

Aus dem Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Abteilung VI B, Zentrum für
Psychiatrie und Psychotraumatologie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Assoziation von Wertorientierungen mit der Schwere
einer Alkoholabhängigkeit
bei Soldaten in Qualifizierter Entzugsbehandlung**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Ralf Heinz Jaekel

aus Gomadingen

Datum der Promotion: 22. September 2017

Inhaltsverzeichnis

Abstrakt

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Einführung..... | 6 |
| | 1.1 Hintergrund..... | 6 |
| | 1.2 Prädiktoren einer Suchtproblematik..... | 7 |
| 2 | Werte, Wertorientierung, Wertwandel..... | 9 |
| | 2.1 Werte und Wertorientierung..... | 9 |
| | 2.2 Wertwandel..... | 13 |
| 3 | Werte und Alkohol in der Bundeswehr..... | 16 |
| 4 | Graduierungen des Alkoholkonsums..... | 18 |
| 5 | Methoden des Entzuges..... | 19 |
| | 5.1 Möglichkeiten des Alkoholentzuges..... | 19 |
| | 5.2 Das Programm „Qualifizierter Entzug“ (QE) | 19 |
| 6 | Resilienz..... | 20 |
| 7 | Fragestellung..... | 21 |
| 8 | Methodik..... | 22 |
| | 8.1 Stichproben..... | 22 |
| | 8.2 Ablauf..... | 22 |

| | | |
|-------|---|----|
| 8.3 | Untersuchungsinstrumente..... | 23 |
| 8.3.1 | Münchener Alkoholismustest (MALT) | 23 |
| 8.3.2 | Portrait Values Questionnaire (PVQ) | 23 |
| 8.3.3 | Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA) | 24 |
| 8.3.4 | Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ)..... | 25 |
| 8.4 | Durchführung des Programms „Qualifizierter Entzug“ (QE)..... | 25 |
| 8.5 | Statistik..... | 29 |
| 9 | Ergebnisse..... | 30 |
| 9.1 | KAZ-35..... | 31 |
| 9.2 | SESA..... | 35 |
| 9.3 | Wertorientierung vor Therapie (T0)..... | 37 |
| 9.4 | Wertorientierung im Verlauf..... | 44 |
| 10 | Diskussion..... | 46 |
| 10.1 | Bewertung der Ergebnisse..... | 46 |
| 10.2 | Schlussfolgerungen für die Praxis..... | 61 |
| 10.3 | Ausblick..... | 62 |
| 10.4 | Grenzen der Bewertung..... | 64 |
| 11 | Zusammenfassung..... | 65 |
| 12 | Literaturverzeichnis..... | 68 |
| 13 | Tabellen- und Abbildungsverzeichnis..... | 74 |
| 14 | Anhang..... | 75 |

Abstrakt

Assoziation von Wertorientierungen mit der Schwere einer Alkoholabhängigkeit bei Soldaten in Qualifizierter Entzugsbehandlung

Gegenstand und Ziel:

Alkoholabhängigkeit ist ein Problem von hoher gesundheitlicher und sozialer Relevanz. Über den Einfluss von persönlichen Wertorientierungen von Soldaten auf Schweregrad und Verlauf von Suchterkrankungen ist bislang wenig bekannt.

Gegenstand der Betrachtung ist ein potenzieller Zusammenhang von Wertorientierung und Ausprägung einer Alkoholkrankheit im militärischen Umfeld.

Material und Methoden:

Es wurden 48 Bundeswehresoldaten mit Alkoholabhängigkeit im Rahmen eines dreiwöchigen Motivations-/Therapieprogramms (Qualifizierter Entzug) untersucht. Dazu wurde die Skala zur Erfassung des Schweregrads der Alkoholabhängigkeit (SESA), der Kurzfragebogen zur Abstinenzsicherheit (KAZ) und bzgl. ihrer Wertorientierungen der Portrait Values Questionnaire (PVQ) nach Schwartz benutzt.

Die Untersuchungen erfolgten jeweils zu Beginn und am Ende der Therapie.

Ergebnisse:

Zum Beginn der Therapie war der Wertetyp Hedonismus signifikant positiv, Stimulation negativ mit der Schwere der Alkoholabhängigkeit assoziiert. Im Verlauf des Qualifizierten Entzuges erhöhte sich die Abstinenzsicherheit signifikant. Tradition beeinflusste das Therapieergebnis positiv.

Schlussfolgerungen:

Wertorientierungen sollten in der Diagnostik und Therapie des Alkoholabhängigkeitssyndroms stärker berücksichtigt werden. Allgemeiner Wertewandel und das besondere berufliche / militärische Umfeld sind dabei in der Betrachtung mit einzuschließen.

Abstract

Association of value orientations with the severity of alcohol dependence in soldiers undergoing inpatient short-term motivational treatment

Summary:

Objective: Alcohol-related disorders are of substantial relevance in the civil as well as military population. Little is known about the impact of personal values of soldiers on severity and outcome of addictive disorders.

A potential association of value orientations with the severity of alcohol dependence in a military background was tested.

Material and methods:

48 German soldiers with alcohol dependence were evaluated before and after a three-weeks' inpatient psychotherapy for addiction with the Severity Scale of Alcohol Dependence (SESA), the Short Scale for Confidence in Abstinence (KAZ) and the Portrait Values Questionnaire (PVQ).

The evaluation by means of the scales and questionnaires was taken at the beginning and at the end of the short-term therapie.

Results:

Associations of value orientations with symptom severity at the beginning of the intervention were found for hedonism (+) and stimulation (-). Confidence in abstinence increased significantly during therapy with a positive influence of tradition.

Conclusion:

Value orientations should gain more importance for diagnosis and therapy of alcohol disorders. Changing social values and the specific professional / military background should be taken into consideration.

1 Einführung

1.1 Hintergrund

Alkoholabhängigkeit ist in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland und auch bei Soldaten ein relevantes Problem.

Im Jahr 2012 verstarben laut Statistischem Bundesamt in Deutschland 14.551 Personen an den Folgen übermäßigen Alkoholkonsums.

In Deutschland galten 2014 ca. 1,77 Millionen Menschen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren als alkoholabhängig. Bei weiteren über 1,6 Millionen Deutschen in diesem Altersband liegt Alkoholmissbrauch vor. Trotz des rückläufigen durchschnittlichen Pro-Kopf-Alkoholkonsums in Deutschland mit 9,6 Liter reinen Alkohols 2014 im Vergleich zu 1995 mit 11,1 Liter stagniert die Zahl der Alkoholkranken (abhängig und Missbrauch) seit 2009 bei ca. 3,3 Millionen Bundesbürgern (1).

Alkohol-assoziierte psychische Erkrankungen haben in der Bundeswehr einen hohen Stellenwert. In einer kürzlich durchgeführten epidemiologischen Studie litten 3,6% der Soldaten, die an einem militärischen Auslandseinsatz in Afghanistan teilgenommen hatten, an einem Alkoholmissbrauch oder einer Alkoholabhängigkeit. In einer Kontrollgruppe ohne Auslandseinsatz waren es 2,2%. Der Unterschied war signifikant (OR 1,9; $p=.047$) (2).

In einer aktuellen Untersuchung an britischen Soldaten, die während einer medizinischen Routineuntersuchung den alkoholbezogenen AUDIT-C-Screeningtest absolvierten, ergab sich bei 65% der Teilnehmer mit mehr als 4 Punkten ein erhöhtes Trinkrisiko (3).

Angesichts dieser Zahlen wird deutlich, dass die Untersuchung von Risiko- und Schutzfaktoren, die sich auf den Schweregrad des Abhängigkeitssyndroms und auch auf die therapeutische Prognose auswirken, für die Streitkräfte von besonderer Bedeutung ist. Verschiedene Studien, auch aus der jüngsten Zeit, haben in dieser Hinsicht den prädiktiven Einfluss verschiedener soziobiographischer und psychosozialer Konstellationen belegt. Zu diesen gehört u.a. das Konstrukt der persönlichen Resilienz (4) (5).

Auch in militär-bezogenen Untersuchungen konnten Einflussfaktoren im Hinblick auf den Alkoholkonsum identifiziert werden. So fanden Green et al. (2010) bei 497 US-amerikanischen Veteranen eine Assoziation zwischen einer höheren Resilienz und einem geringeren Risiko für Alkoholmissbrauch, daneben aber auch für Suizidalität, Depression und allgemeinen gesundheitlichen Beschwerden (6).

Bei 156 amerikanischen Studenten war eine höhere Ausprägung der motivationalen Ziele „Hedonismus“, „Stimulation“, „Macht“ und „Selbstbestimmung“ mit häufigerem problematischem Trinkverhalten assoziiert (7). Auch zeigte sich hier eine höhere Einsicht gegenüber suchtgefährdendem Verhalten und gesteigertes Verantwortungsbewusstsein bei Probanden mit traditioneller Wertorientierung. Young und West fanden Zusammenhänge zwischen Werten (vor allem Selbstbestimmung, Tradition, Universalismus und Macht) und Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum bei 2196 amerikanischen Jugendlichen zwischen 18 und 19 Jahren (8).

Die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende und publizierte Studie weist ebenfalls auf einen Zusammenhang zwischen Wertorientierung und Schwere einer Alkoholabhängigkeit hin (9).

1.2 Prädiktoren einer Suchtproblematik

Die Entstehung einer Alkoholkrankheit und die Schwere ihrer Entwicklung und Ausprägung unterliegen zahlreichen Einflüssen.

Als Risikofaktoren für die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit gelten Alkoholabhängigkeit mindestens eines Elternteils, Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft, psychiatrische Erkrankungen in der Familie, bestimmtes Persönlichkeitsprofil (erhöhte Impulsivität, anitsoziale Verhaltenszüge), negative Eltern-Kind-Interaktionsmuster, eigene psychiatrische Erkrankungen / Auffälligkeiten in der Kindheit und soziale Einflussfaktoren (10).

Neben der unmittelbaren zentralnervösen Wirkung des Ethanols spielen auch genetische Faktoren eine maßgebliche Rolle bei der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit.

Die euphorisierende Wirkung des Alkohols beruht auf einer Steigerung der Dopaminausschüttung im mesolimbischen System.

Bei Alkoholabhängigen konnte eine Veränderung in der DNA-Methylierung der Promotorregion spezifischer, für den Dopaminstoffwechsel relevanter Gene nachgewiesen werden (11). Ein Zusammenhang zwischen genetischen Polymorphismen, die zu einer verringerten Dopamin-Rezeptor-Expression oder einem beschleunigten Dopamin-Abbau führen, und gesteigertem Trinkverhalten konnte nachgewiesen werden. Auch scheinen Polymorphismen der Expression des Neurotransmitters Serotonin, modulierendes Element bei Stressreaktionen, die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit zu begünstigen (12).

Eine Abweichung der Transmitterkonstellation kann zu Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur führen. So sind z.B. die Wahrnehmung und Verarbeitung von Angst und Stress, sowie die Ausprägung bestimmter Persönlichkeitseigenschaften wie erhöhte Impulsivität von diesen epigenetischen Faktoren beeinflusst (11).

Eine Korrelation zwischen Charaktermerkmalen nach Cloninger und Temperament und Hochrisikorückfallsituationen bei alkoholabhängigen Männern konnte statistisch relevant nachgewiesen werden. Temperamentsmerkmale sind als Prädiktoren für gesteigertes Trinkverhalten in emotionalen Situationen, negativ wie positiv, identifiziert worden (13).

Zum Einfluss von Wertorientierungen auf Schweregrad und Verlauf von Suchterkrankungen ist bislang wenig bekannt. Einige wissenschaftliche Studien weisen auf einen Zusammenhang von bestimmten Wertebildern und Ausmaß einer Abhängigkeit – stoffgebunden und nicht-stoffgebunden – hin.

(3) (4) (5) (7) (8) (9) (10) (13) (21) (25) (26) (43) (44) (45) (48) (50)

2 Werte, Wertorientierung, Wertwandel

2.1 Werte und Wertorientierung

Der Mensch als soziales Wesen ist zahlreichen gesellschaftlichen Einflüssen ausgesetzt. So werden z.B. durch Familie, Schule, religiöse oder politische Institutionen und zunehmend Soziale Netzwerke wünschenswerte Verhaltensmuster und –normen vermittelt, aus denen sich individuelle, gesellschaftlich geprägte Werte entwickeln. Die Ausprägung der verschiedenen Werte unterliegt nicht nur den genannten Umwelteinflüssen, auch wird von einer genetischen Prädisposition ausgegangen.

In den Human-, Sozial-, und Politikwissenschaften hat sich die Definition des Wertebegriffes von Clyde Kluckhohn durchgesetzt.

„A value is a conception, explicit or implicit, distinctive of an individual or characteristic of a group, of the desirable, which influences the selection from available modes, means and ends of action“ (14).

„Ein Wert ist eine Auffassung vom Wünschenswerten, die explizit oder implizit sowie für ein Individuum oder für eine Gruppe kennzeichnend ist und welche die Auswahl der zugänglichen Weisen, Mittel und Ziele des Handelns beeinflusst“ (15).

Werte sind demnach, Kluckhohns Definition folgend, ein Maß des Wünschens- und Erstrebenswerten, das sowohl für das Individuum als auch für das entsprechende Kollektiv gilt. Werte werden als tief im Individuum verwurzelt und auf dem Zeitstrahl stabil angesehen.

Wertorientierung ist die Ausrichtung nach bestimmten Werten bzw. motivationalen Zielen.

Wenn auch eine zeitliche Stabilität vorausgesetzt wird, also kein rein situatives Stimmungsbild gesehen wird, so zeigen Studien dennoch einen Zusammenhang von Wertorientierung und Lebensalter.

Mit zunehmendem Alter ist die Orientierung zunehmend zu Tradition, Konformität und Sicherheit, hingegen sind Hedonismus, Stimulation und Selbstbestimmung negativ korreliert (16).

Gemäß dem sozialen Umfeld ändern sich die individuellen Prioritäten. Ist der heranwachsende junge Mensch noch auf der Suche nach Orientierung und ist entsprechend experimentierfreudig, so ist er im mittleren bis höheren Lebensalter – spätestens nach Gründung einer Familie – eher sicherheitsorientiert und weniger risikobereit. Auch ändert sich das Umfeld. Mit Verlassen der Schule und des Elternhauses befindet sich das Individuum in einem anderen Kollektiv, in dem gegebenenfalls andere Werte gelten, bzw. das Wertebild verschoben wird. Will man in diesem neuen Kollektiv bestehen, so bedarf es einer individuellen Anpassung. Ist dies nicht praktikabel, so bleibt nur das Verlassen der Gruppe oder das Versagen im Kollektiv.

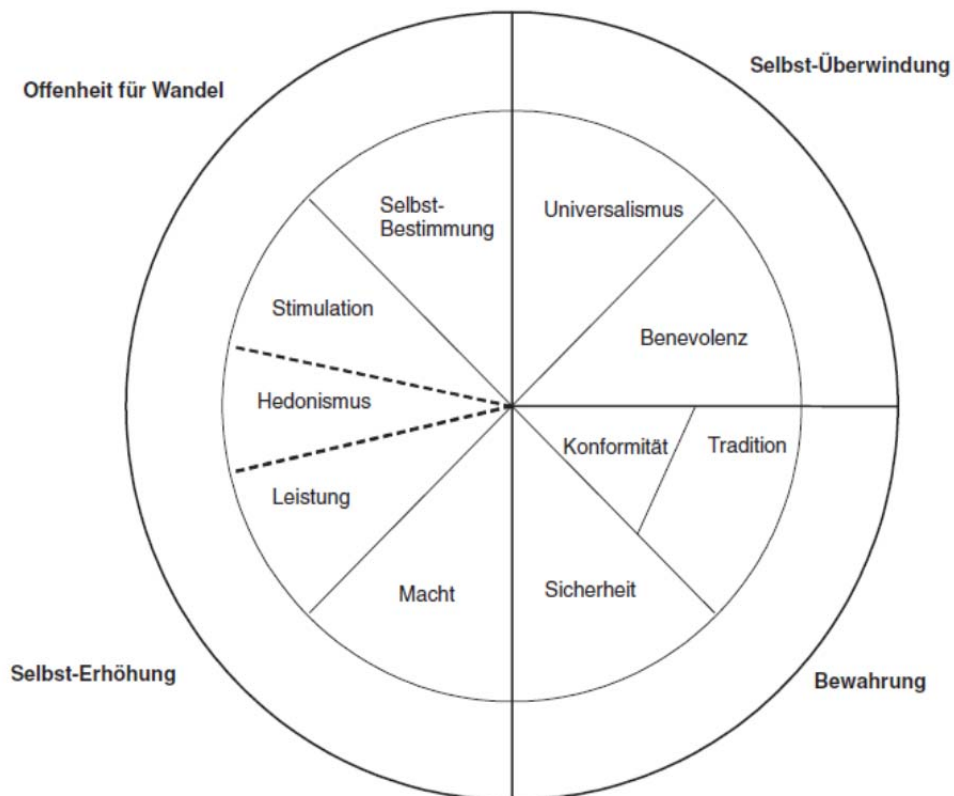
Schwartz verstand Werte in seiner „Theory of Basic Human Values“ (17) als „desirable, transsituational goals, varying in importance, that serve as guiding principles in the life of a person or other social entity“. Dabei definierte er zehn Wertetypen auf der Grundlage der aus diesen jeweils abzuleitenden motivationalen Ziele, die aber in Beziehung zueinander stehen (Tab.1). So können Wertetypen in ihren Handlungsorientierungen übereinstimmen oder einander widersprechen. Die Suche nach „dem Sinn des Lebens“ und „spirituelle Reife“ werden von Schwartz zwar als elfter Wertetyp erwähnt, finden jedoch keinen Eingang, respektive Berücksichtigung in der Definition der Wertetypen.

Tabelle 1: Definition der Wertetypen (15)

| Wert | Definition |
|------------------|---|
| Universalismus | Verständnis, Toleranz und Schutz für das Wohlbefinden aller Menschen und der Natur |
| Benevolenz | Erhaltung und Förderung des Wohlergehens von nahestehenden Menschen |
| Konformität | Unterdrückung von Handlungen und Aktionen, die andere verletzen und soziale Erwartungen gewalttätig erzwingen |
| Tradition | Respekt und Verpflichtung gegenüber den kulturellen oder religiösen Bräuchen und Ideen |
| Sicherheit | Sicherheit und Stabilität der Gesellschaft, der Beziehung und des eigenen Selbst |
| Macht | Sozialer Status, Dominanz über Menschen und Ressourcen |
| Leistung | Persönlicher Erfolg gemäß den sozialen Standards |
| Hedonismus | Freude und sinnliche Befriedigung |
| Stimulation | Verlangt nach Abwechslung und Stimulation um auf ein optimales Niveau von Aktivierung zu gelangen |
| Selbstbestimmung | Unabhängiges Denken und Handeln |

Diese Überlegungen führten zu einer zirkumplexen Anordnung der Wertetypen im Sinne eines motivationalen Kontinuums (17) (Abb. 1), bei der benachbarte Werte Ähnlichkeiten in den daraus abzuleitenden Handlungstendenzen aufweisen und einander gegenüberliegende Werte eher zu konträren Verhaltensmustern führen. Wertetypen können also in ihren Handlungsorientierungen übereinstimmen oder einander widersprechen.

Abbildung 1: Zirkumplexe Struktur der Wertetypen nach (17)



In mehr als 200 Studien in 60 Ländern haben sich die zehn Wertetypen und deren zirkumplexe Struktur im Wesentlichen bestätigen lassen (18).

Schwartz unterteilt zwei Wertefelder in seinem zirkumplexen Modell.

In der rechten Hälfte sind die Wertetypen Universalismus, Benevolenz, Konformität, Tradition und Sicherheit zusammengefasst und stehen für Orientierungen für das soziale Kollektiv. Dem gegenüber sind die Wertetypen Macht, Leistung, Hedonismus, Stimulation und Selbstbestimmung individuelle egozentrische Interessen.

Weitere Arbeiten zu diesem Thema stellen bei diesen zehn Wertetypen „humanitäre“ und „traditionelle“ Wertestrukturen den Wertestrukturen „Selbst-

Erhöhung“ und „Selbstbestimmung“ gegenüber (19) (20). Als „humanitäre“ Wertestrukturen werden „Universalismus“ und „Benevolenz“ gesehen, als „traditionelle“ die Werte Sicherheit, Konformität und Bewahrung. Maercker et al. bezeichnen diese beiden Wertestrukturen zusammengefasst als „Traditionelle Werte“ (20).

Dem gegenüber stehen die „Modernen Werte“ mit den Wertestrukturen „Selbst-Erhöhung“ und „Selbstbestimmung“ nach Young and West. Hierbei ist „Selbstbestimmung“ nicht direkt mit dem ebenso bezeichneten Abschnitten der Schwartz'schen zirkumplexen Struktur gleichzusetzen. Nach Young and West ist die „Selbstbestimmung“ weitergefasst und bezieht den gesamten Abschnitt „Offenheit für Wandel“ nach Schwartz mit ein (19).

In einem ähnlichen Ansatz stellt Saiz Galdos (21) „Offenheit für Wandel“ und „Bewahrung“ als konträre Wertgruppen dar.

2.2 Wertwandel

In seinen Untersuchungen zum Wertwandel in Deutschland fand Klages (22) neue Wertegruppen, die sich durch Wertsynthesen entwickeln (vgl. Abb. 2) (23).

Dabei sind im Kontext dieser Studie besonders zwei Typen interessant, der „aktive Realist“ und der „hedonistische Materialist (Hedomat)“.

Der „aktive Realist“ verbindet die traditionellen und die modernen Wertgruppen, nach Klages „Pflichtwerte“ und „Selbstentfaltungswerte“, und bieten damit „einen lebendigen Beweis dafür (...), dass diese konkurrierenden Werte, nicht notwendigerweise als Antagonisten in Erscheinung treten müssen, sondern vielmehr auch im Sinne einer Wertesynthese zu einer übergreifenden Einheit zusammentreten können.“ (23) Dieser Wertetyp zeichnet sich durch Disziplinfähigkeit und Motivation zu kritischem Engagement aus. In anfänglicher Betrachtung sah Klages hier das Muster des „mündigen Staatsbürgers“.

Im Gegensatz dazu zeigte sich der „hedonistische Materialist (Hedomat)“. Er zeigt starkes Interesse an materiellem Besitz und wenig Motivation, sich für gesellschaftliche Ziele einzusetzen.

Wenn auch soziodemographisch beide leicht differieren, ist der „aktive Realist“ eher „leitender Angestellter und mittlerer bis hoher Beamter“, der Hedomat dagegen

mehr „jüngerer Arbeitnehmer der unteren Mittelschicht“, so wird dennoch in der individuellen Wertentwicklung eine vergleichbare Ausgangssituation in der motivationalen Wertekonstellation ausgegangen. Entscheidend scheint für die Entwicklung und Manifestierung der Wertorientierung zu sein, welche Erfolgserlebnisse im Laufe der persönlichen Entwicklung erfahren werden (22).

Werden aktive und verantwortliche Betätigungen mit Verwirklichung individueller Selbstentfaltungsbilder gestattet, so werden die Weichen eher in Richtung „aktiver Realist“ gestellt.

Ist hingegen das Milieu auf passive Anpassung an die Gegebenheiten und Einfügen in feststehende Strukturen angelegt, ohne dass das Selbstentfaltungspotenzial des Einzelnen berücksichtigt wird, so ist die Entwicklung zum „Hedomat“ wahrscheinlich. „Insbesondere dort, wo die (...) jungen Menschen (...) „Motivationsknicks“ überantwortet werden, weil man (...) die Pflege und Entwicklung von „Motivation“ auf der Grundlage gewandelter Werte vernachlässigt oder als modischer Firlefanz abtut (...), sind die Voraussetzungen für eine Entstehung und Ausbreitung der „Hedomat“-Orientierung (...) gegeben.“ (23)

Klages et al. sprechen in ihren Arbeiten von „Pflichtwerten“ und „Selbstentfaltungswerten“ (22). Franz und Herbert entwickelten entsprechend folgendes Modell der Werttypen (24)

Abb. 2: Wertegruppen nach (24)

| | Pflichtwerte (+) | Pflichtwerte (-) |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Selbstentfaltungswerte (+) | Typ III Wertsynthese | Typ II Wertumsturz |
| Selbstentfaltungswerte (-) | Typ I Wertkonservatismus | Typ IV Wertverlust |

Die Shell – Jugendstudien versuchen seit den 50er Jahren, die Sichtweisen und Werte von Jugendlichen in Deutschland zu ermitteln und aufzuzeigen.

Die letzte veröffentlichte Studie ist aus dem Jahr 2010 (Abb. 3).

Es zeigt sich eine Abkehr von traditionellen Werten wie Tradition, Benevolenz und Konformität – hier ausgedrückt durch „Das tun, was andere auch tun“ (=Konformität), „An Gott glauben“ (=Tradition, „faith traditional value“ (25)), „Sozial Benachteiligten helfen“ (=Benevolenz).

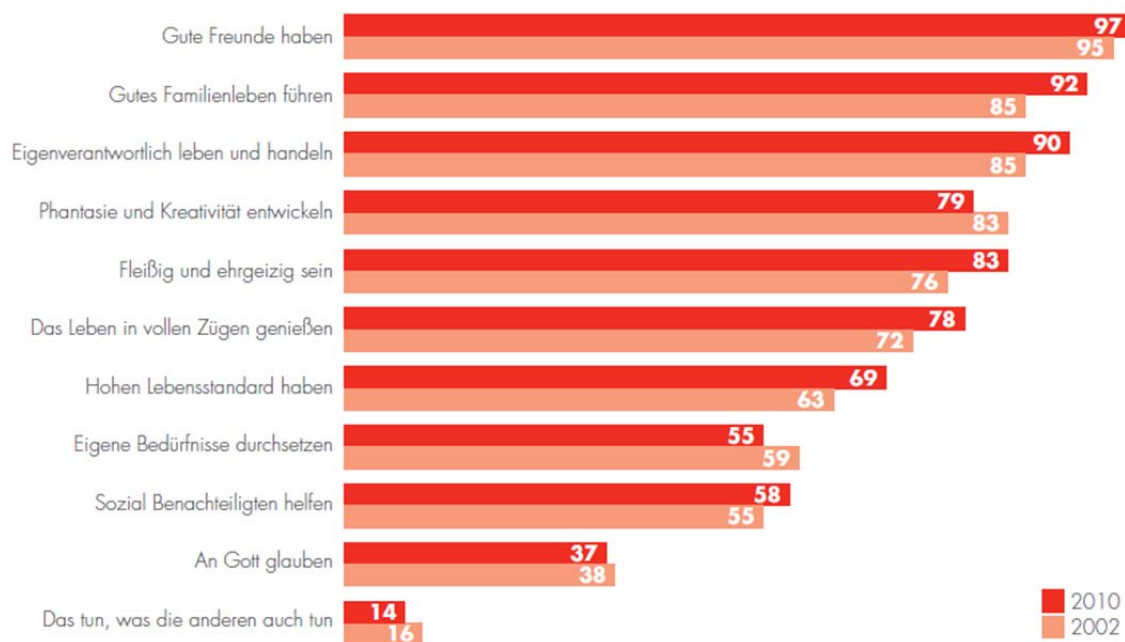
Hingegen nehmen moderne Werte wie Hedonismus („Das Leben in vollen Zügen genießen“), Selbstbestimmung („Eigenverantwortlich leben und handeln“) und Leistung („Fleißig und ehrgeizig sein“) weiter an Stellenwert zu.

Es ist aber auch in einigen Bereichen eine Wertsynthese erkennbar. So steht „Gutes Familienleben führen“ – vereinbar mit „nonfaith tradition“ (25) – direkt an zweiter Stelle, mit Zunahme der Prozentzahl im Vergleich zu 2002. „Eigene Bedürfnisse durchsetzen“ hingegen nimmt an Wichtigkeit ab.

Abb. 3: Wertorientierung Jugendlicher in Deutschland

Wertorientierungen: Pragmatisch, aber nicht angepasst

Jugendliche im Alter von 12 bis 25 Jahren (Angaben in %)



Quelle: 16. Shell Jugendstudie, Stand: 2010

Traditionelle und moderne Werte schließen sich für die Heranwachsenden und jungen Erwachsenen – in der für die spätere Wertorientierung und ggf. Entwicklung einer Suchtproblematik sensible Phase (26) – folglich nicht aus.

„Sie wollen alles, und zwar gleichzeitig“ (27). Das frühere „Entweder – oder“ ist in weiten Teilen dem heutigen „Sowohl – als auch“ gewichen.

3 Werte und Alkohol in der Bundeswehr

In der Bundeswehr steht die Verteidigung der freiheitlichen demokratischen Grundordnung, der Werteordnung des Grundgesetzes im Vordergrund.

Zum beruflichen Selbstverständnis erklärte der Generalinspekteur der Bundeswehr: „Die militärische Auftragserfüllung ist Anspruch und Ziel soldatischen Handelns. Die Erfüllung militärischer Aufträge in ihrer ganzen Vielfalt und Besonderheit bedarf soldatischer Tugenden wie Tapferkeit, Kameradschaft und Fürsorge, Disziplin und moralische Urteilsfähigkeit. (...) Dies erfordert authentische Persönlichkeiten, deren gefestigter Charakter (...) auf klaren Wertvorstellungen gründet und sich in ihrer Lebensführung widerspiegelt“ (28).

Dies und die militärisch notwendige klare Hierarchie mit Befehl und Gehorsam ergeben für das soziale Konstrukt „Bundeswehr“ prinzipiell eine „traditionelle Wertorientierung“. Die Angehörigen dieser Sozialstruktur – so wäre zu vermuten – zeigen eine entsprechende individuelle Wertorientierung oder sollten sich dieser anschließen können.

Der Umgang mit Alkohol ist mit konservativer deutscher Sichtweise gerade in diesem Umfeld schwierig.

Alkoholkonsum wurde und wird vielfach als Zeichen von Männlichkeit und Stärke angesehen. Jemand, der „viel verträgt“ und sich im entsprechenden Umfeld und bei gesellschaftlichen Ereignissen gerne einbringt, wird als „echter Kerl“ angesehen und verbessert so seine Position in der Gruppe.

Eine entsprechende „historische Beziehung“ zu Alkoholkonsum in den britischen Streitkräften beschreiben Aguirre et al. in ihrer Studie zum Alkoholabusus in den British Armed Forces (3).

Alkoholkonsum wird als Teil der britischen Militärkultur beschrieben. Er wird als festigendes Element für den Zusammenhalt gesehen, sofern der Konsum in Maßen erfolgt.

In der Publikation wird jedoch auch erwähnt, dass eine weitere Studie eine erhöhte Zahl an Alkoholabhängigen und schädlichen Alkoholkonsum in den britischen Streitkräften im Vergleich zur Gesamtbevölkerung belegt.

Zwar liegen für die Bundeswehr noch keine entsprechenden Studien vor, jedoch sind die Voraussetzungen vergleichbar. Eine entsprechende Problematik in der Bundeswehr ist also anzunehmen.

Zusätzlich zeigen Studien, dass gerade nach Auslandseinsätzen mit entsprechender psychischer Belastung in Form von

- Trennung vom gewohnten sozialen Umfeld
- Ungewohnte klimatische Bedingungen
- Einschränkungen in der Privatsphäre
- Erleben von Not und Elend
- Erleben von Verwundung und Tod im unmittelbaren Umfeld

es häufig zu vermehrtem Alkoholkonsum bei Soldaten kommt (31) (32) (33).

4 Graduierungen des Alkoholkonsums

Im hausärztlichen Alltag hat sich die Graduierung des individuellen Alkoholkonsums nach ICD-10 bewährt.

Hier liegen dem behandelnden Arzt bei Verdacht auf einen Alkoholkonsum oberhalb der Graduierung „riskant“, „klare Hinweise, dass der Alkoholkonsum für körperliche oder psychische Schädigung verantwortlich ist“ vor (34).

Der ICD-10 unterscheidet vier Konsummuster.

4.1 risikoarmer Alkoholkonsum

Geschlechtsspezifisch gelten hier Richtwerte bezogen auf reinen Alkohol. Bei Konsum von weniger als 20 g pro Tag bei Frauen und weniger als 30 g pro Tag bei Männern und höchstens fünf Trinktagen in der Woche liegt noch risikoarmer Konsum vor.

4.2 riskanter Alkoholkonsum

Die Grenzen des riskanten Alkoholkonsums sind bei Überschreiten der Grenzwerte des Konsums reinen Alkohols von 20 g pro Tag bei Frauen und 30 g pro Tag bei Männern erreicht. Gleiches gilt für eine Anzahl von mehr als fünf Trinktagen in der Woche.

4.3 schädlicher Alkoholkonsum

Zur Erkennung eines schädlichen Alkoholkonsums werden folgende Kriterien abgefragt, wobei der Bewertungszeitraum bei den letzten 12 Monaten liegt:

Litt der Patient wiederholt unter

- I. Craving (starkem Verlangen oder einer Art Zwang, Alkohol zu trinken)
- II. Kontrollverlust des Alkoholkonsums bezüglich Beginn oder Menge
- III. körperlichem Entzugssyndrom bei Reduzierung der Alkoholmenge
- IV. Toleranzentwicklung gegenüber der Alkoholwirkung
- V. Einengung auf das Alkoholtrinken und dadurch Vernachlässigung anderer Interessen
- VI. Anhaltender Alkoholkonsum trotz eindeutiger schädlicher Folgen (gesundheitlich, psychisch oder sozial)

Sind davon maximal zwei Punkte zutreffend, so ist von schädlichem Alkoholkonsum auszugehen.

4.4 Alkoholabhängigkeit

Werden mindestens drei der unter 4.3 aufgeführten Fragen bejaht, so liegt eine Alkoholabhängigkeit vor.

5 Methoden des Entzuges

5.1 Möglichkeiten des Alkoholentzuges

Grundsätzlich wird der chronische Missbrauch von Alkohol bzw. die Alkoholabhängigkeit zunächst durch eine Entzugsphase und je nach Trinkmuster ggf. durch eine körperliche Entgiftung behandelt.

Der Entzug erfolgt durch strenge Alkoholabstinenz in Eigenregie oder unter ärztlicher Beobachtung. Letztere ist mit einem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen oder internistischen Abteilung verbunden.

Abgestimmt auf das vorliegende Krankheitsbild wird der Entzug bzw. die Entgiftung medikamentös unterstützt (sog. „warmer Entzug“) oder eine kontrollierte vollständige Abstinenz vollzogen (sog. „Kalter Entzug“).

Dem Entzug folgt eine verhaltenstherapeutisch begleitete Entwöhnung.

Auf Einzelheiten der unterschiedlichen Möglichkeiten wird hier nicht eingegangen.

5.2 Das Programm „Qualifizierter Entzug“ (QE)

Das Programm „Qualifizierter Entzug“ (QE) wird im Bundeswehrkrankenhaus Berlin seit 2005 vier- bis fünfmal pro Jahr über drei Wochen angeboten. Den in Frage kommenden Patienten (jeweils 5-8 Teilnehmer) wird in den Monaten zuvor im Rahmen einer stationären Entgiftung die Teilnahme nahegelegt und sie beginnen und beenden das Programm im Sinne eines geschlossenen Settings gemeinsam. Das therapeutische Team besteht aus einem suchtmmedizinisch erfahrenen Arzt/Ärztin, einem Psychologen/in, einer Fachschwester für Psychiatrie und einer Ergotherapeutin.

Inhaltlich orientiert sich der Qualifizierte Entzug im wesentlichen an dem Manual von Kienast und Heinz (35).

Die Durchführung des Programms ist unter 8.4 dieser Schrift genauer erläutert.

Die nachhaltige Überlegenheit des QE gegenüber anderen Kurzzeittherapieformen wurde in mehreren Studien nachgewiesen. Sie sollte möglichst frühzeitig – solange der Patient noch sozial integriert ist – erfolgen und ist im Optimalfall mit dem psychosozialen Umfeld (Hausarzt, Familie etc.) der Patienten abgestimmt (35) (36).

6 Resilienz

Der der Physik entlehnte Begriff der Resilienz beschreibt die Fähigkeit eines Stoffes oder Objektes, nach äußerer Einwirkung in die Ausgangsstruktur zurückkehren zu können.

Die Resilienzforschung beschäftigt sich primär mit der individuellen Fähigkeit bzw. deren Varianz in einer Risikogruppe. „Nicht der Vergleich von Mittelwerten mit der unbelasteten Kontrollgruppe (...) steht im Zentrum des Interesses.“ (37)

Die Theoriebildungen zur Resilienz, die maßgeblich von den Arbeiten von E. Werner zur Adaptation von Kindern und Erwachsenen an widrige Sozialisationsbedingungen geprägt wurden, integrieren konzeptionell sowohl prämorbid Dispositionen als auch Veränderungsprozesse in der Auseinandersetzung mit belastenden Umwelteinflüssen. Sie fokussieren dabei auf salutogenetische Aspekte, so dass langfristig ein kompensiertes, gesundes psychologisches Funktionsniveau und Entwicklungsergebnis erreicht wird (38) (39). Noeker und Petermann beziehen neben personalen Kompetenzen, dem Familiensystem und Ressourcen des sozialen Netzwerkes auch kulturelle Faktoren wie Normen und Werte in die Konzeptbildung ein (37).

Im Kontext der hiesigen Studie ist Resilienz als das individuelle Vermögen, nach Exposition, Konfrontation mit Alkohol resp. Alkoholkonsum, nicht in pathologische chronische Verhaltensmuster zurück zu fallen, anzusehen.

7 Fragestellung

Vor dem Hintergrund, dass der Einfluss von Normen und Werten auf die psychische Gesundheit als Bestandteil des Resilienzkonstruktes evident wurde, ist zu erwarten, dass sich persönliche Wertorientierungen vermutlich auch bei isolierter Betrachtung auswirken könnten.

Dazu ist die Datenlage allerdings sehr begrenzt, insbesondere auch im militärischen Bereich.

Erste Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Resilienz, Wertorientierungen und psychischer Symptombildung ergaben sich kürzlich bei Einsatzsoldaten, bei denen sich die Werte Hedonismus, Universalismus, Tradition und Macht auf Häufigkeit und Schweregrad posttraumatischer Symptombildung auswirkten. Zum Teil war das Ausmaß der Resilienz der Mediator der Zusammenhänge (33).

Bislang sind nur wenige empirische Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Wertorientierungen und Suchtmittelkonsum durchgeführt worden.

Die untersuchten Populationen stellten Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung dar, so dass sich aus den Ergebnissen keine Aussagen zu suchterkrankten klinischen Patienten oder zur therapeutischen Prognose ableiten ließen. Studien zu derartigen Problemstellungen in Zusammenhang mit Werten fehlen bislang.

Die hier vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, zur Hypothesenbildung über Assoziationen zwischen der Alkoholabhängigkeit und persönlichen Wertorientierungen im militärischen Kontext beizutragen. Im Vordergrund steht dabei zum einen die Fragestellung, ob Werte mit dem Schweregrad dieser Erkrankung in Verbindung stehen. Auf der Basis der wenigen Vorstudien könnten hypothetisch Wertorientierungen wie Hedonismus, Stimulation, Macht und Selbstbestimmung mit einer erhöhten Symptomschwere einhergehen.

Darüberhinaus soll geprüft werden, ob sich Werte auf den Verlauf einer suchtbetragenen Psychotherapie auswirken. Diese könnten sich im Verlauf einer Intervention, einhergehend mit den allgemeinen psychischen Veränderungen, wandeln und somit Teil des therapeutischen Veränderungsprozesses sein. Vorstellbar ist aber auch die Annahme, dass Werte als zeitstabiler Prädiktor wirksam werden.

8 Methodik

8.1 Stichproben

In die Studie wurden 48 Bundeswehrsoldaten eingeschlossen, die sich zwischen 2011 und 2013 im Bundeswehrkrankenhaus Berlin aufgrund einer Alkoholabhängigkeit zu weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen stationär vorgestellt hatten. Alle Patienten waren männlich, das Durchschnittsalter lag bei 32.3 Jahren (SD=11.2). Die Zuweisung war über die behandelnden Hausärzte (Truppenärzte) erfolgt. Die Diagnosestellung erfolgte im fachärztlichen Interview nach ICD-10, zur diagnostischen Unterstützung wurde der Münchner Alkoholismustest (MALT) (Selbst- und Fremdbeurteilungsteil) verwendet, in dem alle Patienten mit der Einstufung „hohe Wahrscheinlichkeit für die Diagnose Alkoholabhängigkeit“ klassifiziert wurden (MW 24.4; SD 6.7). Die Diagnosen wurden durch die Studienärzte vor dem Einschluss der Probanden verifiziert.

Von der Teilnahme ausgeschlossen waren Patienten mit Psychosen jeder Art sowie klinisch feststellbaren ausgeprägten kognitiven Einschränkungen.

8.2 Ablauf

Die Teilnehmer erhielten den Portrait Values Questionnaire (PVQ) (11), den Münchener-Alkoholismus-Test (MALT-S) (40), den Kurzfragebogen zur Abstinenzsicherheit (KAZ-35) (41) sowie die Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA) (42).

KAZ, PVQ und SESA kamen jeweils unmittelbar vor und nach der Durchführung eines dreiwöchigen stationären qualifizierten Entzugsprogramms zur Anwendung. Der MALT nur davor, da er ausschließlich zur diagnostischen Einschätzung eingesetzt wurde.

8.3 Untersuchungsinstrumente

8.3.1 Münchner Alkoholismustest (MALT)

Der *Münchner Alkoholismus-Test (MALT)* ist ein verbreitetes Testverfahren, das als Screening-Test für Alkoholabusus bzw. Alkoholabhängigkeit entwickelt wurde. Der Summenscore wird ab einem Cut-off Wert von 11 als „hohe Wahrscheinlichkeit für die Diagnose Alkoholabhängigkeit“ gewertet. Rückschlüsse auf Art und Schweregrad der Abhängigkeit sind nicht möglich. In der Validierungsstichprobe von 625 Probanden erreichte der Test eine Validität in Bezug auf das Außenkriterium von $r=.85$ sowie eine Halbierungsreliabilität von $r=0.94$.

8.3.2 Portrait Values Questionnaire (PVQ)

Der Portrait Values Questionnaire (PVQ) misst in 40 Items die Ausprägung von zehn Wertetypen (Abb. 1). In den Items werden in zwei Sätzen Kurzportraits zum Erleben oder Verhalten einer fiktiven Person vorgegeben. Die Fragebögen sind geschlechtsangepasst, d.h. Frauen werden mit einer weiblichen fiktiven Person konfrontiert, Männer mit einer männlichen.

Der Proband kann seine Übereinstimmung mit dieser Person auf einer Skala von 1 (sehr unähnlich) bis 6 (sehr ähnlich) angeben, wobei höhere Punktwerte auf eine größere Übereinstimmung und damit auf einen höheren Stellenwert des Wertetyps bei dem Untersuchten hinweisen. Die Identifikation des Probanden mit dieser Person, mit deren Erwartungen und Zielen erlaubt den Rückschluss auf die individuellen Werte.

Durch die Entpersonalisierung, also das nicht-unmittelbare Ansprechen des Probanden im Sinne von „ich bin ...“ oder „ich sehe dies so...“, werden potenzielle Hemmschwellen überwunden, die ehrliche Beantwortung fällt somit leichter.

Die Testung der Wertebilder erfolgt in unterschiedlicher Anzahl der zugeordneten Items. Stimulation wird durch zwei, Hedonismus und Macht jeweils durch drei, Benevolenz, Konformität, Leistung und Tradition jeweils durch vier, Selbstbestimmung und Sicherheit jeweils durch fünf und Universalismus durch sechs Items abgebildet.

Die 40 Items werden nicht nach Wertetyp abgefragt. Zwischen zwei Kurzportraits eines Wertetyps finden sich mindestens drei Kurzportraits anderer Wertetypen (17). Aus den Antworten zu allen Items wird ein Mittelwert gebildet.

In verschiedenen Studien (18) wurden befriedigende Cronbach's alpha Skalenwerte von .70 bis .74 ermittelt. Die Test-Retest-Reliabilitäten lagen zwischen .66 und .88 (17) .

8.3.3 Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA)

Die *SESA* ist ein zuverlässiger und valider Fragebogen zur Messung der Schwere der Alkoholabhängigkeit. Sie verfügt in 28 Items über einen Gesamt-Score sowie sieben Subskalen. In den Subskalen werden zwei bis acht Aussagen getätigt, die durch den Probanden fünf-stufig von nie (0) bis täglich (4) bewertet werden.

Die Subskalen beleuchten folgende Kernmerkmale des Abhängigkeitssyndroms (42):

1. Einengung des Trinkverhaltens
2. Körperliche Entzugssymptome
3. Alkoholkonsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen
4. Psychische Entzugssymptome (Verlangen)
5. Toleranzsteigerung
6. Extreme Toleranzsteigerung
7. Toleranzumkehr

Die interne Konsistenz war mit einem Cronbach's alpha von .71 bis .95 befriedigend bis sehr gut (42).

8.3.4 Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ)

Der *Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ)* dient der Erfassung der Zuversicht von Alkoholabhängigen, Rückfallrisikosituationen abstinent bewältigen zu können und damit der abstinenzbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung. Die 35 Items werden einer Gesamt- bzw. vier Subskalen zugeordnet.

Diese vier Subskalen behandeln situativ das Verhalten zu den Themenkomplexen „Unangenehme Gefühle“, „Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten“, „Sozialer Druck“ und „Angenehme Gefühle“ mit sieben bis zehn Items pro Subskala. Abgestimmt auf das Therapieziel der Alkoholabstinenz werden dem Probanden personalisierte Fragen (z.B. „wenn *ich mich* von Freunden abgelehnt fühle“ oder „wenn etwas Angenehmes eintritt und *mir* nach Feiern zumute ist“) gestellt, bei denen die Erwartung eingeschätzt werden soll, diversen rückfallkritischen Situationen widerstehen zu können. Die Einschätzung wird in einem Punktwert von 0 („überhaupt nicht zuversichtlich“) bis 100 („total zuversichtlich“) für jedes Item angegeben.

Cronbach's Alpha für die Gesamtskala beträgt $r = .97$ (41).

8.4 Durchführung des Programms „Qualifizierter Entzug“ (QE)

Es besteht aus drei verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Modulen mit jeweils vier Gruppensitzungen.

Modul 1 („Alkohol und Abhängigkeit“) beinhaltet psychoedukative Anteile zur Entstehung abhängigen Verhaltens.

In der ersten Gruppensitzung mit dem Arbeitstitel „‘Der Untergang der Titanic’ – Allgemeines zum Alkohol“ werden den Teilnehmern Informationen zu epidemiologischen Daten und zur Rolle des Alkohols in unserer Gesellschaft vermittelt. Ziel ist die realistische Einschätzung der individuellen Problematik und die Sensibilisierung zur Erkennung riskanter Verhaltensmuster und Situationen.

Die zweite Gruppensitzung, Arbeitstitel „Das Eisenbahnmodell‘ – Diagnostik und Modell“, hat die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit und Modelle für die Abhängigkeitsentwicklung zum Inhalt. Ziel ist es, die Akzeptanz für die Diagnose Alkoholabhängigkeit bei den Teilnehmern zu erhöhen.

Mit der dritten Gruppensitzung – „Der häufige Irrtum des Suchtgedächtnisses‘ – individuelles Fallkonzept“ – wird eine Sensibilisierung der Teilnehmer über die Verselbstständigung ihres Trinkverhaltens erreicht. Es werden sog. „Trigger“ ermittelt, die in den letzten Wochen vor Therapiebeginn als Schlüsselreize, sowohl internal, als auch external, für den Konsumbeginn dienten. „Entscheidend ist, dass die Teilnehmer entdecken, dass ihr Trinkverhalten nicht mehr ausschließlich von bewussten Gefühlen oder Gedanken geleitet wurde, sondern auch von ganz banalen äußeren Schlüsselreizen wie Uhrzeit, bestimmte Räumlichkeiten oder Personen ausgelöst wurde.“ (34)

„Die Rationalisierungs- und Vermeidungsfalle“ wird in der vierten Gruppensitzung beleuchtet. Hier werden die verschiedenen Strategien der Teilnehmer besprochen, mit denen bisher versucht wurde, das Ausmaß ihrer Alkoholproblematik vor ihrem Umfeld, aber auch vor sich selbst zu kaschieren oder zu verharmlosen.

Dadurch sollen die Teilnehmer lernen, gegenüber Bezugspersonen offener zu kommunizieren.

In Modul 2 („Alkoholabhängigkeit und Therapie“) werden kurz- und langfristige Folgen des Alkoholkonsums sowie Behandlungsmöglichkeiten reflektiert und diskutiert.

„Kurzfristige Folgen durch Alkoholkonsum“ sind Thema der fünften Gruppensitzung. In dieser Stunde werden den Teilnehmern Resorptions- und Abbauprozesse von Alkohol im menschlichen Körper vermittelt. Angenehme und unangenehme Wirkungen des Alkohols werden betrachtet, mit darauf aufbauender Erklärung der Modelle zur Toleranzentwicklung und der Entstehung von Entzugserscheinungen.

„Längerfristige Folgen durch Alkoholkonsum“ werden in der sechsten Gruppensitzung besprochen. Den Teilnehmern werden die körperlichen

Folgeschäden in den Untergruppen „Neuropsychiatrische Störungen“, „Störungen des Verdauungstraktes und der Leber“, „Erkrankungen von Herz, Kreislauf und anderen Organsystemen“, „Geschlechtsbezogene Folgen“ und „Tumorerkrankungen“ (34) dargestellt.

„Die Entscheidung: Konsum oder Abstinenz?“ wird in der siebten Gruppensitzung thematisiert. Hierbei werden die möglichen Konsequenzen von Konsum und Abstinenz anhand von Pro- und Kontralisten mit anschließender Diskussion erarbeitet. Ziel ist die theoretische Auseinandersetzung mit den Folgen des Abstinenzentschlusses.

In der achten Gruppensitzung werden „Behandlungsmöglichkeiten bei Alkoholabhängigkeit“ mit den Teilnehmern erarbeitet und diskutiert. Die Teilnehmer sollen die Stufen des Therapieprozesses verstehen, um die Akzeptanz weiterer Therapieangebote im Anschluss an den QE zu erhöhen. Die Unterschiede und Möglichkeiten von stationärer und ambulanter Behandlung sowie der Langzeit- bzw. Kurzzeittherapie werden besonders erörtert.

Das dritte Modul („Verlangen, Verführung und Rückfall“) thematisiert mögliche Rückfallsituationen und dazugehörige Coping- und Bewältigungsstrategien.

Der „Ablauf eines Rückfalls“ ist Thema der neunten Gruppensitzung. Den Teilnehmern wird der Regelkreis von Rückfallsituationen nahe gebracht. In Diskussionen werden die individuellen Modelle entwickelt. Die Teilnehmer sollen sensibilisiert werden und lernen, diese Situationen zu thematisieren, um einen therapeutischen Nutzen daraus zu ziehen.

Die zehnte Gruppensitzung „Vor oder nach einem Rückfall – Was ist zu tun?“ ist thematisch zweigeteilt. Der erste Abschnitt thematisiert die Prävention von Rückfällen, der Umgang mit Risikosituationen wird im Gruppenrahmen diskutiert. Neben der Grundbefähigung, Risikosituationen zu erkennen, wird den Teilnehmern nahe gebracht, dass auch im Anschluss an den QE eine langfristige weiterführende Entwöhnungsbehandlung von Nöten ist. Im zweiten Abschnitt der Sitzung wird der Umgang mit einem stattgehabten Rückfall besprochen. Das Ziel, den Rückfall schnellstmöglich zu stoppen, soll mit Hilfe kognitiver Umstrukturierung erreicht

werden. „Günstige Gedanken für die Wiedererlangung der Abstinenz“ werden „Ungünstigen Gedanken für die Wiedererlangung der Abstinenz“ mit entsprechend zu erwartenden Verhaltensmustern gegenübergestellt. „Ziel ist es, auf diese Weise Kognitionen (...) zu entwerfen, die eine hilfreiche Wirkung entfalten können (...) und eine positive Emotion initiiert werden kann.“ (34)

Ein individueller „Notfallplan“ wird in der elften Gruppensitzung erarbeitet. Primäres Ziel ist, Situationen, in denen erhebliches Alkoholverlangen besteht, abstinert begegnen zu können. Hierzu werden verschiedene Strategien mit den Teilnehmern entwickelt, von denen die individuell passendsten Verhaltensweisen auf einem Kärtchen notiert werden. Dieses soll stets mitgeführt werden. Ein zweiter Notfallplan wird für den Fall erstellt, in dem es bereits zu Alkoholkonsum gekommen ist.

In der abschließenden zwölften Gruppensitzung „Ablehnung von Alkohol – Rollenspiele“ werden potenzielle Risikosituationen simuliert. In Rollenspielen sollen die Teilnehmer unter „Laborbedingungen“ üben, mit Hilfe des individuellen Notfallplans, Strategien zur Ablehnung eines Alkoholangebotes umzusetzen. Ein „Debriefing“ im Anschluss ist hier von besonderer Bedeutung, da diese künstliche Exposition ggf. zu Trinkverlangen führen kann.

Einige Elemente der Module wurden durch das Team des QE am Bundeswehrkrankenhaus Berlin an militärspezifische Besonderheiten adaptiert. Beispielsweise werden Konflikte mit Vorgesetzten und Kameraden besprochen, die unter anderem auf dem spezifischen Umgang der Teilnehmer mit hierarchischen Strukturen im Sinne von Autoritätskonflikten beruhen. Zusätzlich werden Erfahrungen aus Auslandseinsätzen erörtert, um abzuschätzen, ob der Alkoholkonsum ggfs. im Sinne einer Spannungsreduktion nach Einsatzerfahrungen funktionalisiert wird. Eine traumatherapeutische Bearbeitung im engeren Sinne erfolgt in diesem Kontext allerdings nicht, ggf. wird dafür eine zweizeitige Wiederaufnahme vereinbart.

Die täglichen Gruppensitzungen werden ergänzt durch Angebote des allgemeinen stationären Settings mit Bewegungs-, Ergo- und entspannungstherapeutischen Elementen. Ein Muster für einen Wochenplan bei QE im Bundeswehrkrankenhaus Berlin findet sich im Anhang.

Die Teilnehmer sollen nach dem QE gewappnet sein, Rückfallrisikosituationen erfolgreich begegnen zu können und initial abstinent zu bleiben.

8.5 Statistik

Primäre Zielvariablen waren der Gesamtscore der SESA-Skala und des KAZ-35 vor Therapie sowie die Differenz des KAZ-Gesamtscores nach vs. vor Therapie.

Für die Bestimmung des Einflusses von Wertetypen auf die Zielvariablen wurden Regressionsanalysen angewandt.

Der Vergleich von Wertorientierungen vor/nach Therapie wurde nach Prüfung der Normalverteilung mit einem t-Test für verbundene Stichproben vorgenommen. Zur Beschreibung des Signifikanzniveaus zeigt im Folgenden „T“ die Variationsbreite der Mittelwerte zum geschätzten Standardfehler und „p“ die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Daten wie beobachtet realisieren, falls tatsächlich die Nullhypothese zutrifft, also kein statistischer Zusammenhang über der Zufallswahrscheinlichkeit besteht. Liegt dieser p-Wert unter dem Signifikanzniveau α – hier 0,05 – spricht dies für eine statistisch signifikante Korrelation. Diese wird allgemein bei p-Werten < 0,05 gesehen.

Angesichts des explorativen Charakters der Studie wurde keine alpha-Adjustierung durchgeführt.

9 Ergebnisse

Im Folgenden ist eine tabellarische Übersicht der soziodemographischen Angaben der Studienteilnehmer aufgeführt.

Tabelle 2: Soziodemographische Angaben der Testgruppe

| Schulbildung | n | % |
|--|----|-------|
| 8. Klasse (Hauptschulabschluss, Volksschulabschluss) | 5 | 10,42 |
| 10. Klasse (Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife, POS) | 29 | 60,42 |
| 12. oder 13. Klasse (Abitur und vergleichbar) | 14 | 29,17 |
| Familienstand | | |
| ledig | 29 | 60,42 |
| verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft | 17 | 35,42 |
| geschieden | 1 | 2,08 |
| falsche Angabe | 1 | 2,08 |
| Berufstätigkeit | | |
| berufstätig | 42 | 87,5 |
| beschützte Beschäftigung | 1 | 2,08 |
| Schule/Ausbildung/Zivil- oder Wehrdienst | 4 | 8,33 |
| keine Angabe | 1 | 2,08 |
| Partnerschaft | | |
| Ja | 27 | 56,25 |
| Nein | 1 | 2,08 |
| keine Angabe | 20 | 41,67 |
| falsche Angabe | 0 | 0 |
| Anzahl der Entgiftungen | | |
| 1 mal | 31 | 64,58 |
| 2 mal | 5 | 10,42 |
| 3 mal | 3 | 6,25 |
| 30 mal | 1 | 2,08 |
| keine Angabe | 1 | 2,08 |
| falsche Angabe | 7 | 14,58 |
| Dauer der Alkoholproblematik | | |
| 0 bis 1 Jahr | 10 | 20,83 |
| 1,5 bis 2 Jahre | 7 | 14,58 |
| 2,5 bis 4 Jahre | 9 | 18,75 |
| 4,5 bis 6 Jahre | 4 | 8,33 |
| 6,5 bis 10 Jahre | 6 | 12,5 |
| über 10 Jahre | 6 | 12,5 |
| keine Angabe | 3 | 6,25 |
| falsche Angabe | 3 | 6,25 |

9.1 Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35)

Tabelle 3 zeigt die Gegenüberstellung der Rohwerte der unter 8.3.4 erläuterten Punktwerte im KAZ-35, dem Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht, der einzelnen Probanden (Nr. 1 bis 41) vor und nach Therapie.

In die Auswertung wurden nur die Datensätze der Probanden aufgenommen, die sowohl vor, als auch nach Therapie verwertbare Fragebögen abgegeben haben. Bei sieben Datensätzen war die entsprechende Bewertbarkeit nicht gegeben.

Tabelle 3: Rohwerte im KAZ-35 vor (T0) und nach (T1) Therapie nach Subskalen

| Nr. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|--------|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|-----|-----|
| UG T0 | 78 | 76 | 70 | 92 | 56 | 80 | 86 | 52 | 62 | 100 | 100 |
| UG T1 | 96 | 94 | 78 | 80 | 60 | 84 | 100 | 30 | 65 | 91 | 100 |
| AdT T0 | 82 | 84 | 70 | 92 | 70 | 86 | 90 | 60 | 68 | 94 | 100 |
| AdT T1 | 86 | 94 | 84 | 40 | 62 | 83 | 100 | 22 | 82 | 96 | 100 |
| SD T0 | 70 | 75 | 70 | 78 | 66 | 76 | 82 | 54 | 74 | 72 | 90 |
| SD T1 | 82 | 85 | 74 | 72 | 72 | 86 | 90 | 58 | 86 | 88 | 90 |
| AG T0 | 48 | 47 | 38 | 48 | 40 | 50 | 52 | 14 | 40 | 54 | 60 |
| AG T1 | 52 | 59 | 46 | 48 | 60 | 58 | 60 | 44 | 58 | 60 | 60 |

| Nr. | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
|--------|-----|----|----|----|----|----|-----|-----|----|----|----|
| UG T0 | 100 | 74 | 84 | 50 | 52 | 64 | 76 | 52 | 76 | 94 | 94 |
| UG T1 | 100 | 94 | 96 | 32 | 98 | 46 | 98 | 100 | 70 | 80 | 96 |
| AdT T0 | 100 | 84 | 94 | 62 | 84 | 86 | 86 | 58 | 68 | 82 | 98 |
| AdT T1 | 100 | 84 | 86 | 40 | 90 | 4 | 100 | 100 | 62 | 48 | 98 |
| SD T0 | 90 | 68 | 84 | 36 | 62 | 72 | 78 | 56 | 72 | 80 | 84 |
| SD T1 | 90 | 90 | 88 | 54 | 90 | 90 | 90 | 60 | 52 | 80 | 90 |
| AG T0 | 60 | 48 | 60 | 26 | 46 | 36 | 48 | 38 | 46 | 54 | 52 |
| AG T1 | 60 | 56 | 60 | 50 | 60 | 32 | 60 | 60 | 56 | 46 | 60 |

| Nr. | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 |
|--------|----|-----|----|----|-----|----|----|----|-----|-----|-----|
| UG T0 | 64 | 100 | 36 | 64 | 100 | 72 | 84 | 66 | 68 | 78 | 76 |
| UG T1 | 66 | 100 | 90 | 42 | 100 | 96 | 71 | 82 | 100 | 94 | 100 |
| AdT T0 | 66 | 100 | 50 | 74 | 100 | 86 | 85 | 74 | 90 | 84 | 92 |
| AdT T1 | 54 | 100 | 92 | 80 | 98 | 72 | 51 | 68 | 44 | 100 | 96 |
| SD T0 | 56 | 90 | 44 | 82 | 88 | 70 | 62 | 60 | 56 | 72 | 68 |
| SD T1 | 36 | 90 | 78 | 86 | 90 | 76 | 76 | 58 | 90 | 84 | 90 |
| AG T0 | 40 | 60 | 24 | 32 | 58 | 40 | 46 | 44 | 52 | 50 | 58 |
| AG T1 | 36 | 60 | 54 | 56 | 60 | 56 | 48 | 58 | 60 | 60 | 58 |

| Nr. | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 |
|--------|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| UG T0 | 64 | 74 | 98 | 98 | 98 | 100 | 100 | 92 |
| UG T1 | 98 | 92 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| AdT T0 | 84 | 96 | 100 | 96 | 96 | 98 | 100 | 96 |
| AdT T1 | 90 | 96 | 100 | 98 | 100 | 100 | 100 | 94 |
| SD T0 | 44 | 82 | 90 | 84 | 84 | 90 | 90 | 80 |
| SD T1 | 70 | 86 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 82 |
| AG T0 | 44 | 58 | 60 | 60 | 56 | 58 | 60 | 60 |
| AG T1 | 60 | 58 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 |

UG = Unangenehme Gefühle, AdT = Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten,
SD = Sozialer Druck, AG = Angenehme Gefühle

Es zeigt sich überwiegend eine Steigerung des Punktwertes nach Therapie und damit eine stärkere Abstinenzzuversicht. Bei zwei Datensätzen (Nrn. 11 und 12) zeigte sich keine Änderung. Bei einer Testperson (Nr. 23) war eine Abnahme der Abstinenzzuversicht nach Therapie im Vergleich zur Eingangserhebung zu verzeichnen.

Nach Auswertung der Rohwerte des KAZ-35 ergab sich, dass die initiale Abstinenzzuversicht im KAZ-35 durch Wertorientierungen nicht beeinflusst wurde (Tabelle 4).

Tabelle 4: Regressionsanalyse zum Einfluss der initialen Wertetypen nach Schwartz auf die Abstinenzzuversicht des KAZ vor Therapie

| | Stand. Koeff. Beta | T | p |
|------------------|--------------------|--------|------|
| Konstante | | 1.236 | .226 |
| Macht | -.181 | -.376 | .710 |
| Leistung | -.439 | -.637 | .529 |
| Hedonismus | .374 | .787 | .438 |
| Stimulation | -.200 | -.296 | .769 |
| Selbstbestimmung | .204 | .540 | .593 |
| Universalismus | -.697 | -1.731 | .094 |
| Benevolenz | .121 | .273 | .787 |
| Tradition | -.624 | -1.141 | .263 |
| Konformität | .470 | .723 | .475 |
| Sicherheit | .438 | .672 | .507 |

Stand. Koeff. Beta: Standardisierter Koeffizient Beta

T: Testprüfgröße zur Signifikanzberechnung auf der t-Verteilung mit (n-1) Freiheitsgraden

p: Überschreitungswahrscheinlichkeit

Auch bei Einzelbetrachtung der Subskalen zeigte sich keine signifikante Korrelation einzelner motivationaler Wertetypen mit Einzelfaktoren des KAZ.

Ob und in wiefern die einzelnen Subskalen des KAZ-35 bei der Testgruppe den Gesamtwert beeinflussen, soll die Ermittlung der entsprechenden Interkorrelationen zeigen (Tabelle 5).

Besonderheiten der Testgruppe zeigen sich im Vergleich mit der Probandengruppe nach (41).

Tabelle 5: Interkorrelationsmatrix der Subskalen des KAZ-35

| T0 | KAZ-1 (UG) | KAZ-2 (AdT) | KAZ-3 (SD) | KAZ-4 (AG) | KAZ-GES |
|----------------|---------------|----------------|------------|---------------|---------|
| KAZ-1 (UG) | 1 | | | | |
| KAZ-2 (AdT) | .64 (.59) | 1 | | | |
| KAZ-3 (SD) | .68 (.75) | .47 (.57) | 1 | | |
| KAZ-4 (AG) | .65 (.55) | .48 (.54) | .81 (.74) | 1 | |
| KAZ-GES | .89 (.86) | .78 (.84) | .87 (.88) | .86 (.77) | 1 |

In Klammern kursiv die Vergleichswerte nach (41)

UG = Unangenehme Gefühle, AdT = Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten,
SD = Sozialer Druck, AG = Angenehme Gefühle

Es zeigt sich eine minimal höhere Interkorrelation der Subskalen „Unangenehme Gefühle“ und eine deutlich höhere bei „Angenehme Gefühle“ zum Gesamtwert des KAZ bei der Testgruppe.

Im Vergleich zur Gruppe nach (41) ist die Interkorrelation bei „Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten“ bei der Testgruppe geringer, bei der Subskala „Sozialer Druck“ annähernd gleich.

Der Einfluss der Wertorientierung auf den KAZ-35 Gesamtscore wurde mit Hilfe einer Regressionsanalyse ermittelt.

Für die Veränderung des KAZ Gesamtscores (nach Therapie vs. vor Therapie) fand sich ein signifikant positiver Einfluss des Wertes Tradition, bezogen auf den Ausgangswert (T0) (Tabelle 6).

Im Verlauf des Qualifizierten Entzuges erhöhte sich die Abstinenzzuversicht im KAZ-35 signifikant ($t(46)=2,837$; $p=.007$).

Tabelle 6: Regressionsanalyse zum Einfluss der initialen Wertetypen nach Schwartz auf die Veränderung der Skalenwerte des KAZ nach vs. vor Therapie

| | Stand. Koeff. Beta | T | p |
|------------------|-----------------------|--------------|-------------|
| Konstante | | -.361 | .720 |
| Macht | .252 | 1.296 | .203 |
| Leistung | .175 | .734 | .468 |
| Hedonismus | -.143 | -.699 | .489 |
| Stimulation | .008 | .032 | .975 |
| Selbstbestimmung | -.050 | -.286 | .777 |
| Universalismus | -.139 | -.723 | .474 |
| Benevolenz | -.051 | -.249 | .805 |
| Tradition | .602 | 2.559 | .015 |
| Konformität | -.392 | -1.615 | .107 |
| Sicherheit | .163 | .850 | .401 |

Stand. Koeff. Beta: Standardisierter Koeffizient Beta

T: Testprüfgröße zur Signifikanzberechnung auf der t-Verteilung mit (n-1) Freiheitsgraden

p: Überschreitungswahrscheinlichkeit

9.2 Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA)

Zur Abschätzung der Validierbarkeit der Rohwerte der SESA zu Beginn der Therapie, wurde der Test nach Therapie erneut durchgeführt.

Ein Datensatz konnte hier nicht aufgenommen werden, da der Fragebogen zum Stand nach Therapie nicht verwertbar war.

Tabelle 7: Rohwerte der SESA vor (T0) und nach (T1) Therapie nach Subskalen

| Nr. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|-------|----|----|----|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| E T0 | 7 | 12 | 8 | 4 | 3 | 1 | 9 | 14 | 14 | 4 | 0 | 0 |
| E T1 | 6 | 10 | 7 | 3 | 5 | 9 | 16 | 9 | 8 | 7 | 0 | 0 |
| K T0 | 8 | 9 | 10 | 0 | 0 | 3 | 12 | 3 | 3 | 0 | 1 | 0 |
| K T1 | 5 | 4 | 5 | 1 | 0 | 0 | 12 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| V T0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 12 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| V T1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| P T0 | 14 | 21 | 20 | 0 | 3 | 0 | 31 | 20 | 15 | 4 | 1 | 1 |
| P T1 | 5 | 25 | 15 | 1 | 7 | 20 | 32 | 24 | 11 | 9 | 0 | 0 |
| T T0 | 4 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 0 | 1 |
| T T1 | 3 | 4 | 0 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 0 | 1 |
| TE T0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TE T1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TU T0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 |
| TU T1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |

| Nr. | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| E T0 | 6 | 12 | 12 | 9 | 13 | 11 | 1 | 4 | 6 | 6 | 8 | 11 |
| E T1 | 5 | 6 | 9 | 9 | 11 | 6 | 0 | 5 | 9 | 8 | 4 | 0 |
| K T0 | 0 | 5 | 3 | 1 | 10 | 2 | 1 | 0 | 5 | 6 | 0 | 8 |
| K T1 | 0 | 3 | 9 | 1 | 9 | 0 | 0 | 0 | 7 | 4 | 0 | 0 |
| V T0 | 0 | 9 | 10 | 0 | 6 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 9 |
| V T1 | 0 | 7 | 8 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| P T0 | 5 | 29 | 22 | 9 | 23 | 9 | 1 | 5 | 19 | 17 | 7 | 19 |
| P T1 | 5 | 20 | 25 | 11 | 24 | 4 | 0 | 0 | 16 | 8 | 3 | 0 |
| T T0 | 1 | 4 | 2 | 4 | 4 | 0 | 2 | 4 | 1 | 4 | 3 | 4 |
| T T1 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 0 | 1 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 |
| TE T0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| TE T1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TU T0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 |
| TU T1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| Nr. | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 |
|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| E T0 | 8 | 5 | 2 | 6 | 16 | 9 | 16 | 2 | 12 | 12 | 16 | 5 |
| E T1 | 4 | 2 | 1 | 4 | 13 | 8 | 16 | 1 | 11 | 5 | 16 | 12 |
| K T0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 3 | 9 | 0 | 7 | 3 | 12 | 11 |
| K T1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 2 | 12 | 0 | 6 | 0 | 12 | 12 |
| V T0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 0 | 12 | 0 | 4 | 0 | 2 | 0 |
| V T1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 12 | 0 | 3 | 0 | 9 | 0 |
| P T0 | 8 | 8 | 0 | 5 | 30 | 5 | 28 | 1 | 9 | 20 | 26 | 21 |
| P T1 | 2 | 11 | 0 | 3 | 27 | 3 | 32 | 0 | 11 | 14 | 28 | 27 |
| T T0 | 4 | 3 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 4 | 3 | 1 |
| T T1 | 3 | 0 | 1 | 2 | 4 | 1 | 4 | 0 | 1 | 4 | 4 | 0 |
| TE T0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| TE T1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| TU T0 | 1 | 3 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 4 | 4 | 0 | 4 | 0 |
| TU T1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 4 | 3 | 0 | 0 | 1 |

| Nr. | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 |
|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| E T0 | 1 | 6 | 0 | 5 | 3 | 9 | 2 | 7 | 14 | 0 | 1 |
| E T1 | 2 | 5 | 1 | 4 | 1 | 4 | 0 | 8 | 13 | 0 | 1 |
| K T0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1 | 7 | 7 | 0 | 0 |
| K T1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 5 | 8 | 0 | 1 |
| V T0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 5 | 4 | 0 | 0 |
| V T1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| P T0 | 1 | 9 | 6 | 4 | 0 | 17 | 3 | 18 | 27 | 0 | 1 |
| P T1 | 0 | 1 | 4 | 4 | 0 | 7 | 0 | 10 | 20 | 0 | 0 |
| T T0 | 0 | 4 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 3 | 4 | 2 | 0 |
| T T1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 3 | 5 | 0 | 0 |
| TE T0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| TE T1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| TU T0 | 3 | 2 | 3 | 1 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| TU T1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 2 |

E = Einengung des Trinkverhaltens, K = Körperliche Entzugssymptome, V = Alkoholkonsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen, P = Psychische Entzugssymptome, T = Toleranzsteigerung, TE = Extreme Toleranzsteigerung, TU = Toleranzumkehr

Der Einfluss der Wertetypen nach Schwartz auf die Schwere der Alkoholabhängigkeit wurde mit Hilfe einer Regressionsanalyse bestimmt.

Die Analyse erfolgte durch Auswertung der SESA – Werte zu Beginn der Therapie. Die Verwertbarkeit der Testergebnisse vor Therapie konnte durch die Testung nach Therapie bestätigt werden.

Eventuelle Änderungen zum Einfluss der Wertetypen auf die SESA – Rohwerte nach Therapie wurden nicht zusätzlich betrachtet.

Der Skalenwert des Wertetyps Hedonismus war signifikant positiv, Stimulation dagegen negativ mit der Schwere der Alkoholabhängigkeit in der SESA zum Beginn der Therapie assoziiert (Tabelle 8).

Tabelle 8: Regressionsanalyse zum Einfluss der Wertetypen nach Schwartz auf die Schwere der Alkoholabhängigkeit in der SESA zum Beginn der Therapie

| | Stand. Koeff. Beta | T | p |
|------------------|--------------------|---------------|-------------|
| Konstante | | -.209 | .836 |
| Macht | .132 | .662 | .512 |
| Leistung | -.042 | -.195 | .847 |
| Hedonismus | .474 | 2.350 | .024 |
| Stimulation | -.633 | -2.787 | .008 |
| Selbstbestimmung | .102 | .585 | .562 |
| Universalismus | -.138 | -.745 | .461 |
| Benevolenz | -.044 | -.214 | .831 |
| Tradition | -.059 | -.261 | .795 |
| Konformität | .332 | 1.643 | .109 |
| Sicherheit | .034 | .200 | .843 |

Stand. Koeff. Beta: Standardisierter Koeffizient Beta

T: Testprüfgröße zur Signifikanzberechnung auf der t-Verteilung mit (n-1) Freiheitsgraden

p: Überschreitungswahrscheinlichkeit

9.3 Wertorientierung vor Therapie (T0)

Interkorrelationen T0

Zur Bestimmung eventueller Besonderheiten in der Wertkonstellation der Probanden („Testgruppe“) wurden Interkorrelationen der motivationalen Ziele gem. PVQ ermittelt und mit den Interkorrelationen einer Gruppe mit bestätigter zirkumplexer Struktur der motivationalen Ziele („Vergleichsgruppe“) verglichen.

Bestimmt wurde der Pearson'sche Korrelationskoeffizient. Die damit ermittelten Werte bewegen sich zwischen 1 und -1. Ein Korrelationskoeffizient von 1 bedeutet eine perfekte positive Korrelation, -1 zeigt eine vollständig negative Korrelation. Liegt der Korrelationskoeffizient bei exakt 0, so sind die Merkmale statistisch komplett unabhängig.

Als „Vergleichsgruppe“ wurden die Daten herangezogen, die Schmidt et al. in ihrer Studie aus 2007 gewonnen haben. In dieser wurden die PVQ von 395 Studenten aus Deutschland ausgewertet. Die zirkumplexe Beziehungsstruktur der motivationalen Wertetypen wurde dabei weitgehend bestätigt.

Tabelle 9: Interkorrelationstabelle der motivationalen Ziele

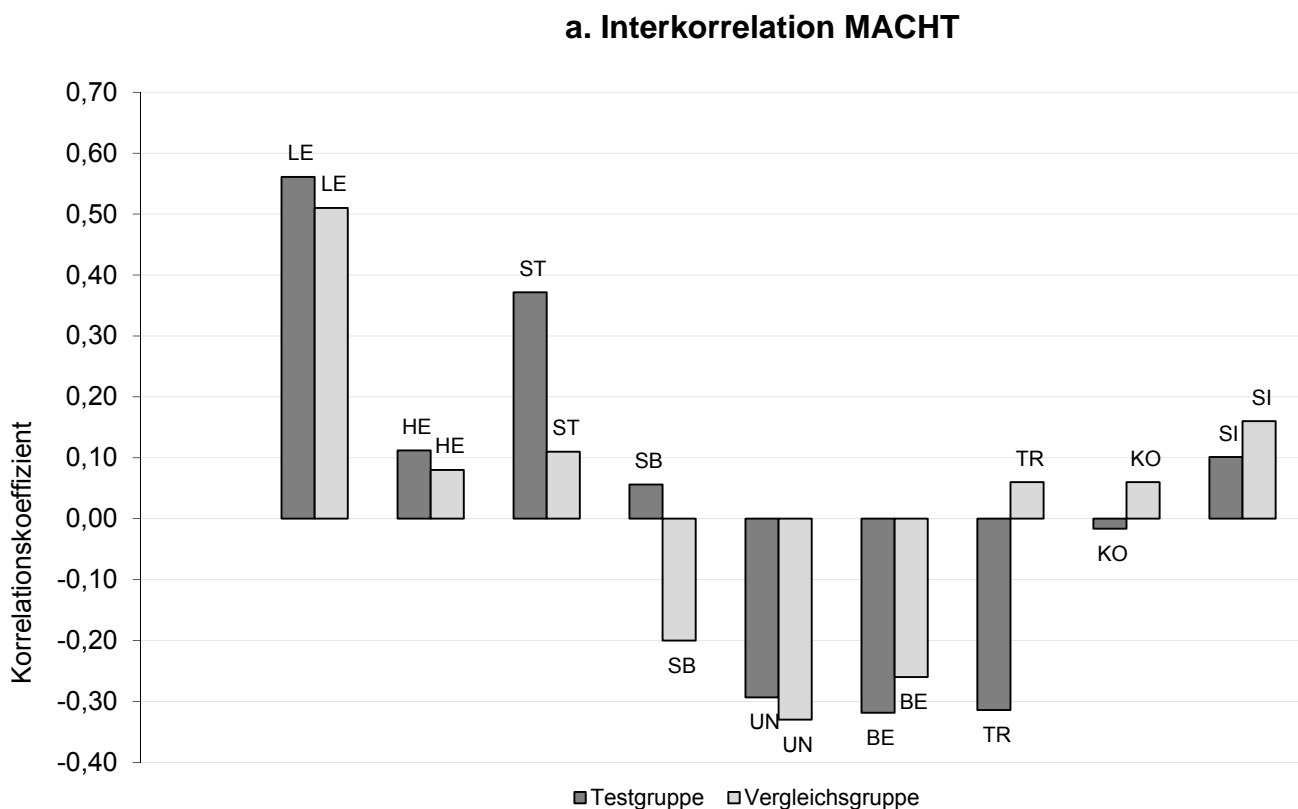
| | MA | LE | HE | ST | SB | UN | BE | TR | KO | SI |
|----|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| MA | - | 0,51 | 0,08 | 0,11 | -0,20 | -0,33 | -0,26 | 0,06 | 0,06 | 0,16 |
| LE | 0,56 | - | 0,18 | 0,17 | 0,16 | -0,21 | -0,15 | 0,05 | 0,05 | 0,50 |
| HE | 0,11 | 0,32 | - | 0,69 | 0,45 | -0,12 | -0,07 | 0,03 | 0,03 | 0,24 |
| ST | 0,37 | 0,48 | 0,64 | - | 0,82 | -0,08 | 0,04 | -0,07 | -0,07 | -0,07 |
| SB | 0,06 | 0,11 | 0,34 | 0,41 | - | 0,29 | 0,22 | -0,13 | -0,13 | -0,12 |
| UN | -0,29 | -0,03 | 0,27 | 0,10 | 0,35 | - | 0,70 | 0,11 | 0,11 | 0,05 |
| BE | -0,32 | -0,08 | 0,33 | 0,12 | 0,21 | 0,52 | - | 0,42 | 0,42 | 0,17 |
| TR | -0,31 | -0,37 | 0,18 | 0,03 | 0,26 | 0,48 | 0,57 | - | - | 0,71 |
| KO | -0,02 | 0,13 | 0,06 | -0,01 | -0,09 | 0,32 | 0,47 | 0,46 | - | 0,71 |
| SI | 0,10 | 0,18 | 0,25 | 0,01 | 0,09 | 0,29 | 0,27 | 0,26 | 0,39 | - |

MA = MACHT, LE = LEISTUNG, HE = HEDONISMUS, ST = STIMULATION, SB = SELBSTBESTIMMUNG, UN = UNIVERSALISMUS, BE = BENEVOLENZ, TR = TRADITION, KO = KONFORMITÄT, SI = SICHERHEIT (im oberen Anteil *kursiv* die Werte der Vergleichsgruppe nach (17))

Die Interkorrelation der motivationalen Ziele „Tradition“ und „Konformität“ der Vergleichsgruppe ist nicht aufgeführt, da beide Ziele zusammengefasst in der entsprechenden Studie aufgeführt werden und somit eine Berechnung der Interkorrelation dieser beiden bei der Vergleichsgruppe nicht möglich ist. Entsprechend sind diese in den Abb. 4h. und 4i. nicht dargestellt.

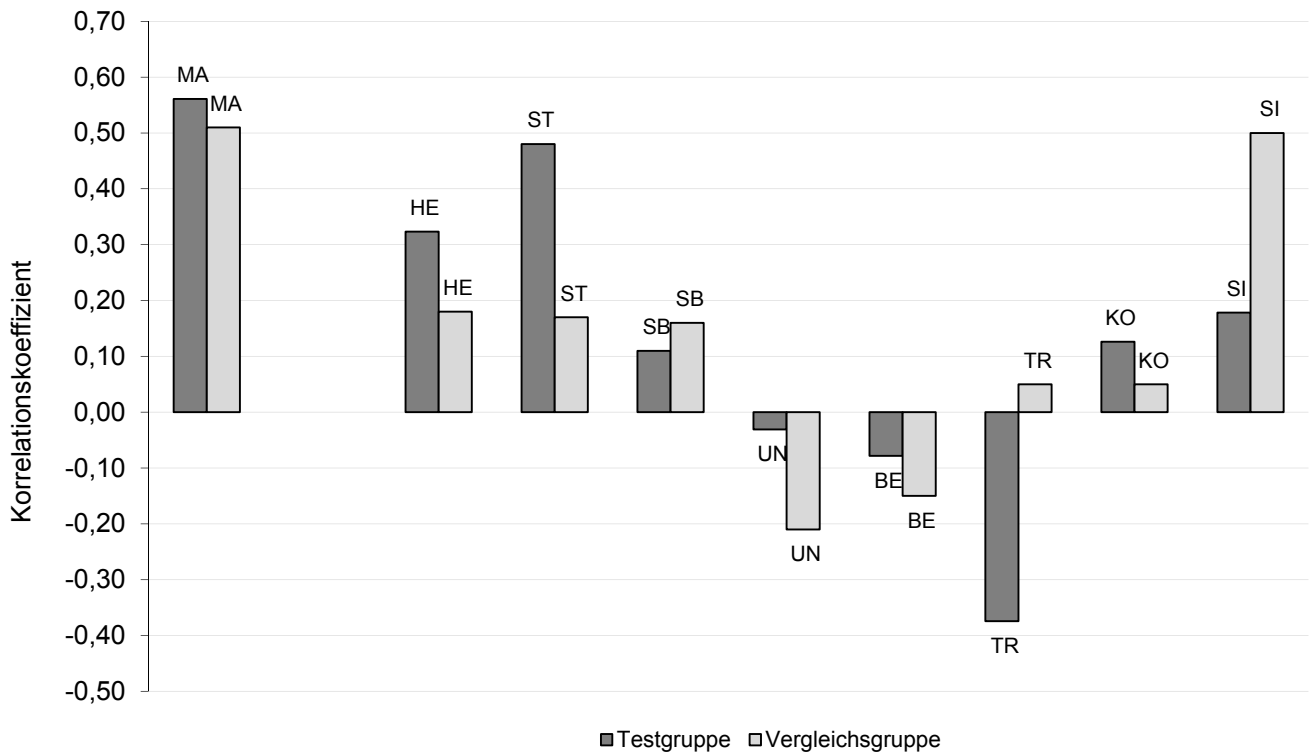
Im Bereich der rechten Hälfte des zirkumplexen Modells, in dem die sog. Traditionellen Werte abgebildet sind, zeigen sich zum Teil deutliche Abweichungen. Diese Abweichungen sind besonders in den motivationalen Zielen „Tradition“ , „Konformität“ und „Sicherheit“ aus dem Quadranten der „Bewahrung“ zu erkennen.

Abb. 4 a – j: Grafische Darstellung der Interkorrelationen der motivationalen Ziele im direkten Vergleich

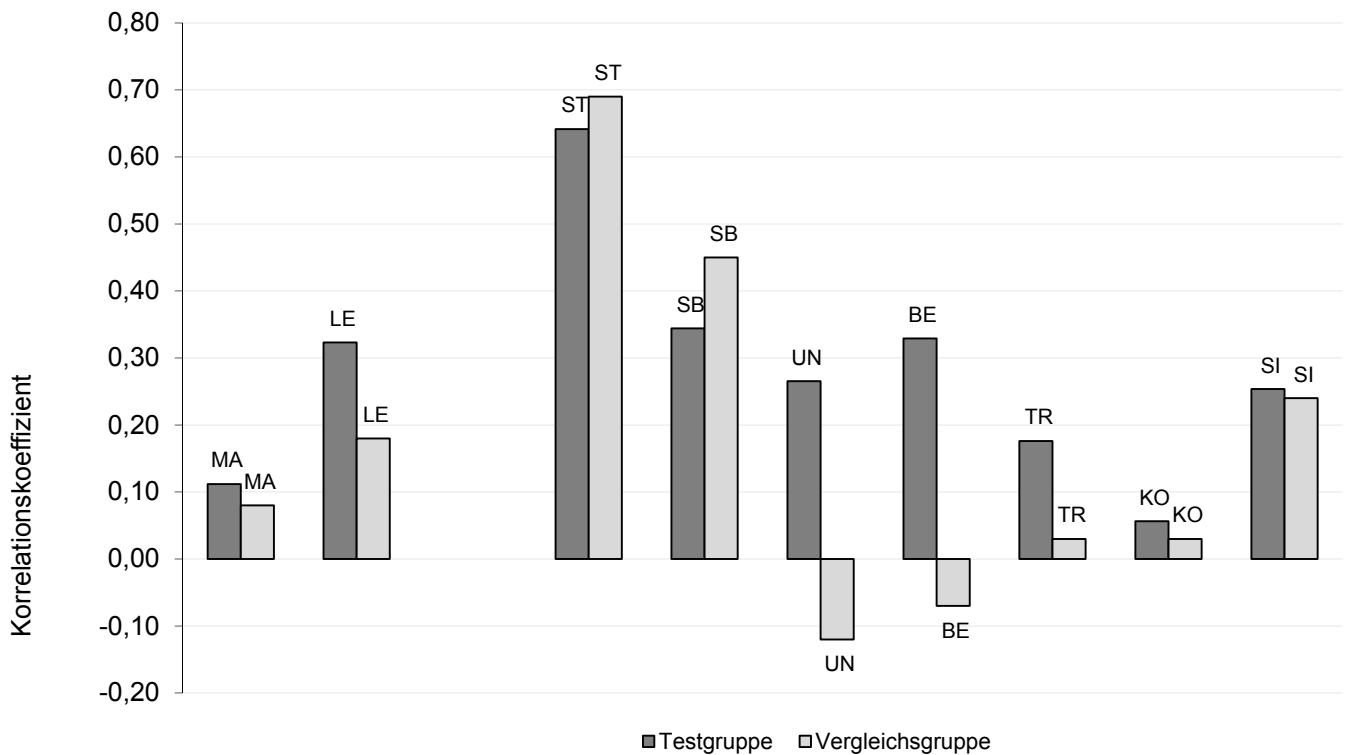


MA = MACHT, LE = LEISTUNG, HE = HEDONISMUS, ST = STIMULATION, SB = SELBSTBESTIMMUNG, UN = UNIVERSALISMUS, BE = BENEVOLENZ, TR = TRADITION, KO = KONFORMITÄT, SI = SICHERHEIT

b. Interkorrelation LEISTUNG

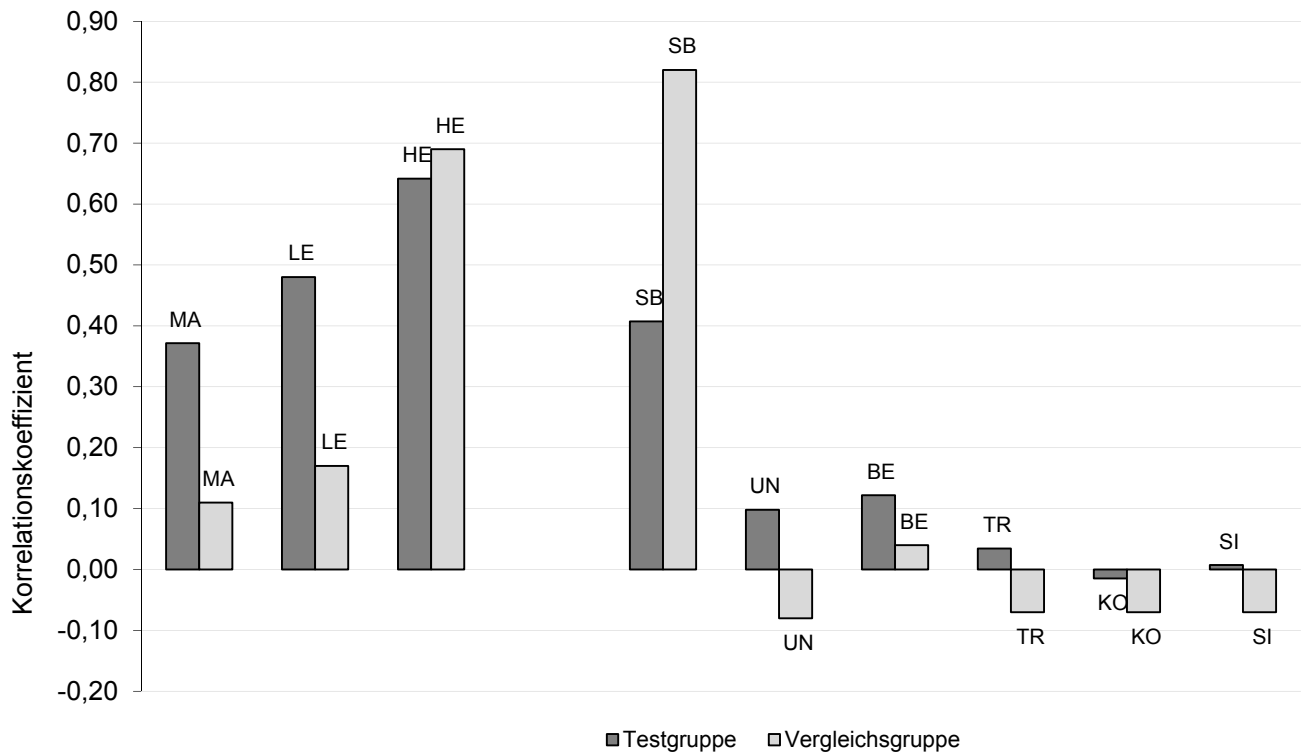


c. Interkorrelation HEDONISMUS

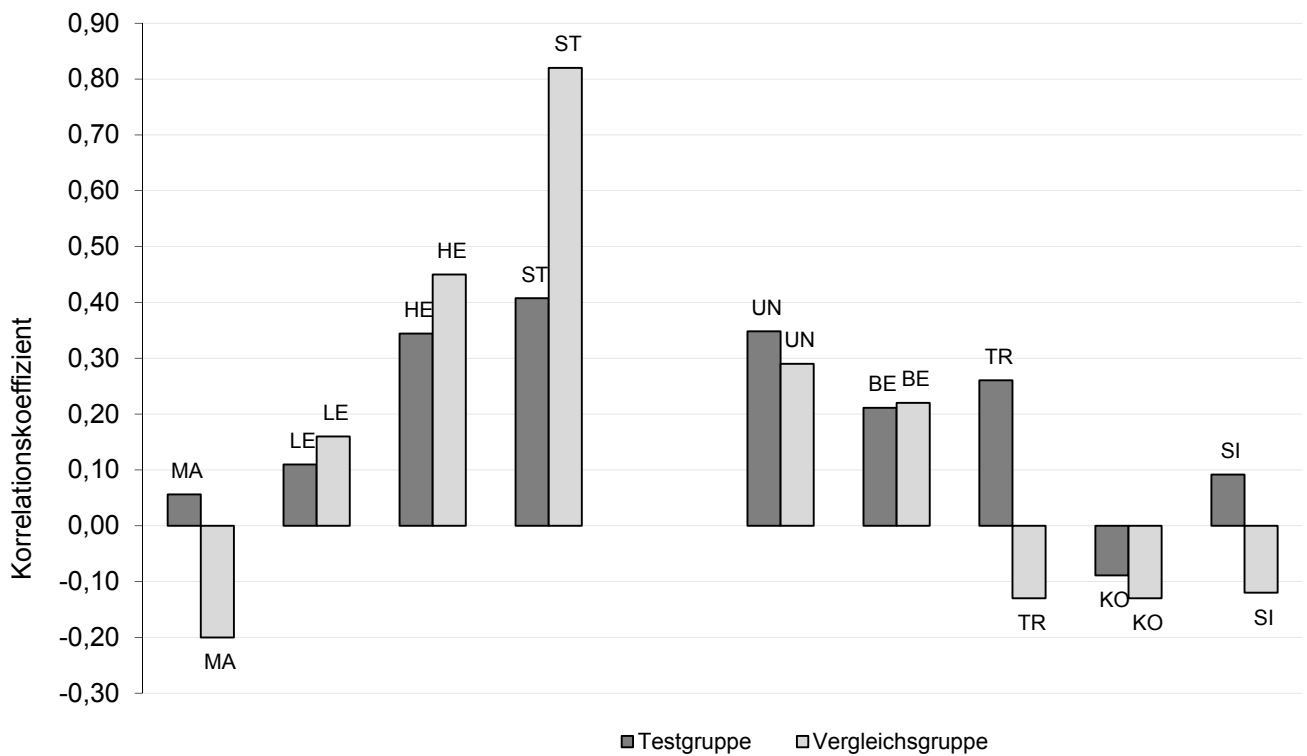


MA = MACHT, LE = LEISTUNG, HE = HEDONISMUS, ST = STIMULATION, SB = SELBSTBESTIMMUNG,
UN = UNIVERSALISMUS, BE = BENEVOLENZ, TR = TRADITION, KO = KONFORMITÄT, SI = SICHERHEIT

d. Interkorrelation STIMULATION

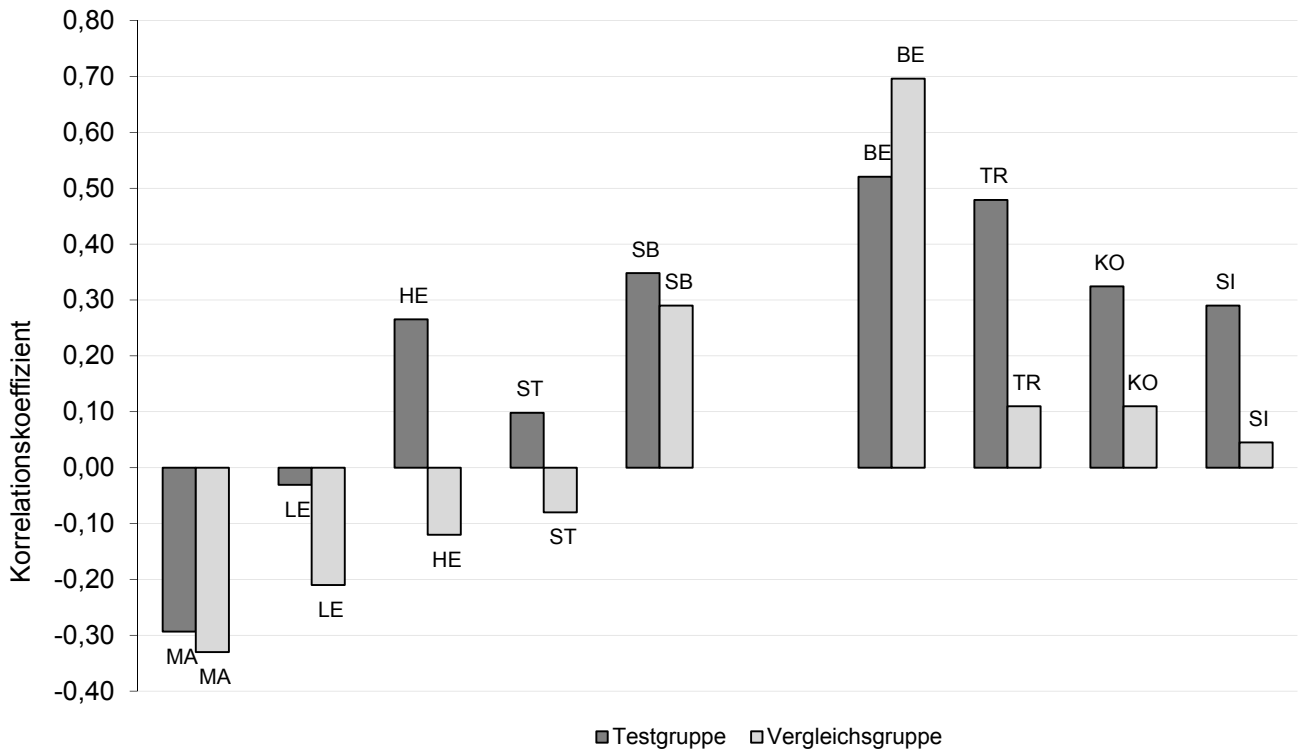


e. Interkorrelation SELBSTBESTIMMUNG

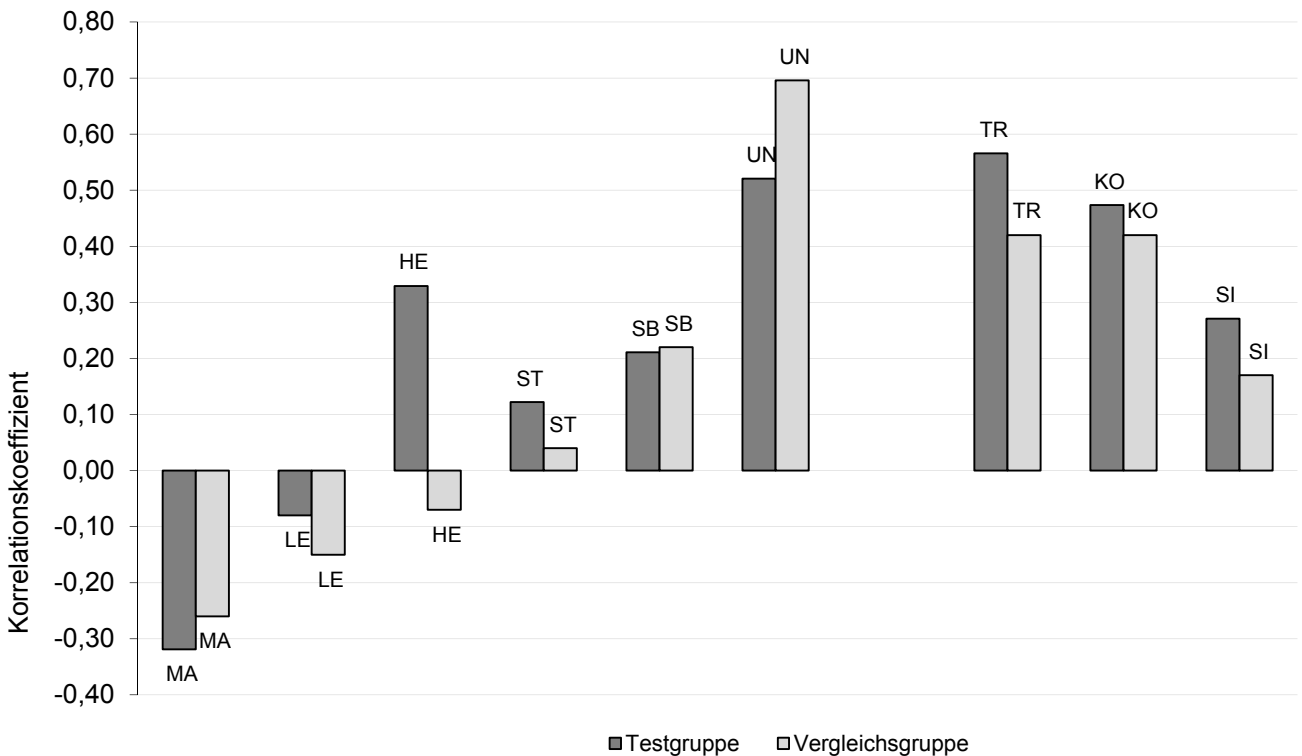


MA = MACHT, LE = LEISTUNG, HE = HEDONISMUS, ST = STIMULATION, SB = SELBSTBESTIMMUNG,
 UN = UNIVERSALISMUS, BE = BENEVOLENZ, TR = TRADITION, KO = KONFORMITÄT, SI = SICHERHEIT

f. Interkorrelation UNIVERSALISMUS

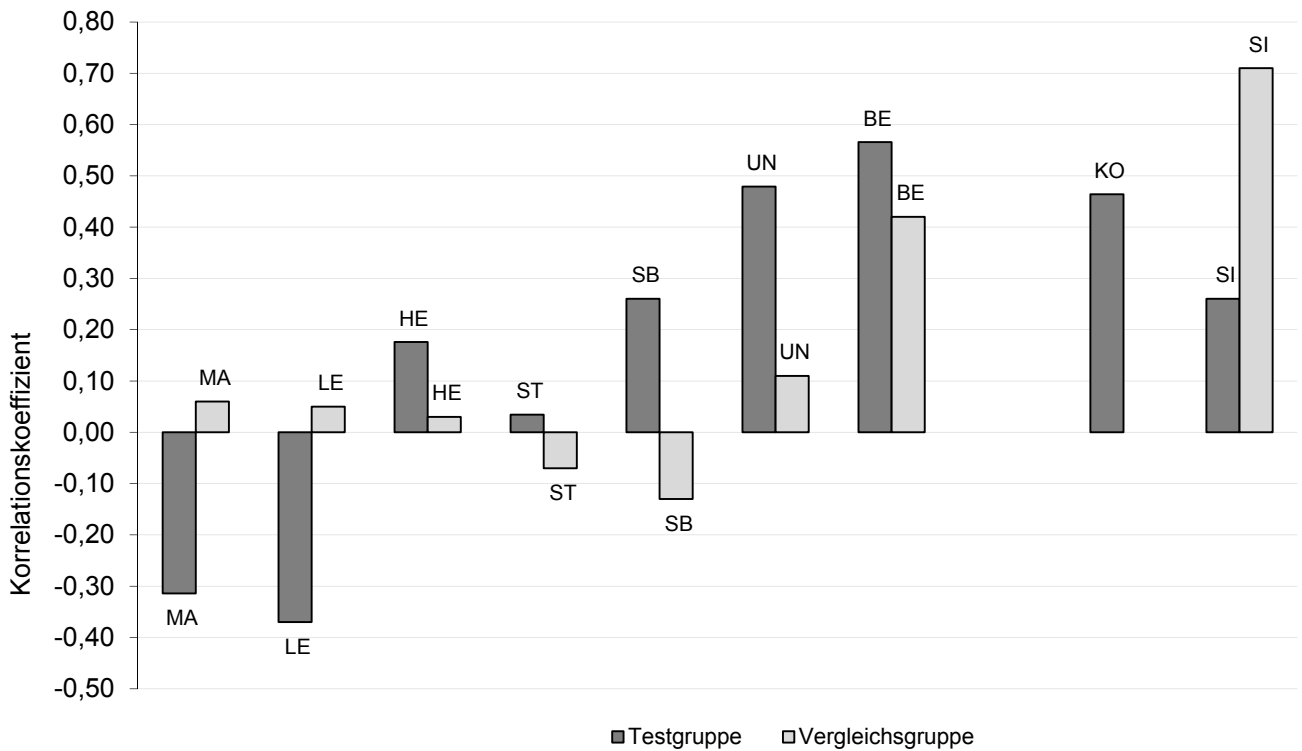


g. Interkorrelation BENEVOLENZ

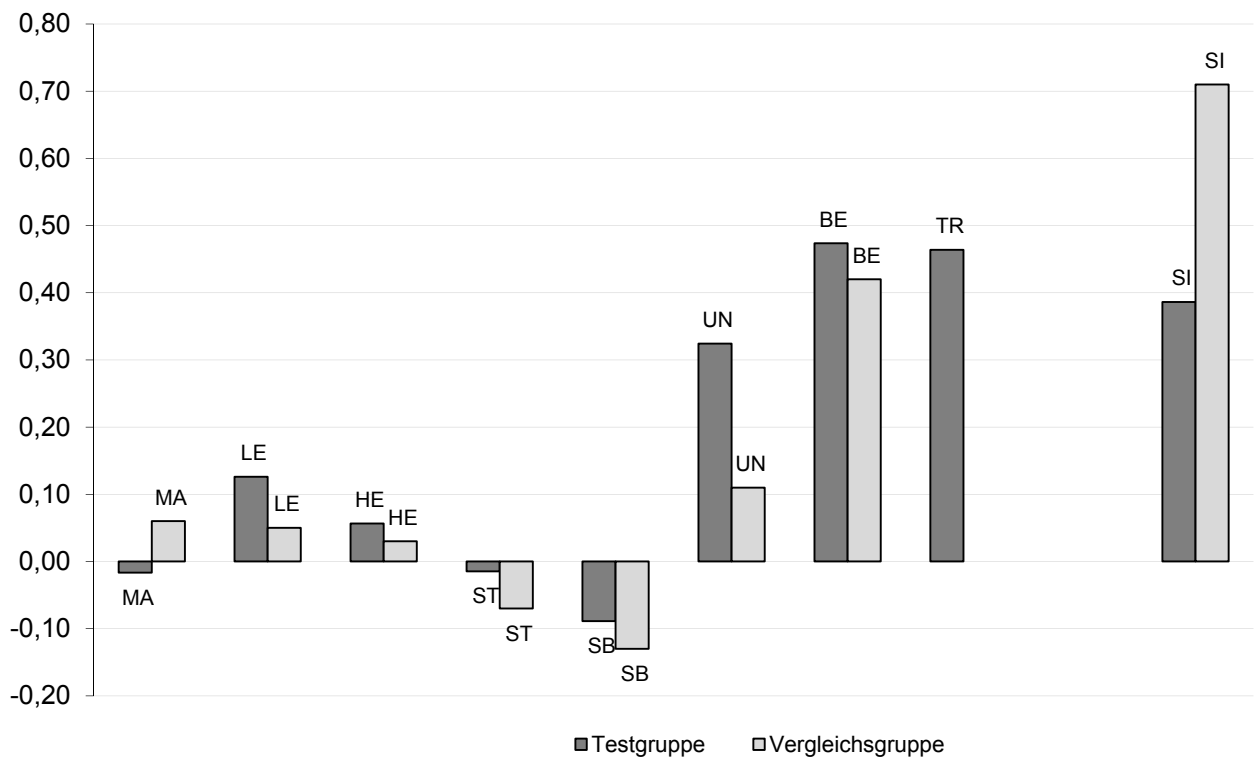


MA = MACHT, LE = LEISTUNG, HE = HEDONISMUS, ST = STIMULATION, SB = SELBSTBESTIMMUNG, UN = UNIVERSALISMUS, BE = BENEVOLENZ, TR = TRADITION, KO = KONFORMITÄT, SI = SICHERHEIT

h. Interkorrelation TRADITION

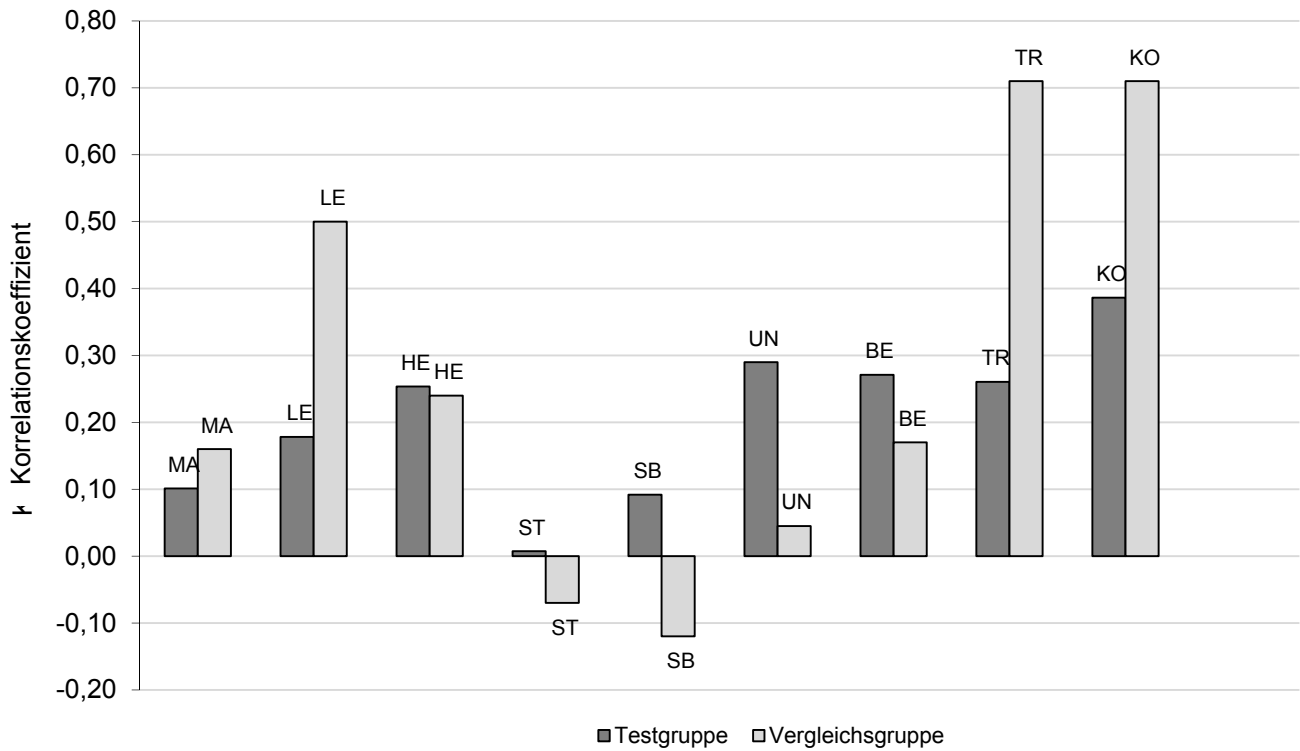


i. Interkorrelation KONFORMITÄT



MA = MACHT, LE = LEISTUNG, HE = HEDONISMUS, ST = STIMULATION, SB = SELBSTBESTIMMUNG,
 UN = UNIVERSALISMUS, BE = BENEVOLENZ, TR = TRADITION, KO = KONFORMITÄT, SI =SICHERHEIT

j. Interkorrelation SICHERHEIT



MA = MACHT, LE = LEISTUNG, HE = HEDONISMUS, ST = STIMULATION, SB = SELBSTBESTIMMUNG,
 UN = UNIVERSALISMUS, BE = BENEVOLENZ, TR = TRADITION, KO = KONFORMITÄT, SI = SICHERHEIT

9.4 Wertorientierung im Verlauf

Im Verlauf des QE war eine signifikante Verminderung der Skala des Wertetyps Macht festzustellen ($t(39)=-2,146$; $p=.038$), ansonsten traten keine Veränderungen der Wertetypen nach dem QE im Vergleich zu den Ausgangswerten auf.

Tabelle 10: Mittelwerte der motivationalen Ziele vor (T0) und nach (T1) Therapie

| | MA | LE | HE | ST | SB | UN | BE | TR | KO | SI |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| T0 | | | | | | | | | | |
| m | 3,27 | 4,11 | 4,34 | 3,81 | 4,70 | 4,34 | 4,85 | 3,59 | 4,31 | 4,28 |
| sd | 0,987 | 1,012 | 0,979 | 1,200 | 0,640 | 0,913 | 0,799 | 0,895 | 0,833 | 0,696 |
| T1 | | | | | | | | | | |
| m | 2,82 | 4,25 | 4,53 | 4,13 | 4,96 | 4,28 | 4,77 | 3,71 | 4,40 | 4,50 |
| sd | 0,810 | 1,032 | 0,862 | 1,075 | 0,598 | 0,929 | 0,809 | 0,902 | 0,764 | 0,647 |

m= Mittelwert, sd = Standardabweichung

MA = MACHT, LE = LEISTUNG, HE = HEDONISMUS, ST = STIMULATION, SB = SELBSTBESTIMMUNG, UN = UNIVERSALISMUS, BE = BENEVOLENZ, TR = TRADITION, KO = KONFORMITÄT, SI = SICHERHEIT

Dies bedeutet für den Skalen – Mittelwert im PVQ eine Verminderung um 14 % bei „Macht“.

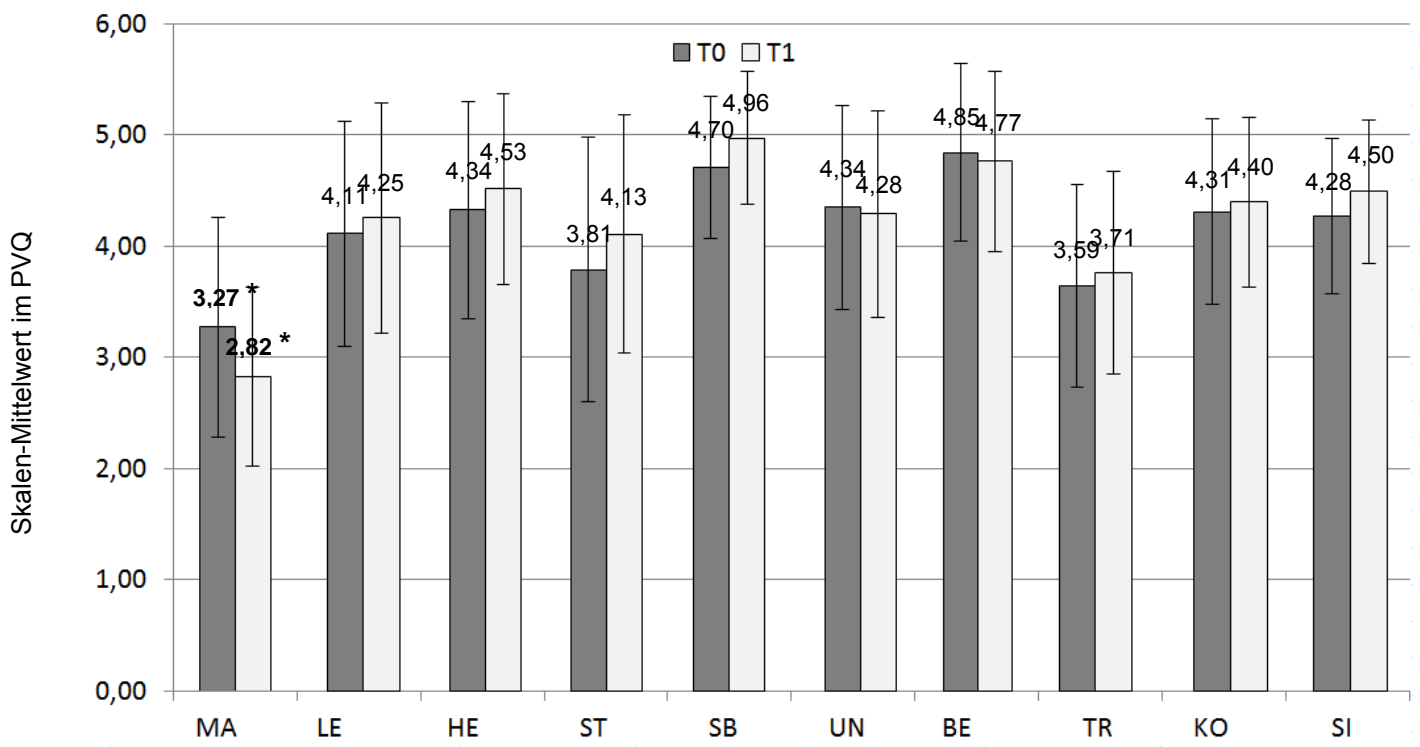
Dagegen zeigen sich tendenziell Anstiege bei „Leistung“ (3 %), „Hedonismus“ (4 %), „Stimulation“ (8 %), „Selbstbestimmung“ (6 %), „Tradition“ (3 %), „Konformität“ (2 %) und „Sicherheit“ (5 %).

Bei den motivationalen Zielen aus dem Quadranten der „Selbst – Überwindung“ der zirkumplexen Struktur der Wertetypen nach Schwartz (vgl. Abb. 1) „Universalismus“ und „Benevolenz“ ist ein minimales Sinken des Mittelwertes festzustellen (UN 1 % und BE 2 %).

Sowohl die genannten Anstiege, als auch das minimale Sinken der beiden letztgenannten Werte sind nicht statistisch signifikant.

Dargestellt ist dies in Abb. 5, die statistisch signifikant geänderten Werte mit $p < 0,05$ sind mit * markiert.

Abb. 5: Vergleich der Mittelwerte T0 und T1 der motivationalen Ziele



MA = MACHT, LE = LEISTUNG, HE = HEDONISMUS, ST = STIMULATION, SB = SELBSTBESTIMMUNG,
 UN = UNIVERSALISMUS, BE = BENEVOLENZ, TR = TRADITION, KO = KONFORMITÄT, SI = SICHERHEIT
 * = $p < 0,05$

10 Diskussion

10.1 Bewertung der Ergebnisse

Die vorliegende Studie hatte das Ziel, erste Hypothesen zu dem Einfluss von persönlichen Wertorientierungen auf den Schweregrad eines Alkoholabusus bzw. einer Alkoholabhängigkeit bei Bundeswehrsoldaten im Rahmen des stationären Therapieprogramms „Qualifizierter Entzug (QE)“ zu prüfen. Sie ist die erste empirische Erhebung zu Werteorientierungen und Alkoholabhängigkeit an einer erkrankten klinischen Patientenpopulation.

Hedonismus beinhaltet die Orientierung an Freude und sinnlicher Befriedigung, Stimulation eher ein Verlangen nach Abwechslung und Stimulation (durch äußere Impulse / Anregungen), um auf ein optimales Niveau von Aktivierung zu gelangen.

Hedonismus hatte in der vorliegenden Studie einen signifikant positiven, Stimulation dagegen einen signifikant negativen Einfluss auf die Schwere der Alkoholproblematik zu Therapiebeginn.

Die inhaltliche Ähnlichkeit beider zeigt sich in ihrer Nachbarschaft im zirkumplexen Wertemodell (Abbildung 1), daher wäre ein gleichsinniger Einfluss zu erwarten gewesen.

Hinweise auf einen solchen gleichsinnigen Einfluss fanden sich in einer US-amerikanischen Studie an 156 College-Studenten.

In dieser Studie wurden mit Hilfe eines Fragebogens zum allgemeinen Verhalten und eines 14-Tages-Protokolls zum aktuellen Verhalten, jeweils mit Fokus auf den Umgang mit Alkohol, und des Schwartz Value Surveys (SVS) wurden die entsprechenden Parameter erhoben. Hier zeigte sich ein signifikant positiver Einfluss von Hedonismus, aber auch von Stimulation, auf das Ausmaß des Trinkverhaltens (7).

Das Studiendesign ist also vergleichbar zu der vorliegenden Studie.

Auch Macht und Selbstbestimmung zeigten in dieser Studie eine positive Korrelation zu gesteigertem Alkoholkonsum. Ebenso wie Stimulation und Hedonismus zählen diese zu den sog. „modernen Werten“.

Hingegen zeigte sich in dieser College-Studie eine signifikant negative Korrelation sog. „Sozialer Werte“, wie Tradition, Konformität, Benevolenz und Universalismus mit Alkoholabusus.

In anderen Abhandlungen werden diese vorwiegend als „traditionelle Werte“ bezeichnet.

Es liegen also differierende Befunde in unterschiedlichen Studien zum Einfluss des Wertes Stimulation vor. Diese könnten ursächlich in zielgruppenspezifischen Unterschieden zwischen sozial adaptierten Alkoholkonsumenten und alkoholkranken Patienten abgebildet sein.

Eigene Ergebnisse an 117 unbehandelten Soldaten nach einem Auslandseinsatz in Afghanistan erbrachten dementsprechend wiederum ein differierendes Resultat: Wertorientierungen hatten hier keinen Einfluss auf die Häufigkeit einer Alkoholproblematik im Patient Health Questionnaire (32).

Denkbar wäre bei dieser Klientel eine Verschleierung der Alkoholproblematik durch eine PTBS, so dass sich Einflüsse von Wertorientierungen aufheben bzw. maskiert werden.

Thomas et al. könnten hypothetisch zu einer Erklärung dieser Unterschiede beitragen.

Sie untersuchten 38 Patienten mit Alkoholabhängigkeit und 30 sozial adaptierte Konsumenten ohne Nachweis einer Alkoholsucht. Es erfolgte nach einer Einmalgabe von 0,34 – 0,4 g/kg Alkohol in einer experimentellen Situation die Auswertung mit der Biphasic Alcohol Effects Scale.

Die alkoholranke Gruppe zeigte ein signifikant höheres Maß an Stimulation nach Alkoholkonsum als die gesunde Kontrollgruppe bei vergleichbarer Applikation von Alkohol (43).

Es erscheint denkbar, dass die Alkoholkrankheit zu einer Stimulation über das Suchtmittel führt und mit einem geringeren Stellenwert dieses Wertetyps im individuellen Wertesystem einhergeht.

Der QE führte zu einer signifikanten Verbesserung der abstinenzbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung im Kurzfragebogen zur Abstinenzsicherheit (KAZ). Dies könnte als Hinweis auf eine positive Wirksamkeit des Gesamtsettings gewertet werden und damit frühere Evaluationsstudien zu suchtbezogenen Kurzinterventionen an einer militärischen Stichprobe bestätigen. Die Wertorientierung Tradition war ein Prädiktor für eine gesteigerte Abstinenzsicherheit nach dem QE.

Schlüssig und zu erwarten wären Zusammenhänge von „Hedonismus“ und den Faktoren KAZ-1 „unangenehme Gefühle“ bzw. KAZ-4 „angenehme Gefühle“ gewesen, die jedoch nicht statistisch nachweisbar waren.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zu den offenbar protektiven Effekten von Tradition und Stimulation stehen im Einklang mit Befunden zu nicht-stoffgebundenen Süchten (pathologisches Spielen). In einer neueren Untersuchung aus Macao an 471 Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren gingen Tradition und Stimulation mit geringerem Spielverhalten im South Oaks Gambling Screen einher (25). In weiteren Studien sollte geklärt werden, ob sich in dieser Übereinstimmung ggfs. ein sucht-übergreifender Mechanismus abbildet.

Abgesehen von Macht zeigten sich keine signifikanten Veränderungen von Wertorientierungen im Verlauf des QE. Auf der einen Seite war das hier untersuchte QE-Programm verhaltenstherapeutisch mit hoher Strukturvorgabe auf die Suchtproblematik fokussiert und ließ dadurch, auch in der Kürze der Zeit, wenig Raum für übergreifende Reflexion und Persönlichkeitsentwicklung, die eine Werteveränderung hätten hervorrufen können.

Auf der anderen Seite fanden Saiz und Martinez bei 411 Patienten mit Kokainabhängigkeit Veränderungen von Werten im Verlauf einer, allerdings deutlich längeren, therapeutischen Behandlung: der Stellenwert der Wertegruppierung „Offenheit für Wandel“, die durch die Werte Hedonismus, Selbstbestimmung und Stimulation gebildet wird, war nach drei Monaten Therapiezeit signifikant geringer als in einer unbehandelten Kontrollgruppe (21).

Zu dieser Thematik sind ebenfalls weitere Studien erforderlich.

Es besteht eine Diskrepanz zwischen unterschiedlichen Studien bezüglich des Einflusses der motivationalen Ziele Hedonismus und Stimulation auf eine Suchtproblematik.

Ein langfristiger Wandel der Gewichtung im Werteprofil könnte als Grund für die Ergebnisse denkbar sein; die Stimulation ist zunächst – wie bereits von Schwartz und Aitken postuliert – *alkoholassoziiert*. Werbung und sonstige Medien vermitteln ein Bild der Verknüpfung von Erfolg, Spaß, Anerkennung und Spannung mit Alkoholkonsum.

So ist bei gesellschaftlichen Ereignissen oder sogar Sportveranstaltungen der Alkoholkonsum gefördert und die individuelle – gefühlte – Verbindung zum „Event“ gesteigert.

Die Stimulation wird im Verlauf dann zunehmend *alkoholinduziert*. Die Stimulation als Mittel eines dann hedonistischen Verhaltensansatzes, verliert an Wichtigkeit. Die per se lediglich bestehende „Werkzeugfunktion“ der alkoholinduzierten Stimulation wird zunehmend reduziert, der Schwerpunkt Hedonismus demaskiert. Der Wert Stimulation wäre somit nicht protektiv, sondern nur die Vorstufe des im Beziehungsmodell der motivationalen Ziele nach Schwartz benachbarten Hedonismus im Verlauf einer sich entwickelnden Alkoholabhängigkeit. Damit hätte dies jedoch einen prädiktiven Charakter für die Erfolgsaussichten einer verhaltenstherapeutischen Langzeittherapie; bei höherem Streben nach Stimulation kann diese noch vom Alkoholkonsum entkoppelt werden, die Therapieaussichten wären entsprechend besser.

Der Beleg dieser These müsste mittels einer Langzeitstudie durch nicht-interventionelle Beobachtung entsprechender Probanden mit schädlichem Alkoholkonsum erfolgen. Der Studienaufbau könnte analog zu dem Setting der Studie von Thomas et al. (2004) erfolgen. Therapieunwillige Alkoholkonsumenten könnten beobachtet werden, bei Zeichen eines Therapiewillens sofort aus der Studiengruppe entfernt und der Therapie zugeführt werden.

Ein anderes Design einer derartigen Studie wäre ethisch kaum vertretbar.

Einen ähnlichen Zusammenhang der Verknüpfung von gesellschaftlichen Ereignissen und Suchtmitteln postulieren auch Dollinger und Kobayashi (39) bei Cannabiskonsum und sog. Humanitärer Wertorientierung (Universalismus und Benevolenz) durch Assoziation dieser Substanzen mit früheren Friedens- und Menschenrechtsbewegungen.

Zusammenhänge von Rauschmittelkonsum und Wertebild bzw. Ideologie werden auch von Godette et al. (4) gesehen. In einer Studie zum Umgang und den sozialen Folgen des Alkoholkonsums junger Afroamerikaner zeigte sich eine höhere Resilienz bei Probanden, die in einem gefestigten Umfeld mit Einbindung in die „Black community“ leben. Der zurückhaltende Umgang mit Alkohol ist seit der Befreiungs- und Gleichheitsbewegung ein tief verwurzeltes Zeichen der Unabhängigkeit, Würde und der Abgrenzung zur weißen Bevölkerung.

Wenn auch nicht explizit die schwartz'sche Nomenklatur der Wertorientierung in dieser Studie genutzt wird, so zeigt sie doch deutliche Hinweise auf Zusammenhänge von ethno-soziokulturellem Werteverständnis und Alkoholkonsum.

In diesem Kontext zeigt sich ein protektives Wertebild in der traditionellen „Black community“.

Bestätigt wird dieses Ergebnis in der Studie von Patrick und Schulenberg (44). Sie betrachtet das Trinkverhalten von Schülern in den USA in verschiedenen Altersstufen und ethnischer Zugehörigkeit. Prozentual waren die afroamerikanischen Probanden in allen Bereichen des abgefragten Alkoholkonsums am geringsten vertreten.

Eine Studie zum Zusammenhang von Gesundheitsverhalten und Wertorientierung, im Speziellen der Substanzabusus von ATOD (Alcohol, Tobacco and Other Drugs) von Young und West aus 2010 geht der Fragestellung nach, ob es generell protektive oder generell schädliche Wertekonstellationen gibt (8).

Die Studienlandschaft ist heterogen. Die meisten Studien werden mit Probanden in der „sensiblen Entwicklungsphase“ der späten Jugend bzw. der frühen Adoleszenz durchgeführt.

Cole et al. fanden eine Assoziation von „traditional“ und „humanitarian values“ mit geringerem Substanzgebrauch (8).

Eine andere von Young und West erwähnte Familienstudie in Amerika zeigt abermals den protektiven Charakter der „traditional values“, jedoch einen erhöhten Abusus bei „humanitarian values“.

High School Studenten (15-16 Jahre) „Leistung“ mit geringerem, „Hedonismus“ mit gesteigertem Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis assoziiert.

In einer weiteren Studie an College Studenten fand sich eine klare Assoziation von „traditional values“ zu verminderter Anfälligkeit für „Problemtrinken“.

Auch in höheren Altersgruppen war ein Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und Werten feststellbar.

Die These, dass die Werte der „Selbst – Überwindung“ und der „Bewahrung“ (Abb. 1) negativ, die Werte der „Selbst – Erhöhung“ und „Offenheit für Wandel“ positiv mit gesteigertem Alkoholkonsum assoziiert sind, wurde in einer Studie an norwegischen Erwachsenen im Alter zwischen 40 und 79 Jahren getestet und bestätigt.

Konformität, Tradition und Sicherheit („Bewahrung“) und Universalismus zeigen in dieser Studie eine negative Korrelation zu Alkoholproblemen und eine positive Korrelation zur Abstinenzwahrscheinlichkeit. Im Gegensatz dazu waren Hedonismus, Leistung, Stimulation und Macht positiv mit vermehrtem

Alkoholkonsum assoziiert, die Abstinenzernwartung entsprechend bei letztgenannten Werten geringer (45).

Wenn auch der Evidenz-basierte Nachweis eines protektiven Zusammenhanges von traditionellen Werten und Suchtgefährdung nicht lückenlos erbracht ist, so ist die Vermittlung entsprechender Wertebilder bereits in zahlreichen Nationen von Regierungsseite in das Curriculum der jeweiligen Erziehungsinstitutionen eingebracht worden, unter anderem mit dem Argument einer Vorbeugung von Suchtmittelmissbrauch.

Da „Macht“ auch das Streben nach materiellem Wohlstand beinhaltet, müsste dies bei dem Klages´ches Hedomaten positiv mit Hedonismus korreliert sein. Wie Abb. 4c. zeigt, ist in der Testgruppe die entsprechende Korrelation hingegen deutlich geringer als in der Vergleichsgruppe. Folglich ist ein Zusammenhang mit der Alkoholkrankheit wahrscheinlicher, als dass dies ein Zeichen der Auswirkungen eines gesamtgesellschaftlichen Wertwandels darstellt.

Die Beziehungsstruktur zwischen den zehn motivationalen Wertetypen der Testgruppe weicht vom theoretischen zirkumplexen Modell nach Schwartz ab.

Die höhere Interkorrelation der Subskalen „Unangenehme Gefühle“ und „Angenehme Gefühle“ zum Gesamtwert des KAZ bei der Testgruppe deutet ebenfalls auf die Besonderheit der Probanden hin.

Ein Zusammenhang von Temperamentsmerkmalen und höherem Konsum in Situationen, die mit angenehmen oder unangenehmen Emotionen einhergehen, wie er von Chodkiewicz et al. (13) nachgewiesen wurde – hier vergleichbar mit den KAZ-Subskalen „Unangenehme Gefühle“ und „Angenehme Gefühle“ – fand sich hier nicht.

Unter Betrachtung der Interkorrelationen der Werte und dem Vergleich dieser von der Testgruppe und einer Vergleichsgruppe zeigen sich einige Abweichungen (Abb.4 a-j).

Tendenziell sind die Interkorrelationen der motivationalen Ziele der beiden Gruppen durchaus vergleichbar.

In einigen Bereichen jedoch zeigen sich deutliche Unterschiede, die dafür sprechen, dass die zirkumplexe Struktur der Werttypen nach Schwartz für die Testgruppe nicht vollumfänglich anwendbar ist.

Während die Interkorrelationen bei der Vergleichsgruppe, unter Betrachtung des zirkumplexen Strukturmodells, erklärbar sind, so sind die Interkorrelationen bei der Testgruppe nicht schlüssig mit der zirkumplexen Struktur der Werttypen nach Schwartz vereinbar.

Bei Populationen, in denen sich das zirkumplexe Modell bestätigen lässt, werden motivationale Ziele, die im zirkumplexen Strukturmodell unmittelbar benachbart liegen und demselben Quadranten der Wertfelder angehören, eine deutliche positive Interkorrelation aufweisen.

Im Modell gegenüberliegende motivationale Ziele werden hingegen eine klare negative Korrelation zeigen.

Obwohl in der zirkumplexen Struktur direkt konträr, zeigen sich in der Testgruppe bei einigen Werten positive Korrelationen.

Dem Modell (Abb. 1) folgend, wären dort negative Korrelationen schlüssig, wie dies auch die Vergleichsgruppe zeigt.

Der im Vorfeld vermutete erhöhte „Preload“ traditioneller Werte bei den Probanden scheint sich also zu bestätigen.

Diese These muss mit einer Studie zur Wertorientierung im Gesamtkollektiv „Bundeswehr“ geprüft werden.

Besonderheiten in Wertestrukturen unterschiedlicher Sozialkonstrukte werden auch von Chan et al. (25) beschrieben.

Grenzen der Übertragbarkeit von Ergebnissen aus militärischem Umfeld auf das Gesamtkollektiv werden ebenso von Mooney et al. (31) angedeutet.

Die wenigen Studien zu Wertorientierung und Suchtverhalten zeigen einen signifikanten Zusammenhang mit den Werten „Hedonismus“, „Stimulation“ und „Tradition“. Unter Therapie zeigte sich eine signifikante Änderung im Wert „Macht“. Daher werden diese motivationalen Ziele im Kontext der Studie besonders beleuchtet.

„Hedonismus“:

Er ist durch Handeln nach dem egozentrischen Lustprinzip gekennzeichnet. Die eigene Freude und Spaß am Leben sind die vorrangigen Ziele. Nach Schwartz ist die Quelle dieser Antriebsfeder der „generelle Bedarf eines Individuums als Organismus“ (17). Hedonistische Verhaltensmuster sind unabhängig von externem Zuspruch. In einigen Studien wird der Hedonismus zu den modernen Werten gezählt.

Hedonismus kann in diesem Kontext auch als Zeichen der Depravation gedeutet werden. Diese für den Alkoholismus typische Wesensveränderung ist u.a. durch egozentrische Einengung der Interessen und ethische Abstumpfung gekennzeichnet. Damit wäre „Hedonismus“ ein Indikator für eine schwere Alkoholproblematik und prognostisch ungünstiger Faktor für den Erfolg einer Therapie.

„Stimulation“:

Sie hat Spannung, Herausforderungen im Leben und Neuerungen im Leben zum Ziel (17). Auch die Stimulation ist ein motivationales Ziel endo-individueller Genese und wird zu den modernen Werten gezählt.

Wenn auch Stimulation eher selbstzentriert ist, so besteht dennoch ein gewisser Bedarf an externer Mitwirkung bzw. sozialem Feedback.

Die Suche nach Herausforderungen und Neuerungen im Leben wird durch Abhängigkeiten und Suchtverhalten allgemein behindert. Dies würde die These eines suchtübergreifenden Einflusses stützen und sowohl bei stoffgebundenen als auch bei nicht-stoffgebundenen Abhängigkeiten gelten.

„Tradition“:

Das motivationale Ziel „Tradition“ zeichnet sich durch Respekt, Akzeptanz und Pflichtgefühl gegenüber den Bräuchen und Wertvorstellungen des kulturellen oder religiösen Umfeldes aus. Nach Schwartz ist dies gruppenorientiert und wird zu den traditionellen Werten gezählt.

In der Studie zum Einfluss motivationaler Ziele auf pathologisches Spielverhalten unterscheidet Chan zwischen den „sub-values“ „Faith Tradition“ und „Nonfaith Tradition“. Ein signifikanter Einfluss der „Faith Tradition“ auf die Spielsucht konnte nicht nachgewiesen werden. Der positive Einfluss – in diesem Fall die negative Korrelation zu pathologischem Spielen – des motivationalen Ziels „Tradition“ ließ sich ausschließlich für den Subtyp „Nonfaith Tradition“ nachweisen (25).

Bei abnehmendem Einfluss religiöser Institutionen in Deutschland, sollte dies ebenfalls Berücksichtigung bei der Therapie finden.

Respekt, Akzeptanz und Pflichtgefühl bilden die Basis für funktionierende militärische Strukturen. Grundsätzlich kann man also von einem höheren Traditionsbewusstsein in den Streitkräften ausgehen. Die Interkorrelationen weisen darauf hin.

„Macht“:

„Macht“ ist geprägt vom Streben nach gehobenem Sozialen Status und Prestige, Kontrolle und Beherrschen einer Gruppe und Ressourcen, sowie Autorität und Wohlstand. Dieses motivationale Ziel ist gruppenorientiert und bedingt Interaktion (17).

Die auch von Dollinger et al. (7) beobachtete positive Korrelation von Macht und Selbstbestimmung zu gesteigertem Alkoholkonsum könnte hier hinweisend sein. Denkbar ist, dass nicht das motivationale Ziel „Macht“ zu schwerem Alkoholismus führt, sondern schwerer Alkoholkonsum Machtstreben bedingt. Es stellt sich also

die Frage, ob das Machtgefühl mit der alkoholinduziert veränderten Selbsteinschätzung oder das Machtstreben anderen Wahrnehmungen gewichen ist.

Dass die Besonderheiten der Testgruppe mit klaren Hierarchien und Machtpositionen in den militärischen Strukturen einen Einfluss auf die Messgröße „Macht“ haben, ist aufgrund der geringen Probandenzahl und fehlender Vergleichsgrößen zum Sozialkonstrukt „Bundeswehr“ nicht sicher bewertbar, scheint sich aber nicht abzuzeichnen.

Gesamtgesellschaftlich zeigt sich in Deutschland ein Wertwandel in der Veränderung von Einstellungen zu den herkömmlichen (traditionellen) Werten wie Fleiß, Gehorsam und Ordnung durch Bevorzugung von Selbstverwirklichung, Teilhabe, Lebensfreude und Selbstverantwortung. Die persönliche innere Bindung des Individuums an Institutionen und die Identifikation mit ebendiesen nimmt ab.

In der Berufswelt ist neben der Lohn- und Gehaltshöhe, Karrierechancen und sozialer Absicherung – also den traditionellen Werten Sicherheit etc. - das Streben nach einer interessanten Tätigkeit, Identifikation mit der Aufgabe, Gestaltungsfreiräumen und Vereinbarkeit mit persönlichen Interessen zunehmend in den Vordergrund gerückt (vgl. Abb. 3).

Nach der These von Heiderich steht der kategorische Imperativ des Immanuel Kant „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“ in der modernen Gesellschaft vor einer Umkehrung, im Sinne von „Handle so, dass deine Grundsätze und Lebensregeln jederzeit nur für dich von Vorteil sind.“ (46)

Schwindender Einfluss der christlichen Kirchen und Änderung des Familienbildes führen nach dieser wertkonservativen These zu einem Wertwandel mit einer Orientierung weg von den sog. „traditionellen Werten“ wie Tradition hin zu den sog. „modernen Werten“ wie Hedonismus und Stimulation.

Postuliert man eine höhere Resilienz bei traditioneller Wertorientierung gegen Suchtverhalten, so steuert die moderne Gesellschaft in eine generalisierte Suchtanfälligkeit.

Bei zunehmendem Pluralismus und Wertesynthese in der Gesellschaft ist eine reine Betrachtung vermeintlich konträrer motivationaler Ziele mit klarer Trennung „moderner“ oder „traditioneller Wertorientierung“ nur schwer möglich.

Hinweise darauf zeigen Hinz et al. in ihrer Studie aus 2001. In dieser wurden die PVQ von 1896 repräsentativen Probanden aus Deutschland ausgewertet.

Es zeigten sich Veränderungen in der Anordnung und Relationen der zehn Wertetypen im Vergleich mit dem Modell nach Schwartz. Die zirkumplexe Struktur konnte hier nicht bestätigt werden (18).

Das individuelle Umfeld und entsprechende Beeinflussung des Wertebildes erfahren heute eine massive Erweiterung.

Waren es früher fast ausschließlich die Familie, die Schule, die Kirche oder der ortsansässige Verein, deren Werte als Leitlinien galten und in denen man sich anpassen oder versagen musste, so ist heute über das Internet eine nahezu weltweite individuelle – wenn auch nur virtuell – Interaktion möglich. Mit entsprechenden technischen Voraussetzungen kann jeder sich einer Gruppe anschließen, die den eigenen Vorstellungen am nächsten kommt. Unmittelbare persönliche Negativsanktionen sind selten und haben nicht die Auswirkungen, die es in den traditionellen Gruppen gab.

Die ehemals typische Familienstruktur mit dem Mann als Ernährer und der Frau als Hausfrau und Mutter ist in Deutschland zunehmend die Ausnahme. Auch dass mehrere Generationen in einem Haus oder einem Hof zusammen leben, ist eher eine Seltenheit.

Das traditionelle Familienbild und –gefüge hat sich entsprechend geändert. Die Familie als langjähriger Nukleus der Sozialisation des älteren Heranwachsenden gerät in den Hintergrund.

Zudem wird der Einfluss der Medien zunehmend größer, Informationen sind leichter zugänglich. Wertkonservative Ziele werden weniger vorgelebt.

Es ist durchaus möglich, dass sich in diesem Umfeld Wertesynthesen und –konstellationen herausbilden, die nach dem Modell nach Schwartz widersprüchlich sind.

Grundsätzlich sicherheitsorientierte Individuen können so durchaus Stimulation und Selbstbestimmung verfolgen – wenn dadurch die Position im Sozialgefüge gesichert bzw. nicht riskiert wird.

Besonders hier zeigt sich, dass in einer sich ändernden Gesellschaft das Festhalten an alten Wertvorstellungen, Bildern und Einstellungen nicht als zwingend positiv zu werten ist.

Betrachtet man die Studien zur Assoziation von Wertorientierung und Resilienz gegenüber PTBS (32) bzw. Viktimisierung (47) (20), so zeigt sich eine geringere Resilienz bei traditioneller Wertorientierung, moderne motivationale Ziele scheinen hier protektive Wirkung zu haben.

Der reine Konservatismus bringt gerade in der Zusammenschau unter der gegebenen Fragestellung nicht den Weg einer gesteigerten generellen psychischen Resilienz.

Auch in der Bundeswehr zeigt sich ein Wertwandel.

Bereits 1991 wurde in einem internen Review besonders die Wandlung in der Wichtung der individuellen Werte der Angehörigen der Streitkräfte beleuchtet.

Mit der allgemeinen Wehrpflicht hatten gesamtgesellschaftliche Phänomene in Deutschland unmittelbare Einflüsse auf die Bundeswehr. „Jüngere Soldaten aller Dienstgrade handeln überwiegend nach veränderten Wertprioritäten“, hingegen „ (...) wollen und können viele Vorgesetzte diesem Wandel nicht Rechnung tragen.“ (30)

Nach Klages also ein Risikoherd für die Entwicklung des „Hedomatentums“ (23).

Die Bundeswehr wurde in der Mitte des letzten Jahrhunderts auf dem Boden der damals gültigen Werte und Ziele einer industriell geprägten Nachkriegsnation gegründet. Zwar wurde die Bundeswehr im Laufe der Dekaden mehrfach umstrukturiert, jedoch primär aus strategischen und politischen Zwängen heraus.

Dem demographischen Wandel und dem Wertwandel einer veränderten postindustriellen Gesellschaft wurde nur am Rande Rechnung getragen.

Mit Aussetzen der Wehrpflicht im Jahre 2011 wandelte sich die Bundeswehr von einem Querschnitt durch die männliche deutsche Gesellschaft, zu einem besonderen Kollektiv. War bis 2011 jede Familie mit Sohn in Deutschland gezwungen, sich mit der Institution Bundeswehr als Instrument der nationalen Sicherheit auseinander zu setzen – sei es nur bei der Entscheidung Zivildienst oder Wehrdienst – , so stellt sich heute jungen Männern und Frauen nur noch bei persönlichem Interesse die Frage, ob die Bundeswehr als Arbeitgeber in Frage kommt.

Im Wettstreit um qualifiziertes Personal auf dem Arbeitsmarkt muss sich die Bundeswehr nun der Konkurrenz ziviler Arbeitgeber stellen. Nach Auswertung der Studienlage zu Wertebild und Motivatoren bei jungen Arbeitskräften durch das Bundesministerium der Verteidigung, wurde im Juni 2014 die Agenda „Bundeswehr in Führung – Aktiv. Attraktiv. Anders.“ gestartet (52).

Korrespondierend zu den Ergebnissen der Shell – Studie (Abb.3) sind für junge Menschen bei der Berufswahl „Eigenverantwortlich leben und handeln“, „Gutes Familienleben führen“ und „Phantasie und Kreativität entwickeln können“ ausschlaggebende Kriterien.

Um diesem nachhaltig Rechnung zu tragen, erfährt die Bundeswehr seit Einführung der sog. „Attraktivitätsoffensive“ einen massiven Wandel.

In acht Themenfeldern werden bis 2017 organisatorische und (infra-)strukturelle Änderungen vorgenommen, die die Bundeswehr dem Selbst- und Werteverständnis der heutigen Gesellschaft anpassen und die Wahrnehmung dieser traditionellen Sicherheitsinstitution erhöhen.

Die Themenfelder „Führungs- und Organisationsstruktur“, „Potenziale mobilisieren“, „Balance Familie und Dienst“, „Arbeitsautonomie“, „Karrierepfade“, „Gesundes Arbeiten“, „Moderne Unterkünfte“ und „Verankerung der Bundeswehr in der Gesellschaft“ mit jeweils bis zu acht Maßnahmen zur Umsetzung sollen die Bundeswehr zu einem modernen Arbeitgeber mit motiviertem und gesunden Personal machen.

Die Bundeswehr soll damit befähigt werden, bei einem gesellschaftlichen Wertwandel den Bedürfnissen und Anspruch des Personals gerecht zu werden.

10.2 Schlussfolgerungen für die Praxis

Persönliche Wertorientierungen (v.a. Hedonismus und Stimulation) beeinflussen den Schweregrad einer Alkoholabhängigkeit bei klinischen Patienten in der Bundeswehr. Sie sind offenbar auch (v.a. Tradition) mit dem therapeutischen Outcome einer Kurzintervention (hier: Qualifizierter Entzug) assoziiert. Wie auch weitere Studien zeigen, hat Hedonismus einen starken Einfluss auf ausgeprägtes Suchtverhalten. Im therapeutischen und präventiven Ansatz sollte daher versucht werden, Patienten mit hedonistischer Wertorientierung besonders zu begleiten.

Eine signifikante Veränderung von Wertorientierungen im Rahmen dieser Intervention war bis auf den Wert Macht nicht feststellbar.

Eine strikte Trennung der Patientenklintel in traditionell Orientierte und modern Orientierte ist durch vielfache Wertsynthese kaum mehr möglich und auch therapeutisch nicht sinnvoll.

Wertorientierungen sollten verstärkt in diagnostischen und therapeutischen Konzeptionen bei Suchterkrankungen berücksichtigt werden.

Grundsätzlich sind die Möglichkeiten des QE im hausärztlichen Bereich intensiver zu kommunizieren.

Gerade der truppenärztliche Dienst der Bundeswehr bietet hier besondere Möglichkeiten. Durch langfristige Bindung der Patienten an eine medizinische Einrichtung eröffnen sich Möglichkeiten der Langzeitbeobachtung der Persönlichkeitsentwicklung mit Feststellung einer Wertänderung. Auch Präventivmedizinisch bieten sich hier Möglichkeiten, die im Zivilen nur schwer abbildbar sind.

Die oben erwähnte nachhaltige Überlegenheit des QE gegenüber anderen Kurzzeittherapieformen kann gerade im truppenärztlichen Betreuungssystem der Bundeswehr genutzt werden. Dieses System erlaubt eine tiefere Einbindung des Truppenarztes als „Hausarzt des Soldaten“ in das psychosoziale Umfeld des Patienten. Zeichen sozialer Desintegration oder potenziell pathologische Persönlichkeitsentwicklungen werden hier systemimmanent früher ärztlich beobachtet und festgestellt, als dies das zivile kassenärztliche Hausarztssystem in den meisten Fällen erlaubt.

10.3 Ausblick

Zur validen Bestimmung der Assoziation der Wertorientierung mit der Schwere einer Alkoholabhängigkeit sind weitere Studien mit höheren Fallzahlen und weiteren Fragestellungen in diesem Kontext unabdingbar.

So wäre eine Erhebung im militärischen Umfeld zur Erfassung des Alkoholkonsumverhaltens in der Bundeswehr eine wichtige Vergleichsgröße. Entsprechende Studien der UK Armed Forces (3) weisen auf eine „historische Beziehung“ von mitteleuropäischen Armeen zu Alkoholkonsum hin.

Studien zur Wertorientierung in den Streitkräften sollten weitergeführt und aktualisiert werden.

Sollte sich in weiteren Studien bestätigen, dass bestimmte Wertekonstellationen die Gefahr einer Alkoholabhängigkeit reduzieren, könnte dies Einfluss auf Langzeittherapiekonzepte mit einem verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt haben.

Patienten, die eine deutliche Ausprägung im motivationalen Bereich „Offenheit für Wandel“ zeigen, werden kaum im Rahmen der Therapie auf Appelle an die Verantwortung ansprechen.

Somit hat die Ermittlung der individuellen Wertorientierung und Anpassung der Maßnahmen einen hohen Einfluss auf die Erfolgsaussichten einer Therapie.

Präventivmaßnahmen zur Verhinderung einer „Entgleisung“ der Wertorientierung sind in der Bundeswehr bereits eingeleitet. Mit der Offensive „Aktiv. Attraktiv. Anders.“ wurden durch das Bundesministerium der Verteidigung umfassende Maßnahmen ergriffen, dem modernen Werteverständnis gerecht zu werden. Auch in den Streitkräften müssen die Auswirkungen des Wertwandels berücksichtigt und den individuellen motivationalen Zielen Rechnung getragen werden. Der noch junge Mensch kann zu Beginn seines Arbeitslebens – hier dem Eintritt in die Bundeswehr – positiv verstärkt werden, sofern die persönlichen Belange und Werte hinreichend Berücksichtigung finden.

Klages Postulat folgend, hätte die Reform der Bundeswehr den Nebeneffekt, dass aus potenziell „aktiven Realisten“ keine „Hedomaten“ werden, im Kontext der Studie also der schweren Alkoholabhängigkeit entgegen gewirkt werden könnte, da die hedonistische Orientierung eingegrenzt werden kann.

Die Assoziation der Wertorientierungen zur Schwere der Alkoholabhängigkeit, die sich in dieser explorativen Studie zeigt, sollte an einem größeren Probandenpool verifiziert werden. Wenn auch die durchgeführten Regressionstests auf eine signifikante bis hoch signifikante Korrelation deuten, so ist dennoch eine zufällige Korrelation außerhalb der Normalverteilung nicht sicher auszuschließen.

Eine Ergänzung im Studiendesign um den Aspekt der Resilienz - z.B. mit Hilfe der Resilienzskala (RS 11) – könnte die Ergebnisse noch untermauern.

Die Ergebnisse lassen es sinnvoll erscheinen, Soldaten mit hoher Ausprägungen der Wertorientierung Hedonismus besonderer fachlicher Beobachtung zu unterziehen.

Unter Einbindung des sog. „Psychosozialen Netzwerks“ der Bundeswehr, bestehend aus Sanitätsdienst, Truppenpsychologen, Sozialdienst und Militärseelsorge, sollten die Themen „Werte und Wertorientierung“ in der Aus- und Weiterbildung des militärischen Führungspersonals Eingang finden.

10.4 Grenzen der Bewertung

Die Ergebnisse werden in ihrer Aussagekraft durch die geringen Fallzahlen limitiert und entsprechen damit eher noch einer explorativen Pilotstudie. Daher wurde auch keine statistische alpha-Adjustierung durchgeführt.

Zudem sind sie für die Gesamtheit der Bundeswehrsoldaten mit Alkoholproblematik nur bedingt repräsentativ, da nur behandlungswillige Soldaten männlichen Geschlechts einbezogen wurden.

Die direkte Übertragbarkeit auf die Gesamtgesellschaft ist nicht gegeben. Frauen konnten nicht mitbetrachtet werden und weitere soziale Aspekte, wie z.B. Arbeitslosigkeit hatten hier keine Relevanz.

Der Aspekt der Resilienz wurde nicht explizit durch Untersuchungsinstrumente erfasst.

Vergleichsgrößen zur Wertorientierung in der Bundeswehr konnten nicht herangezogen werden.

Die hier postulierte und angedeutete Verschiebung der Wertestruktur des Individuums „Soldat“ im Vergleich mit der zirkumplexen Wertestruktur nach Schwartz, erschwert die vollumfängliche Übertragbarkeit auf Gesellschaftskonstrukte mit bestätigter zirkumplexer Wertestruktur.

11 Zusammenfassung

Pathologischer Alkoholkonsum ist in Deutschland ein Problem, das auch die Bundeswehr betrifft.

Einige Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen Abhängigkeitsverhalten und individueller motivationaler Zielorientierung hin.

Ziel dieser Studie war, Assoziationen von Wertorientierungen und Schwere einer Alkoholabhängigkeit zu ergründen.

Unterschiedliche Wertvorstellungen können die Symptomschwere sowie die Therapieprognose beeinflussen.

Der entsprechende Einfluss von individuellen motivationalen Zielen wurde bislang weder im militärischen Kontext, noch an stationären Patienten mit erwiesener Alkoholkrankheit untersucht.

Ein Zusammenhang von Wertorientierungen und Ausmaß der Alkoholkrankheit wurde ermittelt und unter Berücksichtigung verschiedener Wertmodelle betrachtet. Als Basis aller Modelle dient das Theoretische zirkumplexe Modell der Beziehungsstrukturen zwischen den motivationalen Wertetypen nach Schwartz.

Es wurden 48 Bundeswehrsoldaten in die explorative Studie eingeschlossen, die sich zwischen 2011 und 2013 im Bundeswehrkrankenhaus Berlin aufgrund einer Alkoholabhängigkeit zu weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen stationär vorgestellt hatten.

Untersucht wurde vor und nach der Therapie in Form des „Qualifizierten Entzugs“ mit Hilfe von Fragebögen.

Als Untersuchungsinstrumente wurden der Portrait Values Questionnaire (PVQ) nach Schwartz, der Kurzfragebogen zur Abstinenzsicherheit (KAZ), der Münchner Alkoholismustest (MALT) und die Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA) genutzt.

Diese Studie sollte daneben Hinweise auf salutogenetische Aspekte im Sinne einer Resilienz gegenüber Abhängigkeitsverhalten beleuchten.

Trotz der beschriebenen Limitationen geben die Ergebnisse dieser Studie erste Hinweise, dass Wertorientierungen in einer alkoholerkrankten militärischen

Behandlungsklientel einen signifikanten Einfluss auf die Schwere der Erkrankung sowie auf den Therapieverlauf haben könnten.

Es zeigte sich, dass die zwei Wertetypen Hedonismus und Stimulation einen signifikanten Einfluss auf die Schwere der Alkoholabhängigkeit hatten. Hedonismus ist dabei positiv, Stimulation hingegen negativ korreliert.

Die bislang publizierten Studien zur Assoziation von Wertorientierung und Abhängigkeitsverhalten variieren teilweise in den Ergebnissen. Gemein haben alle im Resultat, dass „Hedonismus“ positiv mit schwerem Suchtverhalten assoziiert ist.

Für die Veränderung des KAZ Gesamtscores (nach Therapie vs. vor Therapie) fand sich ein signifikant positiver Einfluss des Wertes Tradition zu Therapiebeginn. Tradition ist somit als therapieprognostisch günstiger Wert einzustufen.

Somit regen die Ergebnisse dazu an, Wertorientierungen zukünftig in suchtbezogenen diagnostischen und therapeutischen Prozessen auch wissenschaftlich verstärkt zu berücksichtigen.

Durch zunehmenden Pluralismus und Wertesynthesen ist es notwendig, ein individuelles Werteprofil der Patienten zu erstellen.

Der erkennbare Wertwandel mit den verschiedenen Wertesynthesen kann in der Zusammenschau als Chance betrachtet werden. Die Wertsynthese verschiedener Wertorientierungen zur Resilienz gegen psychische Deviationen kann – wenn auch im alten Schema gegensätzlich – durchaus künftig zu einer „gesünderen“ Gesellschaft führen.

In einer aktuellen US-amerikanischen Vergleichsstudie zu einem stationären Entwöhnungsprogramm (evaluiert an 108 aktiven alkoholabhängigen Soldaten) wurde beispielsweise die Thematisierung von Wertvorstellungen sowie von Schuld und Scham als Module in die therapeutische Konzeption integriert (30).

Präventiv ist die Schaffung eines gesunden und den modernen Wertsynthesen angepasstes Arbeits- und Dienstumfeldes ein wichtiger Aspekt, der Einfluss auf die Entwicklung der Wertorientierung haben und damit mittelbar einem schweren

Alkoholismus entgegenwirken kann. Therapeutisch sollte auch dies in der Betrachtung des Gesamtbildes des Patienten Beachtung finden.

Wenn auch in der Testgruppe die zirkumplexe Struktur nicht sicher bestätigt werden kann und mutmaßlich eine erhöht traditionelle Grundeinstellung vorliegt, zeigt sich dennoch auch hier die positive Korrelation von Stimulation und die negative von Hedonismus zur Schwere der Alkoholabhängigkeit.

12 Literaturverzeichnis

1. **BMG.** Drogen- und Suchtbericht 2015 der Bundesregierung. [Online] 2015. <http://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2015-02/drogen-und-suchtbericht-2015.html>.
2. **Wittchen HU, Schönfeld S, Kirschbaum K, et al.** Traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in soldiers following deployment abroad – how big is the hidden problem? *German Ärzteblatt*, Int 109(35-36): 2012, S. 559-568.
3. **Aguirre N, Greenberg J, Sharpley R, Simpson L, Wall C.** Alcohol consumption in the UK armed forces: are we drinking too much? *J R Army Med Corps*, 160. 2014, S. 72-73.
4. **Godette DC, Headen S, Ford CL.** Windows of opportunity: fundamental concepts for understanding alcohol-related disparities experienced by young Blacks in the United States. *Prev Sci* 7(4). 2006, S. 377-387.
5. **Broome KM, Bennett JB.** Reducing heavy alcohol consumption in young restaurant workers. *J Stud Alcohol Drugs* 72(1). 2011, S. 117-124.
6. **Green KT, Calhoun PS, Dennis MF.** Exploration of the resilience construct in posttraumatic stress disorder severity and functional correlates in military combat veterans who have served since September 11, 2001. *Clin Psychiatry* 71(7). 2010, S. 823-830.
7. **Dollinger SJ, Kobayashi.** Values correlates of collegiate alcohol abuse. *Psychol Rep*; 93(3). 2003, S. 848-850.
8. **Young R, West P.** Do 'good values' lead to 'good' health behavior? Longitudinal associations between young people's values and later substance use. *BMC Public Health*; 10. 2010, S. 165-177.

9. **Zimmermann P, Kahn C, Alliger-Horn C, Willmund G, Hellenthal A, Jaekel R, Schomerus G, Wesemann U.** Assoziation von Wertorientierungen mit der Schwere einer Alkoholabhängigkeit . *Nervenheilkunde*. 2015. 34 (10), S. 803 - 808.
10. **Kendler KS, Myers J, Prescott CA.** Specificity of genetic and environmental risk factors for symptoms of cannabis, cocaine, alcohol, caffeine, and nicotine dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 2007, 64, S. 1313 - 1320.
11. **Hillemacher, Thomas.** Alkoholabhängigkeit und Epigenetik. *Biospektrum: das Magazin für Biowissenschaften*. 2013, Bd. 19, S. 714 - 716.
12. **Bonfadelli, Heinz, et al.** Suchtmittelkonsum. *Gesund jung?! Herausforderungen für die Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Berlin : Springer Medizin, 2011, S. 125 - 151.
13. **Chodkiewicz J, Ziolkowski M.** Persönlichkeitsmodell nach Cloninger und Hochrisiko-Rückfallsituationen bei alkoholabhängigen Männern. *Suchttherapie: Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen*. Stuttgart : Thieme, 2014, S. 130 - 136.
14. **Kluckhohn, C.** Values and value-orientations in the theory of action: An exploration in definition and classification. [Buchverf.] T. Parsons & E. Shils (Eds.). *Towards a general theory of action*. Cambridge : Harvard University Press, 1951, S. 388-433.
15. **Schumann, S.** *Individuelles Verhalten – Möglichkeiten der Erforschung durch Einstellungen, Werte und Persönlichkeit*. s.l. : Wochenschau-Verlag, 2012. S. 125-175.
16. **Schwartz SH, Melech G, Lehmann A, Burgess S, Harris M, Owens V.** Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement. *J Cross-cultural Psychol*; 32(5). 2001, S. 519-542.

17. **Schwartz, SH.** Are there universal aspects in the content and structure of values? *J Soc Issues* 50. 1994, S. 19–45.
18. **Hinz A, Brähler E, Schmidt P, Albani C.** Investigating the circumplex structure of the Portrait Values Questionnaire (PVQ). *J Individ Diff* 26. 2005, S. 185–193.
19. **Schmidt P, Bamberg S, Davidov E, Herrmann J, Schwartz SH.** Die Messung von Werten mit dem Portraits Value Questionnaire. . *Z Sozialpsychol;* 38(4): . 2007, S. 261-275.
20. **Maercker A, Mohiyeddini C, Müller M, et al.** Traditional versus modern values, self-perceived interpersonal factors, and posttraumatic stress in Chinese and German crime victims. *Psychol Psychother;* 82(2). 2009, S. 219-232.
21. **Saiz J, Martinez I.** Relationship between cocaine dependence treatment and personal values of openness to change and conservation. *Adicciones* 22(1). 2010, S. 51-58.
22. **Klages, H.** Wertwandel in der Bundesrepublik. Ideologie und Realität. [Buchverf.] H. Klages. *Wertwandel in der Bundesrepublik. Ideologie und Realität.* s.l. : Waigel & Eisenmann, 1986, S. 20 – 31.
23. **Klages, H.** Wertwandel in Deutschland. *Die politische Meinung.* Feb 1992, S. 41-49.
24. **Franz, G. & Herbert, W.** *Werte, Bedürfnisse, Handeln: Ansatzpunkte politischer Verhaltenssteuerung.* Frankfurt am Main : Campus, 1986.
25. **Chan, VK.** The general relationship between universal human values and adolescents' problem/pathological gambling. *J Addict Dis* 31. 2012, S. 183-194.

26. **Enoch, MA.** The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*; 214(1). 2011, S. 17-31.
27. **Linssen, R.** Wertorientierung junger Leut: Was ist heute noch wichtig? *Rissener Einblicke*. 2004, S. 5-15.
28. **Wieker, Volker.** *Soldat sein heute – Leitgedanken zur Neuausrichtung der Bundeswehr*. Berlin : Bundesministerium der Verteidigung, Generalinspekteur der Bundeswehr, 2012. S. 1-20 (online-version).
29. **Hartmann U., von Rosen C.** Werte, was sind sie wert? [Buchverf.] (Hrsg.) Walther C. *Jahrbuch Innere Führung 2011*. s.l. : Miles-Verlag , 2011, S. 23.
30. **Zentrum Innere Führung.** *Kursbuch Innere Führung 2000: Zwischenbericht 1991*. Koblenz : Zentrum Innere Führung der Bundeswehr, 1991.
31. **Mooney SR, Horton PA, Trakowski JH, et al.** Military inpatient residential treatment of substance abuse disorders: the Eisenhower army medical center experience. *Mil Med* 179(6). 2014, S. 674-678.
32. **Zimmermann P, Firnkes S, Kowalski JT.** Mental Disorders in German Soldiers after Deployment - impact of personal values. *Psych Prax*. 2014, Aug 26. *Date of Electronic Publication*: 2014 Aug 26.
33. **Zimmermann P., Firnkes S., Kowalski JT., Backus J., Siegel S., Willmund GD., Maercker A.** Personal values in soldiers after military deployment: associations with mental health and resilience. *Eur J Psychotraumatol* ; 5. 2014, S. 229-239.
34. **DIMDI.** *ICD-10-GM 2014*. Köln : Deutscher Ärzteverlag, 2014.
35. **Kienast T, Lindenmeyer J, Löb M, Löber S, Heinz A.** *Alkoholabhängigkeit. Ein Leitfaden zur Gruppentherapie*. . Stuttgart : Kohlhammer, 2007.

36. **Blaschke, D.** Körperliche Entgiftung und Qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen - Welche Faktoren beeinflussen die Therapiewahl? *Suchttherapie*. 2015, S. 90 - 97.
37. **Noeker M, Petermann F.** Resilienz – Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. *Z Psychiat Psychol Psychother* 56(4). 2008, S. 255-263.
38. **Werner, EE.** Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathol* 5. 1993, S. 503-515.
39. **Werner, EE.** Children and war: risk, resilience, and recovery. *Dev Psychopathol* 24(2). 2012, S. 553-558.
40. **Feuerlein W, Ringer C, Kufner H, Antons K.** Diagnosis of alcoholism. The Munich Alcoholism Test (MALT). *MMW ; 119(40)*. 1977, S. 1275-1282.
41. **Körkel J, Schindler C.** Der Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35) – ein Instrument zur Erfassung der abstinenorientierten Kompetenzzuversicht Alkoholabhängiger. *Sucht ; 42*. 1996, S. 156-166.
42. **John U, Hapke U, Rumpf HJ, Schumann A.** Development and test criteria of the severity scale of alcohol dependence (SESA). *Sucht; 47(6)*. 2001, S. 414-420.
43. **Thomas SE, Drobos DJ, Voronin K, Anton RF.** Following alcohol consumption, nontreatment-seeking alcoholics report greater stimulation but similar sedation compared with social drinkers. *J Stud Alcohol* 65. 2004, S. 330-335.
44. **Patrick ME, Schulenberg JE.** Prevalence and predictors of adolescent alcohol use and binge drinking in the United States. *Alcohol Res; 35(2)*. 2013, S. 193-200.
45. **Nordfjærn T, Brunborg GS.** Associations between human values and alcohol consumption among Norwegians in the second half of life. *Subst Use Misuse*. 2015 , S. (Epub ahead of print).

46. **Heiderich R, Rohr G.** *Wertewandel: Aufbruch ins Chaos oder neue Wege?* München : Olzog Verlag GmbH, 1999.
47. **Hermann D., Dölling D.** *Kriminalprävention und Wertorientierung in komplexen Gesellschaften.* Mainz : Weisser Ring Verlags-GmbH, 2001.
48. **Adamson SJ, Sellman JD, Frampton CM.** Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *J Subst Abuse Treat*; 36(1). 2009, S. 75-86.
49. **Schlöder, B.** *Soziale Werte und Werthaltungen.* Opladen : Leske + Budrich, 1993.
50. **Noelen-Hoeksema, S.** Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin Psychol Rev*; 24(8). 2004, S. 981-1010.
51. **Hammes, Y.** *Wertewandel seit der Mitte des 20. Jahrhunderts in Deutschland.* Frankfurt am Main : Peter Lang GmbH, 2002.
52. **BMVg.** www.bundeswehr.de. *Aktiv. Attraktiv. Anders. – Bundeswehr in Führung.* [Online] Jun 2014.
http://www.bundeswehr.de/portal/a/bwde/!ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP3I5EyrpHK9pPKUVL3sxKKizNSiVL2k0ryU1OLy1Iyi-My8-LRSIKM0L12_INtREQBUxB6U/.

13 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|---------|
| Tabelle 1: Definition der Wertetypen (15)..... | 11 |
| Tabelle 2: Soziodemographische Angaben der Testgruppe..... | 30 |
| Tabelle 3: Rohwerte im KAZ vor (T0) und nach (T1) Therapie nach Subskalen..... | 31 |
| Tabelle 4: Regressionsanalyse zum Einfluss der initialen Wertetypen nach Schwartz auf die Abstinenz- zuversicht des KAZ vor Therapie..... | 32 |
| Tabelle 5: Interkorrelationsmatrix der Subskalen des KAZ-35..... | 33 |
| Tabelle 6: Regressionsanalyse zum Einfluss der initialen Wertetypen nach Schwartz auf die Veränderung der Skalen- werte des KAZ nach vs. vor Therapie..... | 34 |
| Tabelle 7: Rohwerte der SESA vor (T0) und nach (T1) Therapie nach Subskalen..... | 35 |
| Tabelle 8: Regressionsanalyse zum Einfluss der Wertetypen nach Schwartz auf die Schwere der Alkoholabhängigkeit in der SESA zum Beginn der Therapie..... | 36 |
| Tabelle 9: Interkorrelationstabelle der motivationalen Ziele..... | 37 |
| Tabelle 10: Mittelwerte der motivationalen Ziele vor (T0) und nach (T1) Therapie..... | 44 |
| Abbildung 1: Zirkumplexe Struktur der Wertetypen nach (17)..... | 12 |
| Abbildung 2: Wertegruppen nach (22)..... | 14 |
| Abbildung 3: Wertorientierung Jugendlicher in Deutschland..... | 15 |
| Abbildung 4 a – j: Interkorrelationen der motivationalen Ziele im direkten Vergleich..... | 38 - 43 |
| Abbildung 5: Vergleich der Mittelwerte T0 und T1 der motivationalen Ziele... | 45 |

14 Anhang

Muster für einen Wochenplan bei QE im Bundeswehrkrankenhaus Berlin

Die Wochenenden sind jeweils therapeutische Heimfahrten zur Belastungserprobung im häuslichen Umfeld.

Für die Einzelgespräche sind primär jeweils 50 Minuten angesetzt.

Die Einheiten Ergotherapie und konzentrierte Bewegungstherapie dauern jeweils 90 Minuten.

| Woche 1 / Modul 1 „Alkohol und Abhängigkeit“ | | | | |
|---|--|--|---|--|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr |
| Anreise Begrüßung Vorstellung | Entspannungs- übungen | Bewegungsspiel e | Ergotherapie | „Die Rationalisierung s- und Vermeidungs- falle“ |
| Einzelgespräche | „Der Untergang der Titanic“ Allgemeines zum Alkohol | „Das Eisenbahn- modell“ Diagnostik und Modell | „Der häufige Irrtum des Suchtgedächtni sses“ individuelles Fallkonzept | Ergotherapie |
| Einführung in Entspannungs- übungen | Ergotherapie | Entspannungs- übungen | Einzelgespräch e | Entspannungs- übungen |
| Vorstellung Ergotherapie und konzentrierte Bewegungs- therapie | konzentrierte Bewegungs- therapie | Ergotherapie | konzentrierte Bewegungs- therapie | |

| Woche 2 / Modul 2 „Alkoholabhängigkeit und Therapie“ | | | | |
|---|---|--|---------------------------------|--|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr |
| Einzelgespräche | Entspannungsübungen | Bewegungsspiele | konzentrierte Bewegungstherapie | „Behandlungsmöglichkeiten bei Alkoholabhängigkeit“ |
| „Kurzfristige Folgen durch Alkoholkonsum“ | „Längerfristige Folgen durch Alkoholkonsum“ | „Die Entscheidung: Konsum oder Abstinenz?“ | Einzelgespräche | Ergotherapie |
| Ergotherapie | Ergotherapie | Entspannungsübungen | Ergotherapie | Entspannungsübungen |
| Bewegungsspiele | konzentrierte Bewegungstherapie | Ergotherapie | Bewegungsspiele | |

| Woche 3 / Modul 3 „Verlangen, Verführung und Rückfall“ | | | | |
|---|---|---------------------|--|-------------------------------------|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr |
| konzentrierte Bewegungstherapie | Entspannungsübungen | Ergotherapie | Ergotherapie | Abschlussgespräch Einzelgespräch |
| „Ablauf eines Rückfalls“ | „Vor oder nach einem Rückfall – Was ist zu tun?“ Teil 1 | Bewegungsspiele | „Ablehnung von Alkohol – Rollenspiele“ | Abschlussgespräch im Gruppenrahmen |
| Ergotherapie | Ergotherapie | „Der Notfallplan“ | Debriefing im Gruppenrahmen | Verabschiedung |
| Einzelgespräche | „Vor oder nach einem Rückfall – Was ist zu tun?“ Teil 2 | Entspannungsübungen | Einzelgespräche | |

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Ralf Heinz Jaekel, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Assoziation von Wertorientierungen mit der Schwere einer Alkoholabhängigkeit bei Soldaten in Qualifizierter Entzugsbehandlung“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

27.03.2017

Unterschrift

Lebenslauf Ralf Heinz Jaekel

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Anteilerklärung an erfolgten Publikationen

Herr Ralf Heinz Jaekel hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1:

Zimmermann P, Kahn C, Alliger-Horn C, Willmund G, Hellenthal A, Jaekel R, Schomerus G, Wesemann U.

Assoziation von Wertorientierungen mit der Schwere einer Alkoholabhängigkeit .
Nervenheilkunde, 2015, 34 (10): 803-808

Beitrag im Einzelnen: Mitwirkung bei der Datenerhebung und -auswertung

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers/der
betreuenden Hochschullehrerin

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

Danksagung

Herrn Priv. Doz. Dr. med. Peter Zimmermann danke ich für die Überlassung des Themas und seine freundliche Betreuung.

Besonderer Dank gilt dem gesamten Team der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Bundeswehrkrankenhauses Berlin,

Herrn Axel Reiter und Herrn Thomas Spiering wird für Ihre wertvolle Unterstützung bei der Durchführung des Qualifizierten Entzugsprogramms gedankt.

Weiterhin danke ich auch Frau Stephanie Henseler und Frau Ingrid Jakob von der Fachinformationsstelle Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz für ihre begeisterte Unterstützung bei der Literaturrecherche.

Meiner Frau Dr. med. Anke Jaekel danke ich für den Freiraum, den sie mir für die Arbeit eingeräumt hat und für die Motivation in den Tiefphasen des Schreibens.