4	BEDÜRFNIS- UND KONSISTENZTHEORIEN.....	71
4.1	Grawes Konsistenzmodell:	
	Bedürfnisbefriedigung und psychische Gesundheit	72
4.1.1	Die CEST als Vorläufermodell der Konsistenztheorie.....	74
4.1.2	Konsistenzregulation als Grundprinzip des psychischen Funktionierens.....	75
4.1.3	Annäherungs- und Vermeidungssystem	76
4.1.4	Zwei Formen der Inkonsistenz: Inkongruenz und Diskordanz.....	79
4.1.5	Psychische Grundbedürfnisse bei Alkoholabhängigen.....	80
4.1.5.1	Alkohol als Bindungssurrogat	81
4.1.5.2	Orientierungs- und Kontrollbedürfnis	84
4.1.5.3	Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz	88
4.1.5.4	Das Lustbedürfnis: Wenn das Belohnungszentrum Amok läuft.....	91
4.1.6	Inkongruenz und die Genese von Abhängigkeitserkrankungen	95
4.2	Verwandte Bedürfnistaxonomien	97
4.2.1	Amerikanische Einflüsse.....	97

4.2.2 Der Inkongruenzbegriff in der humanistischen Psychologie.....	99
4.3 Inkongruenzdiagnostik.....	101
4.4 Empirische Fundierung der Konsistenztheorie.....	103
4.5 Inkongruenz bei Substanzabhängigen.....	106
4.5.1 Inkongruenzquellen.....	107
4.5.2 Eine erste Inkongruenzanalyse von Substanzabhängigen	109
5 HYPOTHESEN UND FRAGESTELLUNGEN.....	111
5.1 Entwicklung eines TAI-Klassifikationsalgorithmus.....	111
5.2 Externe Typendifferenzierung	112
5.3 Prognostische Validierung und Therapieoutcome	115
6 METHODEN	117
6.1 Untersuchungsstrategie	117
6.2 Diagnostische Strategie.....	119
6.3 Statistische Verfahren	122
6.3.1 Diskriminanzanalyse.....	122
6.3.2 Der Ähnlichkeitsindex – eine alternative Algorithmusfindung.....	126
6.3.3 Univariate und Multivariate (Ko)Varianzanalysen.....	127
6.3.4 Häufigkeitsvergleiche mit Kreuztabellen und dem χ^2 -Test	131
6.3.5 Vorhersagemodelle mit der logistischen Regression.....	132
6.4 Datengewinnung, Stichprobenselektion und Klassifizierung.....	140
6.5 Variablenselektion	143
6.5.1 Trierer Alkoholismusinventar.....	143
6.5.2 Inkongruenzfragebogen	144
6.5.3 Symptom-Checkliste.....	145
6.5.4 Basisdokumentation.....	147
6.5.5 Katamnese	148
6.6 Stichprobenmerkmale	149
7 ERGEBNISSE	151
7.1 Erfüllung der Voraussetzungen für DA, MANOVA und AN(C)OVA	151

7.2	Ergebnisse der methodischen Validierung – Entscheidung für einen Zuweisungsalgorithmus	154
7.3	Diskriminatorische Bedeutung der Merkmalsvariablen	155
7.4	Die Ergebnisse der Klassifizierung.....	156
7.4.1	Der Umfassend gestörte Funktionstyp (UGT).....	160
7.4.2	Der Soziale Gewohnheitstyp (SGT)	162
7.4.3	Der Immunisierende Typ (IT).....	163
7.4.4	Der Umschriebene Typ (UT)	165
7.4.5	Der Zurückgezogene Modaltyp (ZMT)	166
7.5	Typenübergreifende Ergebnisse.....	167
7.5.1	Dominanz und Rangfolgenkonstanz von Inkongruenz und Psychopathologie	167
7.5.2	Alter, Komorbidität, Inkongruenzquellen und Geschlecht.....	168
7.5.3	Alkohol- und Mehrfachabhängige	169
7.5.4	Katamnestiche Abstinenz und Zufriedenheit	170
7.6	Kontrolle der psychischen Symptombelastung.....	172
7.7	Paarweise Einzelvergleiche der TAI-Typen.....	173
7.8	Vorhersagemodelle des Therapieoutcomes	174
7.8.1	Erfüllung der Anwendungsvoraussetzungen	176
7.8.2	Modell A – Vorhersage der Abstinenz im Behandlungsverlauf.....	176
7.8.3	Modell B – Vorhersage einer regulären Entlassung	178
7.8.4	Modell C – Die Entlassprognose	180
7.8.5	Modell D – Vorhersage der Einjahresabstinenz	182
7.8.6	Hypothesenbezug, Anwendung und Nützlichkeit der Modelle	184
7.9	Antworter und Nicht-Antworter	187
8	DISKUSSION	189
8.1	Zur Validität des Klassifikationsalgorithmus	189
8.2	Typenbezogene und -übergreifende Ergebnisinterpretation.....	190
8.3	Bewertung der Outcome-Modelle.....	197
8.4	Das Fluktuationsproblem und die Regression zur Mitte	201

8.5 Methodenkritik.....	204
8.6 Glaubwürdigkeit von Selbstauskünften.....	208
8.7 Repräsentativität und Generalisierbarkeit.....	209
8.8 Fazit, Einordnung in den Forschungskontext und Ausblick.....	210
LITERATURVERZEICHNIS.....	215
ANHANG.....	237
Anhang A: Bildmaterial.....	237
Anhang B: TAI-Syntaxen und Diskriminanzfunktionskoeffizienten.....	237
Anhang C: Skalen-Interkorrelationen und Testvoraussetzungen.....	242
Anhang D: Skalen-Profile der TAI-Typen.....	247
Anhang E: Konstituierende und externe Merkmale der TAI-Typen.....	250
Anhang F: Post-Hoc Typen-Vergleiche.....	258
Anhang G: Multivariater Konsummustervergleich.....	261
Anhang H: Kontrolle der psychischen Symptombelastung.....	263
Anhang I: Konkurrenzmodelle zur Outcomeprognose.....	263
Anhang J: Berechnungsbeispiele für die Modelle A, C und D.....	266
Anhang K: Antwortter / Nicht-Antworter-Vergleiche.....	268

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: TAI-Mittelwertprofile der KS und VS1.	64
Abbildung 2: Die Konsistenztheorie nach Grawe.....	75
Abbildung 3: Inkongruenzquellen und ihre funktionelle Stellung im psychischen Geschehen.....	107
Abbildung 4: Ablaufschema der Datengewinnung.	142
Abbildung 5: Inkongruenzerleben / T-Wert-Profile der TAI-Typen über die INK-Skalen.....	158
Abbildung 6: Mittlere Stanine-Profile der TAI-Typen über die TAI-Skalen.....	159
Abbildung 7: Mittlere T-Wert-Profile der TAI-Typen über die SCL-Skalen.	159
Abbildung 8: Konsummusterabhängige Belastungsscores.	171
Abbildung 9: Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen bei Abstinenter und Rückfälligen.....	171

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Auswahl gängiger alkoholismusspezifischer Fragebögen.....	19
Tabelle 2: Auswahl moderner Alkoholismustypologien.....	52
Tabelle 3: Verwandte Alkoholiker-Typologien verschiedener Forschungsgruppen.....	69
Tabelle 4: Metaanalytische Zusammenhänge konsistenztheoretischer Konstrukte.....	105
Tabelle 5: Richtige und falsche Klassifikationen bei einer Fünfgruppen-TAI-Typologie.....	121
Tabelle 6: Skalen des TAI.....	143
Tabelle 7: Skalen des INK.....	145
Tabelle 8: Skalen der SCL-90-R.....	146
Tabellen 9: Die Merkmale der Bado.....	147
Tabelle 10: Die Katamnese-Merkmale.....	149
Tabelle 11: Trefferquoten in der VS2 durch Anwendung der TAI-Algorithmen.....	155
Tabelle 12: Rangreihung der TAI-Skalen nach ihrer diskriminatorischen Bedeutung.....	155
Tabelle 13: Modell A - Abstinenz im Behandlungsverlauf.....	178
Tabelle 14: Modell B - Entlassform.....	179
Tabelle 15: Modell C - Entlassprognose.....	181
Tabelle 16: Modell D - Einjahresabstinenz.....	183
Tabelle 17: Anwendungsbeispiele.....	186

ZUSAMMENFASSUNG

Die Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit ist mit besonderen Anforderungen verbunden und in ihrem Gelingen vor allem an zwei Bedingungen geknüpft: Der Therapeut muss die Heterogenität dieser Störung erfassen und den Einzelfall dort einordnen. Zudem sollte er die individuelle Funktionalität des Alkohols verstehen und in der Beziehungsgestaltung sowie der inhaltlichen Behandlungsplanung berücksichtigen. Damit werden zwei Forschungsstränge in der klinischen Psychologie angesprochen: In der typologischen Alkoholismusforschung wird nach Merkmalen gesucht, mit denen sich relevante, stabile und valide Typologien von Alkoholabhängigen bilden lassen. Die Konsistenztheorie von Klaus Grawe wiederum sieht in der Konsistenz bzgl. der Grundbedürfnisse nach Bindung, Kontrolle, Selbstwert und Lust die Grundvoraussetzung für das psychische Funktionieren, während Inkonsistenz durch Bedürfnisverletzungen psychische Störungen begünstigt. Die vorliegende Untersuchung führte die bislang unverbundenen Ansätze der Typologie- und Konsistenzforschung zusammen. Dazu entwickelte sie zunächst an zwei Vorläuferstichproben von stationär behandelten Alkoholabhängigen auf der Basis des Trierer Alkoholismusinventars, das der multidimensionalen Erfassung von Abhängigkeitsmerkmalen dient, einen Algorithmus zur Zuweisung typenunbekannter Fälle zum „Umfassend gestörten Funktionstyp“ (UGT), „Sozialen Gewohnheitstyp“ (SGT), „Immunisierenden Typ“ (IT), „Umschriebenen Typ“ (UT) oder „Zurückgezogenen Modaltyp“ (ZMT). Dann erfolgte die explorativ angelegte Differenzierung dieser Typen mit externen Merkmalen, wobei das besondere Interesse der psychischen Symptombelastung und dem konsistenztheoretisch begründeten Inkongruenzerleben galt. Als Verfahren wurden die Symptomcheckliste und der Inkongruenzfragebogen eingesetzt. Hier fanden sich deutliche, globale und die konkurrente Validität der TAI-Typologie untermauernde Profilunterschiede der Typen, wobei der UGT psychopathologisch und inkongruenzmäßig am stärksten und der IT am geringsten belastet war. Typenübergreifend dominierten Inkongruenzerfahrungen bei Anerkennung, Intimität, Versagen und Alleinsein, während die psychische Belastung durch Zwanghaftigkeit und Depressivität bestimmt war. Die TAI-Typologie wurde schließlich im Kontext allgemeiner, klinischer und Inkongruenzmerkmale in Bezug auf das Therapieoutcome prognostisch validiert, was aber nur teilweise gelang. Während sich Arbeits- und Partnerlosigkeit als stabile Prädiktoren des Outcomes erwiesen, spielten die fluktuierenden klinischen Merkmale hier eine nachgeordnete, widersprüchliche oder keine Rolle. Das Ergebnis einer guten konkurrenten bei einer reduzierten prognostischen Validierung von Typologien ist zwar kein Einzelbefund, wäre jedoch an größeren unabhängigen Stichproben zu replizieren.

There's been one weakness in my life, and I'll tell you what it is. It's drink. It's a curse, and I know it. I can't stop myself. One day it'll be the end of me, and a good job too. There's days go by and I don't touch more than a drop. And then I'll feel the thirst come on me and I'll soak. Soak for hours. It's power, and glory, and women, and the Kingdom of God, all rolled into one. I feel a king then. I feel I've got the strings of the world between my two fingers. It's heaven and hell. I talk then, talk until every damned thing I've ever done is spilt to the four winds. I shut myself in my room and shout my secrets in my pillow. (*du Maurier, 1935/2008, S. 23-24*)

1 EINLEITUNG

Joss Merlyn, der finstere, manische, offensichtlich alkoholranke Hausherr des „Jamaica Inn“ und Hauptfigur im gleichnamigen Roman von Daphne du Maurier (2008), gewährt mit den oben stehenden Worten Einblick in sein Seelenleben. In diesem Zitat klingen die Merkmale einer fortgeschrittenen Alkoholabhängigkeit an: Wesensveränderung, Kontrollverlust, Selbstbetrug, Alkoholverlangen und psychisches Leid. Auch wenn diese Charakterisierung eine literarische Zuspitzung ist, zeigt der Blick in die Daten der aktuellen Suchtstatistik, wie brisant das Phänomen Alkoholismus immer noch ist. Das irgendwie gespaltene Wesen des Alkohols, einmal als rituell-kulturelles Konsumgut, einmal als toxisch-berauschendes Suchtmittel, findet bei Babor et al. (2005) seine treffende Pointierung als „zweigesichtiges Molekül“ (S. 33). Als Suchtmittel richtet Alkohol dort, wo er seine Funktion als Genussmittel verloren hat, erhebliche volkswirtschaftliche, soziale, gesundheitliche und psychische Schäden an. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) veröffentlichte im April 2014 für Deutschland folgende Fakten auf ihrer Website:

- 2012 lag der Pro-Kopf-Verbrauch reinen Alkohols bei 9.5 l, 2000 waren es noch 10.5 l.
- Zwischen 2009 und 2012 reduzierte sich der Pro-Kopf-Anteil von Bier am Gesamtkonsum von 54.3% auf 53.1% und erhöhte sich bei Wein von 22.8% auf 23.5%.
- Die Einnahmen aus alkoholbezogenen Steuern reduzierten sich zwischen 2000 und 2012 von 3.507 Mrd. € auf 3.284 Mrd. €.
- Die Werbeausgaben für alkoholhaltige Getränke betrug 2000 noch 597 Mio. €, 2012 nach einem vorübergehenden Absinken in den Zwischenjahren wieder 562 Mio. €.
- Nach einer Hochrechnung in 2011 missbrauchten i.S. des DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen; Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) 3.1% der 18- bis 64-Jährigen Alkohol, während 3.4% alkoholabhängig waren; Männer waren zwei- bis dreimal häufiger betroffen als Frauen.
- 2008 zeigten 21.1% der Gesamtbevölkerung ein riskantes Alkoholkonsummuster, davon 32.4% der Männer und 8.9% der Frauen.
- 2002 wurden 74.000 Todesfälle alleine durch Alkohol oder in Verbindung mit Tabak verursacht.

- Die Zahl der wegen einer psychischen Störung durch Alkohol oder der toxischen Alkoholwirkung stationär behandelten Kinder und Jugendlichen im Alter von 10 bis 20 lag 2000 noch bei ca. 9.500, 2012 bei 26.673.
- Nach einer gesundheitsökonomischen Schätzung für 2007 beliefen sich die durch den Alkoholkonsum verursachten direkten und indirekten volkswirtschaftlichen Kosten für Deutschland auf 26.7 Mrd. €.

Nach einer großangelegten epidemiologischen Studie (Wittchen et al., 2011) ist Alkoholabhängigkeit europaweit die fünft-häufigste psychische Erkrankung. In Bezug auf Schädlichkeit und Gesamtkrankheitsbelastung, operationalisiert durch die wegen Krankheit, Beeinträchtigung oder vorzeitigen Todes verlorenen Lebensjahre, steht sie bei Männern sogar an erster und insgesamt an dritter Stelle. Die multiple Verursachung der Folgeerkrankungen und sozialen Probleme erschwert allerdings die Bestimmung des auf Alkohol zurückführbaren Anteils. Aus medizinischer Sicht hat die Art des alkoholischen Getränks kaum Einfluss auf die gesundheitlichen Langzeitfolgen, entscheidend ist allein die Gesamtmenge des konsumierten Reinalkohols (Babor et al., 2005). Einer differenzierten Analyse bedarf es nach den Autoren jedoch bei der Betrachtung von Konsumfrequenz und -menge pro Gelegenheit: Zwei gleiche Konsummengen können zu sehr unterschiedlichen Gesundheitsfolgen führen, wenn sie aus unterschiedlichen Konstellationen von Menge und Häufigkeit resultieren.

In Niedrigkonsumländern ist der Alkoholkonsum mengenmäßig stärker in einem kleineren Populationssegment konzentriert als in Hochkonsumländern: In Norwegen trinken 10% der „Spitzenkonsumenten“ schon 50% der Gesamtalkoholmenge, in Frankreich nur 30% (Babor et al., 2005). Dieser Unterschied zeigt den Erfolg einer strikten Alkoholpolitik, die z.B. in Australien besonders harte Strafen (s. Abbildung Anhang A) für den Transport größerer Mengen Alkohols in Gebiete der Aborigines vorsieht, die in Bezug auf Alkoholismus als Risikopopulation gelten. Wittchen et al. (2011) attestieren Deutschland eine vergleichsweise liberale Einstellung zum Alkoholkonsum, die sich in geringen Einschränkungen von Trinkzeiten und -situationen, einer hohen Verfügbarkeit von Alkoholika, einer großen Gaststättendichte, einer geringen staatlichen Kontrolle, einer niedrigen Besteuerung des Alkohols sowie einer unzureichenden Präventionsarbeit niederschlägt. Gleichzeitig existiert in Deutschland ein differenziertes Suchthilfesystem mit niedrigschwelligen Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Entgiftungs- und Entwöhnungstherapien in psychiatrischen, Akut- und Reha-kliniken bis hin zu Adaptionshäusern, betreuten Wohngruppen und ambulanter Psychotherapie.

Grawe, Donati und Bernauer (1994) bestätigten in ihrem Werk „Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession“ die Wirksamkeit von Psychotherapie – besonders der kognitiven Verhaltenstherapie – im Allgemeinen. Süß (1995) und Bi-

schof (2010) zeigten dies für den Indikationsbereich Alkoholismus im Besonderen. Vogelgesang (2011) belegte den großen Erfolg von Entwöhnungstherapien und die Wirksamkeit der therapeutischen Beziehung mit einem individualisierten therapeutischen anstelle eines technokratischen und standardisierten Vorgehens. Eine pharmakologische Rückfallprävention z.B. mit Acamprosat oder Naltrexon wirkt jedoch nur im Rahmen einer Kombinationsbehandlung.

Baltensperger und Grawe (2001) zeigten in einer Metaanalyse, dass eine indizierte Psychotherapie gegenüber den routinemäßig eingesetzten medizinischen Behandlungen nicht nur wirksamer sondern auch kostengünstiger ist. Erfolgreiche Psychotherapiepatienten nehmen seltener ambulante und stationäre medizinische Leistungen in Anspruch. Psychotherapeutische Interventionen können auch bei Alkoholismus die volks- und privatwirtschaftlichen Kosten durch medizinische Leistungen, Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung, Lohn- und Steuerausfälle, Arbeits- oder Verkehrsunfälle und Sachschäden erheblich senken. Zunächst aber gebieten es aber ethische Aspekte der Lebensqualität, Autonomie und Würde von Betroffenen, langwierige Fehlbehandlungen durch indizierte Psychotherapie zu ersetzen. Nach Baltensperger und Grawe (2001) steht dem eine bis heute eklatante Unter- und Fehlversorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie gegenüber, die seitens der Gesundheitspolitik und der Kostenträger damit begründet wird, dass sich unsere Gesellschaft nicht mehr Psychotherapie leisten kann. Dieses Argument ist den Autoren gemäß aus den o.g. Gründen nicht haltbar. Immerhin erweiterte der Gemeinsame Bundesausschuss (Schmacke, 2011) kürzlich die Psychotherapierichtlinien dahingehend, dass Psychotherapie auch dann zur Anwendung kommen darf, wenn bei Suchtmittelabhängigkeit eine Abstinenz innerhalb von zehn Behandlungsstunden erreichbar und attestierbar ist.

2004 werden stationäre Krankenhausleistungen im somatischen Bereich auf der gesetzlichen Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nach einem leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystem, dem in Australien entwickelten *DRG-System*, abgerechnet. Dieses System ist eine Fallklassifikation, die medizinisch und im Behandlungsaufwand ähnliche Fälle zu Fallgruppen, den „*Diagnosis Related Groups*“, zusammenfasst. Diese beschreiben die typischen Leistungspakete eines Krankenhauses (z.B. „chronischer Rückenschmerz“), die nach Schweregrad mit bestimmten Fallpauschalen vergütet werden. Dabei wird der individuelle Behandlungsfall einer DRG-Fallpauschale auf der Basis der nach ICD-10 und OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) kodierten Diagnosen und Prozeduren zugeordnet. Die Fallpauschalen lösten die tagesgleichen und fallunabhängigen Pflegesätze ab, die bis dahin zu sehr hohen Verweildauern geführt hatten (DIMDI, 2013). Anlässlich dieser Entwicklungen im Akutbereich widmet sich derzeit eine Berliner Forschergruppe der Charité um Spyra der Konstruktion und Validierung eines Patientenklassifikationssystems für die medizinische Rehabilitation u.a. bei Abhängigkeitserkrankungen. Die sog.

„Rehabilitanden-Management-Kategorien“ (RMK) sind inhaltlich am „Behandlungsbedarf“ und nicht formal an den Kosten ausgerichtet. Neben dem Anliegen, therapeutische Prozesse stärker bedarfsgerecht zu steuern, verfolgen sie das Ziel, diese Prozesse kostenmäßig zu optimieren (Spyra, Köhn, Ammelburg, Schmidt, Missel & Lindemeyer, 2011). Die Autoren verweisen auf die enorme sozialpolitische und volkswirtschaftliche Bedeutung von Suchterkrankungen, aber auch die Kosten der jährlich ca. 29.000 stationären Alkoholentwöhnungsbehandlungen zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung. Die effektive Nutzung der differenzierten Behandlungsangebote im Suchtbereich wird angesichts „knapper Kassen“ durch eine stetige Verkürzung der Behandlungsdauer erschwert (Huck-Langer, Maier-Riehle & Schliehe, 2001; Spyra et al., 2011). Die Autoren leiten daraus die zentrale Herausforderung ab, den Patienten bei begrenzten finanziellen Mitteln eine hochwertige und bedarfsgerechte Rehabilitation zu gewährleisten. Die vorliegende Arbeit möchte den im RMK-Konzept angelegten Trend zur Fallklassifikation im Alkoholismusbereich aufgreifen und mit der konsistenztheoretischen Betrachtung psychischer Prozesse und Störungen nach Grawe verknüpfen, die die moderne Psychotherapie nachhaltig beeinflusst hat.

Nach einem theoretischen Überblick über die klassifikatorische und psychometrische Diagnostik sowie die einschlägigen Ätiologiemodelle der Alkoholabhängigkeit werden aktuelle Befunde zu soziodemographischen und störungsbezogenen Kofaktoren vorgestellt. Dem schließt sich ein Abschnitt über Ziel und Methodik der Typenfindung in der Alkoholismusforschung an, wobei der Schwerpunkt auf den verschiedenen auf dem Trierer Alkoholismusinventar (TAI; Funke, Funke, Klein & Scheller, 1987) basierenden Typologien liegt. Es folgt die Erläuterung der Grawe'schen Konsistenztheorie als einer einflussreichen psychotherapeutischen Metatheorie im Kontext ihrer Vorläufer und verwandten Konzepte. Aus den vorgestellten Befunden werden Hypothesen und Fragestellungen für die vorliegende Untersuchung abgeleitet. Sie haben die Bildung eines typologischen Algorithmus zum Gegenstand und heben auf die konsistenztheoretische Validierung einer bestehenden TAI-Typologie sowie die Entwicklung von Vorhersagemodellen des Therapieoutcomes ab. Der Methodenabschnitt legt die zur Beantwortung dieser Fragen erforderlichen Untersuchungs- und statistischen Methoden dar, während die statistischen Ergebnisse unter Hypothesenbezug im Ergebnisteil dargestellt werden. Die Diskussion interpretiert die Ergebnisse, stellt sie in den aktuellen Forschungskontext und setzt sich kritisch mit inhaltlichen und methodischen Grenzen dieser Arbeit sowie ihren Implikationen für weitere Untersuchungen auseinander.