

## 2. Einleitung

In der Literatur zur Alkoholabhängigkeit finden sich bei den Untersuchungen häufig Bewertungen der Schwere einer Alkoholabhängigkeit, z.B. „schwer alkoholabhängig“. Dabei bleibt oft unklar, welche Kriterien zur Einschätzung des Schweregrades herangezogen wurden. Eine einheitliche und reproduzierbare Aussage ist deshalb schwer möglich.

Aussagen zum Schweregrad einer Alkoholabhängigkeit sind möglich durch:

- eine klinische Einschätzung
- eine Beurteilung mittels spezifischer Fragebögen zur Beurteilung des Schweregrades
- einer Einschätzung auf der Grundlage der internationalen Diagnosesysteme z.B. DSM

So gibt das Diagnostische und Statistische Manual (DSM) ab der Version III R die Möglichkeit der Einteilung nach Schweregraden.

Weiterhin stehen zur Beurteilung der Schwere einer Alkoholabhängigkeit verschiedene Fragebögen zur Verfügung. Diese basieren auf unterschiedlichen theoretischen Grundlagen und beschreiben verschiedene Dimensionen einer Alkoholabhängigkeit. Neben Fragebogenverfahren, die auf dem Konstrukt des Alkoholabhängigkeitssyndrom nach Edwards und Gross<sup>14</sup> basieren, gibt es Testverfahren, die sehr umfassend die Alkoholabhängigkeit, körperliche Beschwerden und psychosoziale Folgen der Alkoholabhängigkeit erfassen. Der Addiction Severity Index (ASI)<sup>32,33</sup> z.B. erfaßt zur Einschätzung der Abhängigkeit unter anderem auch medizinische, familiäre, soziale und juristische Faktoren.

Die theoretischen Grundlagen zur Schweregradforschung wurden 1976 durch die britischen Forscher Griffith Edwards und Milton Gross<sup>14</sup> gelegt. Diese formulierten – vorerst provisorisch – das Alkoholabhängigkeitssyndrom. Die Autoren differenzierten das Alkoholabhängigkeitssyndrom als „Kernsyndrom“ von den alkoholbezogenen Störungen, den „alcohol – related - disabilities“. Letztere können auch alkoholabhängigkeitsbezogen sein, müssen es aber nicht.

In der Literatur<sup>6,15,40</sup> zum Alkoholabhängigkeitssyndrom nach Edwards und Gross wird immer wieder betont, daß das Konstrukt dieses Alkoholabhängigkeitssyndroms in die internationalen Klassifikationssysteme der Krankheiten, also sowohl ICD - 9 als auch ICD - 10 und DSM – III R bis – IV eingeflossen ist.

Auf dieser Aussage basiert die Frage, ob mit Hilfe des Klassifikationssystems DSM – IV eine Aussage zum Schweregrad einer Alkoholabhängigkeit möglich ist.

John<sup>26</sup> äußert sich zu der Möglichkeit einer Einschätzung des Schweregrades mit Hilfe der Klassifikationssysteme eher bejahend: „Die Krankheitsklassifikationssysteme können aus einem Mangel an methodisch befriedigender Operationalisierung der Schweregrade von Abhängigkeiten als eine Orientierungshilfe zur Einschätzung der Schwere von Abhängigkeit gelten.“.

Daraus ableitend stellt sich die Frage, ob man mit Hilfe der diagnostischen Kriterien des DSM-IV auf eine kurze Art und Weise zu einer Schweregradbeurteilung einer Alkoholabhängigkeit kommen kann. Anders ausgedrückt, stellt sich die Frage, ob die Kriterien des DSM – IV eine Aussage zum Schweregrad einer Alkoholabhängigkeit beinhalten.

### **3. Theoretische Grundlagen**

#### **3.1. Das Konstrukt des Alkoholabhängigkeitssyndroms**

1976 formulierten Edwards und Gross<sup>14</sup> das Konstrukt des Alkoholabhängigkeitssyndrom. Die Beschreibung des Syndroms erfolgte auf der Grundlage klinischer Erfahrung und den Angaben von Betroffenen. Edwards und Gross merkten an, daß die Verbindung der klinischen Symptome mit den zu Grunde liegenden psychobiologischen Grundlagen der Abhängigkeit schwierig sei. Es wurden deshalb keine Annahmen über die Ursache des Krankheitsprozesses einer Alkoholabhängigkeit gemacht.

Sie verwiesen darauf, daß sie den Begriff Syndrom verwenden, da sie das Zusammentreffen von Phänomenen darstellen wollten. Edwards und Gross beschrieben also die Erscheinungsform der Abhängigkeit, d.h. sie machten eine Aussage über die Phänomenologie der Abhängigkeit. Sie betonten ausdrücklich, daß die Symptome nicht immer vorhanden sein müssen und nicht immer in der gleichen Intensität und damit der gleichen Quantität auftreten.

Abgrenzen wollten sich Edwards und Gross von Jellinek, der zumindest den Gamma-Alkoholismus nach dem Alles – oder – Nichts - Prinzip aufgefaßt hat.

Edwards und Gross wollten einen einerseits stringenteren und andererseits dynamischen Begriff verwenden, um eine Alkoholabhängigkeit zu beschreiben. Es ging ihnen also um eine klare Beschreibung der Alkoholabhängigkeit. Gleichzeitig bringen sie mit dem Begriff „dynamisch“ den zeitlichen Aspekt des Krankheitsverlaufes einer Alkoholabhängigkeit ein.

Als essentielle Bestandteile des Syndroms wurden von Edwards und Gross <sup>14</sup> vorläufig genannt:

1. die Einengung des Trinkverhaltens
2. das Hervortreten des drink – seeking - behaviors
3. die steigende Alkoholtoleranz
4. wiederholte Entzugssymptome
5. wiederholte Erleichterung oder Vermeidung von Entzugssymptomen durch weiteres Trinken
6. die subjektive Bewußtheit eines Dranges, zu trinken
7. die Wiederherstellung des Syndroms nach Abstinenz

Im Einzelnen meinen sie damit:

### **3.2. Komponenten des Alkoholabhängigkeitssyndroms**

#### **3.2.1. Die Einengung des Trinkverhaltens**

Die Einengung des Trinkverhaltens beschrieben Edwards und Gross als eine Ausweitung des Alkoholtrinkens z.B. über gesellschaftliche Anlässe hinaus. Die Anzahl der Schlüsselreize zum Alkoholtrinken erhöht sich. Diese Einengung kann durch äußere Umstände wie z.B. eine neue Arbeit oder eine Heirat zeitweise aufgeweitet werden. Mit dem Fortschreiten der Abhängigkeit würden die Verhaltensmuster bezüglich des Alkoholtrinkens jedoch zunehmend stereotyper.

### 3.2.2. Das Hervortreten des Drink – Seeking – Behaviors

Edwards und Gross nennen als weiteres Symptom eine Bevorzugung der Alkoholaufnahme und das Bestreben, Alkohol bei sich zu haben. Alkoholische Getränke werden nichtalkoholischen Getränken vorgezogen.

Das Alkoholtrinken wird wichtiger als andere Verhaltensweisen. Frühere Verhaltensweisen, z.B. Aktivitäten in der Freizeit, werden zugunsten des Alkoholtrinkens aufgegeben.

### 3.2.3. Steigende Alkoholtoleranz

Edwards und Gross betonten, daß das zentrale Nervensystem eine Toleranz für den Alkohol entwickelt, obwohl ihnen die genauen Mechanismen nicht bekannt waren.

Steigende Toleranz meint, daß abhängige Personen in der Lage sind, trotz der Alkoholaufnahme Dinge zu tun, zu denen andere nichtabhängige Personen bei gleichem Alkoholkonsum nicht mehr in der Lage wären. Die Geschwindigkeit der Toleranzentwicklung war noch unklar.

Bei der Darstellung des Alkoholabhängigkeitssyndrom vermerkten Edwards und Gross <sup>14</sup>, daß auch schwere, nichtabhängige Trinker eine beachtliche Toleranz entwickeln. Dabei bleibt offen, inwieweit die Toleranz ein abhängigkeitsspezifisches Symptom ist. Anders formuliert, kann man auch fragen, ob es eine abhängigkeitsspezifische Toleranz gibt, die sich von der Toleranz bei nichtabhängigen Alkoholtrinkern unterscheidet.

In den späteren Stadien der Abhängigkeit kommt es nach Edwards und Gross <sup>14</sup> zu einem Verlust der erworbenen Toleranz, was sich darin äußert, daß bisher gewohnte Alkoholmengen nicht mehr vertragen werden (Toleranzumkehr). Edwards und Gross beschrieben also nicht nur die Toleranzsteigerung, sondern auch die Toleranzumkehr. Sie wiesen auf eine Toleranzdynamik hin.

### 3.2.4. Wiederholte Entzugssyndrome

Nach Edwards und Gross <sup>14</sup> sind Alkoholentzugssymptome am Tier und am Menschen nachgewiesen. Beide unterstellten aufgrund ihrer klinischen Erfahrung, daß die Entzugssymptome am Anfang noch vorübergehend und leicht sind. Mit dem Fortschreiten der Abhängigkeit nehme aber die Häufigkeit und die Schwere der Entzugssymptome zu.

Der Alkoholabhängige erinnere sich genau an das erstmalige Auftreten von Entzugssymptomen. Dieses stehe nicht notwendigerweise mit einer plötzlichen Erhöhung der Trinkmenge in Verbindung.

Entzugserscheinungen sollen nur bei einem hohen Grad der Toleranz auftreten. Aber Toleranz kann ohne das Auftreten von Entzugserscheinungen bestehen.

Beide Autoren betonen, daß die Entzugserscheinungen ein buntes klinisches Bild haben können.

Edwards und Gross<sup>14</sup> nannten jedoch 4 Schlüsselsymptome:

**Tremor:** Dieser demonstriere sehr gut einen unterschiedlichen Ausprägungsgrad. Er könne einmal, mehrmals oder intermittierend auftreten oder jeden Morgen oder in einem Grad, der den Betroffenen sehr stark behindere.

**Übelkeit:** Auch diese trete in sehr unterschiedlichen Erscheinungsformen auf. Sie reichen vom morgendlichen Würgen beim Zähneputzen bis zum Erbrechen des ersten Alkoholgetränks oder nächtlichem Erbrechen.

**Schwitzen:** In den frühen Stadien der Abhängigkeit bestehe ein Gefühl der Klammheit. Ein weiterer Ausprägungsgrad sei das schweißgebadete Aufwachen in den frühen Morgenstunden.

**Stimmungsstörungen:** Die Beeinträchtigung der Stimmung an sich ist nach Edwards und Gross im Alkoholentzug auffällig. Diese ist aber nach Darstellung beider Autoren keine Folge der körperlichen Beeinträchtigung im Entzug. In leichteren Stadien von Stimmungsstörungen bestehe ein Gefühl von Nervosität. Wenn die Abhängigkeit voll entwickelt sei, zeige sich ein ausgeprägtes affektives Störungsbild. Die affektiven Störungen können nach Edwards und Gross am ehesten als Angst und Depression beschrieben werden.

### **3.2.5. Wiederholte Erleichterung oder Vermeidung von Entzugssymptomen**

Auch diesbezüglich ist nach Edwards und Gross<sup>14</sup> eine Graduierung möglich. Diese reiche z.B. vom Trinken am Mittag bis zu nächtlichem Trinken. Das Erleichterungstrinken trete nicht nur bei eindeutigem Entzug auf, sondern auch bei „minimalen Symptomen eines subakuten Entzuges“<sup>14</sup>. Die Abhängigen könnten sehr genau angeben, zu welcher Zeit und mit welcher Menge der Entzug gelindert werden kann.

### 3.2.6. Die subjektive Bewußtheit eines Dranges zu trinken

Edwards und Gross merkten kritisch an, daß „die bisherigen Formulierungen, die verwendet werden, um die subjektiven Erfahrungen einer abhängigen Person zu beschreiben, nicht umfassend befriedigen“<sup>14</sup>.

Beide Autoren wollten jedoch nicht den Begriff des Kontrollverlust verwenden.

Es sei besser von einer unterschiedlichen und zwischenzeitlichen Beeinträchtigung der Kontrolle („impaired control“<sup>14</sup>) als von einem Kontrollverlust im Sinne eines „Alles-oder-Nichts-Phänomens“ zu reden.

Eine andere komplexe Erfahrung, die nicht leicht zu fassen sei, ist das Craving. Der Patient beschreibe dies jedoch in eindeutigen Begriffen („gasping for a drink“<sup>14</sup>).

Edwards und Gross äußerten, daß die Schlüsselerfahrung als ein Zwang zum Trinken beschrieben werden kann, auch wenn die Analogie zu den Zwangsstörungen nicht immer befriedigend sei. Der Wunsch nach einem weiteren Drink sei irrational.

### 3.2.7. Die Wiederherstellung des Syndroms nach Abstinenz

Dieses Symptom beinhaltet, daß nach einer Abstinenzphase wieder Alkohol getrunken wird. „Der Rückfall in das vorangegangene Stadium der Abhängigkeit folgt extrem unterschiedlichen Zeitverläufen.“<sup>14</sup> Es wird unterstellt, daß mit einer zunehmenden Schwere der Abhängigkeit eine schnellere Wiederherstellung des Syndroms erfolgt.

## 3.3. Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen

Aufgrund ihrer empirischen Erfahrung beschrieben Edwards und Gross das Erscheinungsbild (Phänomenologie) der Alkoholabhängigkeit.

Durch dieses Symptomcluster kann eine bestehende Alkoholabhängigkeit beschrieben werden. Die diagnostische Einschätzung als Alkoholabhängigkeitssyndrom ist damit qualitativ auf der Syndromebene möglich.

Gleichzeitig zeigten Edwards und Gross konkrete Möglichkeiten einer quantitativen Operationalisierung der Symptome des Alkoholabhängigkeitssyndroms. Durch diese Quantifizierung der Symptome ist die Grundlage für eine Schweregradeinteilung gegeben.

Aufgrund einer unterschiedlichen Symptomausprägung bzw. auch der Abwesenheit bestimmter Symptome sei es möglich, neben der qualitativen Einordnung als Alkoholabhängigkeit auch eine Angabe eines Schweregrades vorzunehmen. Beide Autoren betonen: „All diese Elemente existieren in Graden, die dem Syndrom eine Spannweite des Schweregrades geben“<sup>14</sup>.

Mögliche Ansätze zur Operationalisierung der Schweregrade wurden von Edwards und Gross, wie oben genannt, dargestellt.

Edwards und Gross<sup>14</sup> stellten aufgrund ihrer klinischen Erfahrung die Behauptung auf, daß jeder Teil dieses Syndroms in verschiedenen Beziehungen zu den anderen steht. Dabei bleibt aber offen, in welcher Beziehung welche Teile oder Symptome mit anderen stehen, insbesondere deshalb, weil Edwards und Gross betonen, daß nicht immer alle Symptome vorhanden sein müssen.

Damit verbunden ist auch die Frage, ob bestimmte „Basissymptome“ für die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit vorhanden sein müssen.

Im Unterschied zu den internationalen Klassifikationssystemen ist jedoch keine minimale Anzahl von Symptomen zur Einordnung als Alkoholabhängigkeit erforderlich ist. Ein cut – off – point wie in der DSM – IV oder der ICD - 10 wird von beiden Autoren nicht gefordert.

Der Verlauf einer Abhängigkeit ist nach Edwards und Gross<sup>14</sup> ein historischer Prozeß, i.S.e. zeitlich ablaufenden Geschehens. Dabei sind nach ihrer Meinung unterschiedliche Variationen des zeitlichen Verlaufes möglich. Dabei sei es vorstellbar, das leichter Abhängige zu einem normalen Trinken zurückkehren, während eine sehr schwere Abhängigkeit irreversibel sein könnte.

Edwards und Gross<sup>14</sup> forderten nach der vorläufigen klinischen Beschreibung des Syndroms eine präzisere Ausarbeitung des Syndroms und seines natürlichen Verlaufes.

Edwards<sup>16</sup> faßt die wichtigsten Postulate nochmals zusammen, auf denen das Alkoholabhängigkeitssyndrom basiert.

Er betont, daß das Syndrom durch die Anhäufung bestimmter Elemente erkannt werden kann, wobei nicht immer alle Elemente oder alle Elemente im gleichen Maß vorhanden sein müssen. Mit wachsender Intensität der Elemente werde das Syndrom immer deutlicher.

Weiterhin unterliege das Syndrom nicht dem Alles – oder - Nichts-Prinzip, sondern trete in unterschiedlichen Ausprägungsgraden und damit in unterschiedlichen Schweregraden auf. Die Erscheinungsform des Syndroms wird durch den pathoplastischen Einfluß von Persönlichkeit und Kultur geprägt.

Letztendlich kann ein zweiachsiges Konzept<sup>15,16</sup> verwendet werden, bei dem das Abhängigkeitssyndrom eine Achse und die alkoholbezogenen Probleme die andere Achse bilden.

Die von Edwards und Gross formulierten theoretischen Grundlagen hatten Einfluß auf die weitere Beschreibung des Alkoholabhängigkeitssyndroms. Das Alkoholabhängigkeitssyndrom wurde beschrieben als Manifestation einer Änderung der verhaltens-psychobiologischen und subjektiven Ebenen mit einem führenden Symptom, daß als Kontrollstörung über die Einnahme von Alkohol beschrieben wird<sup>6</sup>.

Ein Begriff, der bis zur Beschreibung von Edwards und Gross<sup>14</sup> in der Diagnostik der Alkoholabhängigkeit eine wesentliche Rolle spielte, war der Begriff des Kontrollverlustes. Von diesem grenzen sich beide Autoren eindeutig ab. Sie sprechen von einer Beeinträchtigung der Kontrolle.

Davidson<sup>11</sup> beschreibt die Beeinträchtigung der Kontrolle, die auch als Kontrollstörung beschrieben werden kann, als einen kognitiven Begriff. Damit will er diesen Begriff zum Kontrollverlust eindeutig abgrenzen. Er sieht die Kontrollstörung verwandt mit der subjektiven Bewußtheit des Dranges, zu trinken, was als ein Kernsyndrom von Edwards und Gross beschrieben wird.

Der Drang oder Zwang oder das Verlangen, Alkohol zu trinken, wird als ein wesentliches, nahezu zentrales Problem der Alkoholabhängigkeit dargestellt. Diesem kann theoretisch ein Widerstand gegen das Alkoholtrinken gegenüber gestellt werden. Das Verhältnis zwischen dem Drang Alkohol zu trinken, und dem dagegen möglichen Widerstand, wäre dann ein Maß für den Schweregrad einer Alkoholabhängigkeit.<sup>31</sup>



Die Kernsymptome einer Alkoholabhängigkeit wurden eindeutig abgegrenzt von Folgen des Alkoholkonsums (Drink - related - disabilities)<sup>15</sup>. Diese sollten in die Diagnose eines Alkoholabhängigkeitssyndroms nicht mehr eingehen, sondern als Folgeerscheinung gesondert von diesem Grundsymptom betrachtet werden.

Edwards und Gross<sup>14</sup> ging es neben der qualitativen Beschreibung des Alkoholabhängigkeitssyndroms auch um die quantitative Beschreibung. Dies drückt sich in unterschiedlichen Schweregraden sowie in einem zeitlich unterschiedlichen Verlauf der Abhängigkeitserkrankung aus. Es gibt also zwei Möglichkeiten der Beschreibung (state - trait). Die Diagnose der Abhängigkeit selbst und die Bewertung des Schweregrades soll nur in Verbindung mit den primären Symptomen gestellt werden. Es sollte das klinische Bild als Ganzes betrachtet werden. Neben den qualitativen und quantitativen Aussagen machten die Autoren empirische Aussagen über den Verlauf der Alkoholabhängigkeit. Mit zunehmender Schwere werde das Bild der Alkoholabhängigkeit zunehmend kohärenter. Es treten die gleichen Elemente auf, aber in einem stärkeren Ausmaß. Über den Verlauf des Prozesses insgesamt bzw. über einen „Alterungsprozeß“<sup>14</sup> des Syndroms war wenig bekannt.

Im Gegensatz zur Aussage von John et al.<sup>28</sup> beschreiben Edwards und Gross<sup>14</sup>, daß es eine Toleranzänderung im Verlauf der Abhängigkeit geben kann. Aus ihrer klinischen Erfahrung war ihnen bekannt, daß die Patienten die erworbene Toleranz verlieren können und daß sie dadurch unfähig werden, Alkoholmengen zu konsumieren, mit denen sie bisher umgehen konnten.

Da beide Autoren<sup>14</sup> immer wiederholten, daß es sich um eine provisorische Beschreibung des Syndroms handelt, wurde eine entsprechende Bestätigung des Syndroms durch die klinische Arbeit bzw. weitere Forschungsergebnisse notwendig.

In einer klinischen Untersuchung<sup>37</sup> zu Verhaltensweisen bei einer Alkoholabhängigkeit wurden zwei Gruppen von je elf Alkoholpatienten Alkohol dargeboten. Diese beiden Gruppen unterschieden sich in der Schwere der Abhängigkeit. Beiden Gruppen wurde eine gleiche Menge an Alkohol dargeboten, ohne daß eine Zeitbegrenzung für den Alkoholkonsum bestand. Edwards und Gross stellten fest, daß die schwerer Abhängigen schneller tranken als die weniger schwer Abhängigen. Beide Autoren schlußfolgerten, daß die Stärke der Alkoholabhängigkeit von einem Konditionierungsprozeß abhängt.

In einer weiteren Untersuchung unterteilten Rankin, Hodgson und Stockwell<sup>36</sup> Alkoholranke nach ihrem Schweregrad durch einen klinisch erfahrenen Rater. Beiden Gruppen wurde ein Fragebogen über sogenannte Schlüsselreize vorgelegt. Es wurde herausgefunden, daß das Trinkverhalten im Wesentlichen durch Entzugssymptome beeinflusst wird, welche durch das Alkoholtrinken gelindert werden sollen. Es stellte sich heraus, daß schwere Entzugserscheinungen bei schwer Alkoholabhängigen Schlüsselreize für weiteres Trinken sind.

Neben diesen klinischen Untersuchungen wurden zur Einschätzung des Schweregrades einer Alkoholabhängigkeit Fragebögen entwickelt. Diese Operationalisierung sollte eine Einschätzung des Schweregrades ermöglichen. Sinn dieser Einschätzung war von Anfang an, wie Edwards und Gross<sup>14</sup> 1976 betonten, entsprechend dem Schweregrad der Alkoholabhängigkeit auch entsprechende klinische Behandlungskonzepte zu entwickeln.

Babor<sup>3</sup> griff 1978 das Konzept des Alkoholabhängigkeitssyndroms auf. Es sei eine Anhäufung von charakteristischen kognitiven, Verhaltens- und physiologischen Elementen, die in Beziehung zu einem allgemeinen psycho-physiologischen Prozeß stehen. Die Verteilung dieser Elemente verlaufe entlang eines Kontinuums von Schweregraden. Es gebe eine begriffliche wie statistische Unabhängigkeit der Abhängigkeitselemente von den Störungen, die im Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch stehen.

Die Postulation und die nachfolgenden Untersuchungen zum Alkoholabhängigkeitssyndrom führten zur Untersuchung anderer stoffgebundener Abhängigkeiten. Auf dieser Grundlage wurde nachfolgend auch das Konzept eines „Drug – Dependence - Syndrome“<sup>3</sup> formuliert. Dieses beinhaltet, daß die Neigung zu einer erneuten Abhängigkeit eine direkte Funktion des Schweregrades des Syndroms ist, der vorlag, bevor die Abstinenz begonnen wurde.

Caetano setzte sich kritisch mit dem Konzept des Alkoholabhängigkeitssyndroms auseinander. Nach Caetano sei das Syndrom eines unter vielen. „Das Syndrom ist einer unter vielen mit Alkohol in Verbindung stehenden Schäden, das zu den medizinischen und den sozialen Problemen gezählt wird, aber gleichzeitig wird es als selbständiges Problem betrachtet.“<sup>7</sup> Caetano verwies auf die schwache Untermauerung der Annahmen des Alkoholabhängigkeitssyndroms und betonte, daß Indikatoren klar beschrieben werden müssen. Jeder Forscher, der versuche, das Alkoholabhängigkeitssyndrom anzuwenden, brauche dringend Indikatoren, um es

als ein solches zu beschreiben. Caetano betonte ausdrücklich, daß die Beschreibung von Edwards und Gross provisorisch war und somit unabsichtlich unbestimmt geblieben sei.

#### 4. Versuche der Operationalisierung des Alkoholabhängigkeitssyndroms

Auf der Grundlage des Konstruktes des Alkoholabhängigkeitssyndroms nach Edwards und Gross<sup>14</sup> wurden verschiedene Fragebögen zur Beurteilung des Schweregrades einer Alkoholabhängigkeit entwickelt. Diese sollen im Folgenden kritisch betrachtet werden.

1987 publizierte Davidson<sup>11</sup> methodische Überlegungen über die Entwicklung eines Fragebogens zur angemessenen Erfassung des Schweregrades einer Alkoholabhängigkeit. Dabei ging er von den vorliegenden Fragebögen ( SADQ, SADD, Alcohol – Dependence – Scale, QIAD, Last Six Months of Drinking Questionnaire) aus.

Als erstes betonte Davidson<sup>11</sup>, daß der Zeitraum, der abgebildet wird, angemessen sein sollte. Der Zeitabschnitt, der zur Einschätzung des Schweregrades einer Alkoholabhängigkeit beurteilt werden soll, muß lang genug sein, um Fluktuationen zu berücksichtigen, andererseits soll er aber auch ausreichend kurz sein, um die Erinnerung des Patienten nicht zu überfordern. Ein spezifisches Problem stellen die Abstinenzzeiten dar, da diese erheblich unterschiedliche Zeitabschnitte umfassen können, wie bereits Edwards und Gross 1976 betonten.

Ein sehr wesentliches Element stellt die ausreichende und angemessene Definition der einzelnen Elemente des Alkoholabhängigkeitssyndroms dar. Diese müßten angemessen operationalisiert werden. Das gelte insbesondere für die subjektive Bewußtheit des Dranges zu trinken sowie die Einengung des Trinkverhaltens. In den bis dahin vorliegenden Fragebögen wurden einige Kriterien des Alkoholabhängigkeitssyndroms nach Edwards und Gross<sup>14</sup> nicht bzw. nicht ausreichend berücksichtigt.

Fragebogen	Items	Skalierung	Zeitraum	ADS-Elemente
SADQ	20	4 - Punkt	1 Monat	4
SADD	15	4 - Punkt	Letzte Trinkphase	6
ADS	25	gemischt	12 Monate	4
QIAD	22	5 - Punkt	Letzter Monat	6
Last Six month	10	5 - Punkt	6 Monate	5

Ein weiteres wesentliches Kriterium für einen informativen Fragebogen ist nach Davidson<sup>11</sup>, daß die Aussagen wahrheitsgemäß sein müssen. Dies bezieht sich insbesondere darauf, daß

die Antworten des Patienten den Schweregrad der Abhängigkeit eindeutig widerspiegeln und die Verfälschungstendenz gering sein sollte. Davidson<sup>11</sup> empfiehlt deshalb eine Vier- bis Fünfpunktskala.

#### **4.1. The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ)**

Mit der von Stockwell et al.<sup>45</sup> entwickelten SADQ sollen die Kernsymptome der Abhängigkeit gemessen werden. In der SADQ werden 20 Items auf einer Vierpunktskala erfaßt. Die SADQ ist ein Fragebogen, der selbständig vom Patienten ausgefüllt wird.

Die SADQ hat fünf Subskalen:

1. körperliche Entzugserscheinungen
2. affektive (psychische) Entzugserscheinungen
3. Craving und entzugserleichterndes Trinken
4. typische Tageskonsummenge
5. Wiederherstellung des Syndroms nach einer Abstinenzperiode

Damit werden 4 der Symptome des Alkoholabhängigkeitssyndroms nach Edwards und Gross erfaßt. Die Einengung des Trinkverhaltens, das Hervortreten des drink – seeking - behavior und die subjektive Bewußtheit des Zwanges zu trinken werden nicht abgebildet. Die typische Tageskonsummenge ist nicht Bestandteil des Alkoholabhängigkeitssyndroms nach Edwards und Gross.

Mit der SADQ wird die jüngst zurückliegende Episode typischen Trinkens erfaßt. Die Skalen reichen von „fast nie“ bis „fast immer“. Die SADQ war das erste Testverfahren, das versucht den Schweregrad einer Alkoholabhängigkeit zu erfassen. Kritiker (z. B. Davidson 1987<sup>11</sup>) wiesen jedoch darauf hin, daß die körperlichen Aspekte, wie zum Beispiel die Erfassung von Entzugssymptomen bzw. das Erleichterungstrinken gegen den Entzug in der SADQ überbetont werden.

Die Daten zur Standardisierung der SADQ, die gegenwärtig vorliegen, sind beträchtlich. Die SADQ ist der weitestverbreitete Fragebogen zur Erhebung der Schwere einer Alkoholabhängigkeit. Die Reliabilität und die Validität der SADQ wurden an drei Stichproben von Alkoholabhängigen untersucht. Für die einzelnen Items, die Subscores und für den Gesamtscore bestand eine hohe Test – Retest - Reliabilität.

Zur Unterscheidung der Stärke einer Alkoholabhängigkeit legten die Autoren aufgrund der Auswertung der Untersuchung fest, daß ab 30 Punkten eine schwere Alkoholabhängigkeit besteht. Ein darunter liegender Score bedeute eine leichte bis mittelgradige Alkoholabhängigkeit.

Meehan et al.<sup>34</sup> unternahmen einen weiteren Versuch, die SADQ an 102 irischen Alkoholabhängigen zu validieren. Diese 102 Patienten waren entgiftet. Die SADQ wird als nützliches und valides Instrument zur Erfassung des Schweregrades einer Alkoholabhängigkeit beurteilt. Es wurde eine maximale Übereinstimmung mit dem klinischen Rating bei mäßig und schwer Alkoholabhängigen gefunden. Auch hier wurde der cut – off – point bei 30 festgelegt. In der SADQ werden überwiegend Alkoholentzugserscheinungen, ein Erleichterungstrinken wegen eines Alkoholentzugssyndroms bzw. die Wiederherstellung des abnormen Trinkens nach Abstinenz abgebildet wegen ihrer besseren Zugänglichkeit bzw. Erfragbarkeit. Dagegen werden die Einengung des Trinkverhaltens und das Hervortreten des drink – seeking - behaviors werden als zu subtil betrachtet, um sie mit einem Fragebogen darzustellen. Die SADQ ist daher vor allem für die Einschätzung einer schweren Alkoholabhängigkeit geeignet. Es wird empfohlen, für leichte und mildere Fälle von Alkoholabhängigkeit den Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) zu benutzen.

#### **4.2. Die Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS)**

Die Göttinger Abhängigkeitsskala wurde von Jacobi et. al.<sup>23</sup> nach Vorlage der SADQ entworfen. Dabei wurden Items der SADQ ins Deutsche übersetzt und in zufälliger Reihenfolge angeordnet. Durch teststatistische Verfahren wurde dann die Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS) konstruiert.

Die Stichprobe zur Konstruktion der GABS umfaßte 102 männliche Alkoholiker in stationärer Behandlung. Es wurden keine ambulanten Patienten in die Entwicklung der GABS einbezogen. Zusätzlich erfolgte die Einschätzung des Schweregrades der Alkoholabhängigkeit durch den behandelnden Arzt auf einer Visuell-Analog-Skala.

Die Göttinger Abhängigkeitsskala hat 20 Items. Die 5-punkt-skalierten Antworten sind unscharf in ihrer Formulierung.

Durch Faktorenanalyse erhielten die Autoren einen ersten Faktor (unwiderstehliches Verlangen und exzessives Trinken), der 42 % der Varianz aufklärte. Die folgenden Faktoren waren körperliche Entzugssymptome (2 Items), psychische Entzugssymptome, Trinkmenge sowie nochmals (!) körperliche Entzugssymptome (3 Items).

Signifikante Korrelationen ergaben sich zwischen den Werten der GABS und dem Alter bei Suchtbeginn ( $r = -0,24$ ), der Kontinuität des Trinkens ( $r = 0,31$ ) und dem MALT – S - Summenwert ( $r = 0,61$ ).

Die Berechnung der Korrelation mit den Laborwerten erbrachte keinen signifikanten Zusammenhang.

Ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang ergab sich zwischen den Werten der GABS und Delirien in der Vorgeschichte, dem bevorzugten alkoholischen Getränk, der Art des Entzuges, der Art des Trinkens, der Dauer der Abstinenz vor Aufnahme und Polytoxikomanie.

Zwischen dem Ergebnis der GABS und der Schwerebeurteilung der Alkoholabhängigkeit durch den Arzt bestand ebenfalls keine signifikante Korrelation.

#### **4.3. Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD)**

Aufgrund der Kritik an der SADQ wurde 1983 die SADD von Raistrick et.al.<sup>35</sup>entwickelt.

Der SADQ wird vorgeworfen, daß sie vorwiegend Entzugssymptome erfasse und deshalb nur bei einem ausgeprägten Schweregrad der Abhängigkeit aussagekräftig ist.

Die SADD soll den gegenwärtigen Zustand der Alkoholabhängigkeit messen. Weiterhin soll dieser Fragebogen auch für Patienten angemessen sein, die wegen eines Alkoholproblems überhaupt Hilfe benötigen.

Die SADD soll gegenüber dem gesamten Spektrum des Alkoholabhängigkeitssyndroms sensibel sein, wie auch den zeitlichen Veränderungen. Darüber hinaus wird betont, daß die SADD weniger soziokulturellen Einflüssen unterliege.

Dieser Fragebogen wird selbstständig von den Probanden ausgefüllt.

Die SADD beinhaltet 15 Items und es können maximal 45 Punkte erreicht werden. Die Antworten werden auf Skalen mit 4 Intervallen im Bereich von „niemals“ bis „fast immer“ erfaßt.

Die SADD zielt auf die jüngst zurückliegenden Trinkgewohnheiten. Insgesamt werden in diesen Fragebogen sechs Elemente des Alkoholentzugssyndroms nach Edwards und Gross<sup>14</sup> abgebildet.

Die Autoren<sup>35</sup> unterteilen die Alkoholabhängigkeit in drei Stufen: Von 1-9 Punkten besteht eine leichte Abhängigkeit, von 10-19 Punkten eine mittelgradige und ab 20 Punkten eine schwere Abhängigkeit.

#### **4.4. Alcohol-Dependence-Scale (AdS)**

Ein weiteres Instrument zur Messung einer Alkoholabhängigkeit entwickelten Skinner und Horn<sup>43</sup> mit der Alcohol – Dependence - Scale (AdS) zunächst an 25

Personen. Die meisten Items zur Alcohol - Dependence - Scale wurden aus dem Alcohol – Use - Inventory (AUI) abgeleitet. Das Alcohol – Use – Inventory ist ein Fragebogen mit 24 Items, der den Trinkstil, die Konsequenzen des Trinkens und den Umgang mit den Problemen durch das Alkoholtrinken erfaßt.

Da die Alcohol – Dependence - Scale zeitlich vor dem Alkoholabhängigkeitssyndrom nach Edwards und Gross<sup>14</sup> veröffentlicht wurde, stellt sich die Frage, inwieweit dieses theoretische Konstrukt in die Alcohol – Dependence - Scale eingegangen ist. Vom Alkoholabhängigkeitssyndrom nach Edwards und Gross sollen insgesamt vier Elemente widergespiegelt werden.

Die AdS besteht aus 25 Items. Vier Fragen davon sind dichotom, die weiteren Fragen sind dreipunktskaliert. Die AdS bezieht sich auf die letzten 12 Monate des Alkoholtrinkens.

Mit dem Fragebogen werden vier umschriebene Bereiche erfaßt:

- Verlust der Verhaltenskontrolle
- psychophysische Entzugssymptome
- psychoperzeptuelle Entzugssymptome
- ein zwanghafter Trinkstil

In den Verlust der Verhaltenskontrolle werden auch Blackouts oder Palimpseste eingeordnet. Weiterhin wird das rasche Trinken im Sinne eines hastigen Herunterkippens des Getränkes erfragt. Zum psychoperzeptuellen Entzug werden Halluzinationen im Alkoholentzug gezählt. Bezüglich des zwanghaften Trinkstiles werden auch Fragen gestellt, wie oft der Betreffende eine Flasche zur Hand habe.

Bei den psychophysischen Entzugserscheinungen wird so z. B. auch ein sogenannter „hang over“ oder „Kater“ erfragt. Neben diesem „hang over“ wird allerdings bei psychophysischem Entzug auch ein Delirium tremens berücksichtigt.

Im Unterschied zu Edwards und Gross wird nicht zwischen dem Schweregrad einer Alkoholabhängigkeit und dem Schweregrad eines Alkoholentzugssyndroms unterschieden und es werden Elemente einbezogen, welche nicht Kernsymptome einer Alkoholabhängigkeit sind, wie z.B. Palimpseste.

Skinner <sup>43</sup> weist darauf hin, daß höhere Grade der Alkoholabhängigkeit verbunden sind mit sozialen Konsequenzen und größeren Konsummengen. Die Verbindung zwischen dem Abhängigkeitssyndrom und den Konsequenzen des Trinkens habe auch Bedeutung für die Behandlung.

#### **4.5. Quantitative Inventory of Alcohol Disorder (QIAD)**

Der QIAD wurde von Stinnett und Schechter <sup>44</sup> entwickelt. Die Autoren unterstellen, daß dieser Fragebogen die Schwere der Alkoholabhängigkeit mißt. Es werden jedoch von den Urhebern keine Aussagen gemacht, inwieweit sie sich auf das theoretische Konstrukt von Edwards und Gross <sup>14</sup> beziehen.

Die Items beinhalten auch Fragen, die den Bereich Arbeit und Soziales betreffen. Zur Standardisierung des Fragebogens wurden nur 50 Personen herangezogen.

Die QIAD besteht aus 22 Items. Die Fragen sind fünfpunktskaliert. Es wird das Trinkverhalten des letzten Monats erfaßt. Insgesamt sollen sich sechs Elemente des Alkoholabhängigkeitssyndroms nach Edwards und Gross widerspiegeln. Die Daten zur Standardisierung des Fragebogens seien jedoch gering (Davidson <sup>11</sup>).

#### **4.6. Last Six Months of Drinking Questionnaire – Dependence Scale**

Dieser Fragebogen wurde 1983 von Hesselbrock <sup>21</sup> et. al. entwickelt.

Neben der Erhebung der Alkoholeinnahme werden auch Konsequenzen des Alkoholtrinkens erfaßt.

Die Last Six Months of Drinking Questionnaire –Dependence Scale hat zehn Items, die auf einer Fünfpunktskala bewertet werden. Der Zeitraum der Einschätzung wird von den Autoren mit sechs Monaten angegeben. Durch diesen Fragebogen werden fünf Elemente des Alkoholabhängigkeitssyndroms nach Edwards und Gross <sup>14</sup> abgebildet.



#### 4.7. Die Skala zur Erfassung der Schwere einer Alkoholabhängigkeit (SESA)

In Deutschland befaßte sich eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von John et. al.<sup>25</sup> mit der Fragebogenentwicklung zur Einschätzung der Schwere einer Alkoholabhängigkeit.

John et al.<sup>26</sup> befinden folgende Gesichtspunkt für die Diagnostik einer Alkoholabhängigkeit als wesentlich:

- das Screening
- die Bestimmung der Abhängigkeit
- die Einstufung der Schwere der Abhängigkeit und
- die Erfassung typologischer Besonderheiten.

Die Autoren unterscheiden zwischen einer qualitativen Ausprägung der Abhängigkeit im Sinne von unterschiedlichen Anteilen der Symptome im Gesamtbild der Abhängigkeit und einer quantitativen Ausprägung der Abhängigkeit im Sinne einer Schwere oder eines Schweregrades. Als Grundlage für den Versuch, die Schwere der Alkoholabhängigkeit zu erfassen, beruft sich auch John auf das Alkoholabhängigkeitssyndrom nach Edwards und Gross von 1976.

Weil dieses eine dimensionale Beschreibung einer Alkoholabhängigkeit bietet, hoffen John et. al., daß damit eine Schweregraderfassung der Alkoholabhängigkeit ermöglicht wird.

Darüber hinaus gehen die Autoren<sup>24</sup> von der These aus, daß eine Differenzierung des Alkoholabhängigkeitssyndroms in Kernmerkmale 1. und 2. Grades sinnvoll ist.

Als Kernmerkmale ersten Grades nennt John wiederholte Entzugssymptome, die Vermeidung der Entzugssymptomatik durch Alkoholkonsum, die Wiederherstellung des Syndroms nach Abstinenz und die Alkoholtoleranz.

Kernmerkmale zweiten Grades sind die Einengung des Trinkverhaltensrepertoires, das Anwachsen des Bemühens, Alkohol bei sich zu haben, sowie die subjektive Bewußtheit des Dranges zu trinken.

„Der Kern des Abhängigkeitssyndroms wäre also durch die körperliche und psychische Abhängigkeit sowie die Toleranzsteigerung bestimmt.“ (John et. al 1992)<sup>24</sup>

Der Fragebogen soll diese Merkmale auf der Grundlage von Angaben von Alkoholabhängigen meßbar machen. Insbesondere soll das Verlangen nach Alkohol erfaßt werden.

Sogenannte Sekundärmerkmale, also Konsequenzen, die sich aus der Alkoholabhängigkeit ergeben, sollen auch nach der Lübecker Auffassung nicht erhoben werden.

John et. al.<sup>24</sup> gehen von den vorhandene Skalen aus, wie SADQ, SADD und AdS und verweisen auf drei methodische Mängel. Sie werfen den Autoren von SADQ, SADD und AdS im einzelnen vor, keine Trennung in Symptome und Sekundärmerkmale vorgenommen zu haben, nicht alle Kriterien des Abhängigkeitssyndroms erfaßt zu haben. Schließlich formulieren sie die grundsätzliche Kritik, daß nicht überzeugend deutlich wurde, wie gut die Kriterien des Abhängigkeitssyndroms empirisch differenziert werden konnten.

Die Lübecker Abhängigkeitsskala soll eine „Erfassung von Ausprägungen des Alkoholismus aufgrund von Selbstaussagen der Probanden über Symptommhäufigkeiten“<sup>24</sup> gestatten.

Ausprägung ist in diesem Zusammenhang nur als Schwere oder Schweregrad zu interpretieren.

In einer ersten Studie<sup>24</sup> konnten die Daten für 392 Patienten erfaßt werden. Die Diagnose der Alkoholabhängigkeit wurde durch eine ärztliche Einschätzung und den Münchner Alkoholismus – Test MALT gestellt.

Patienten im Alter von 31 bis 50 Jahren stellten mit 64 % den Hauptteil der Probanden dar.

Der prozentuale Anteil von Frauen betrug in der Stichprobe 17,9 %.

Dazu kamen noch die Daten von weiteren 80 Patienten, die in einer Alkoholentwöhnungsklinik aufgenommen wurden. Soziodemographische Angaben sind hier nicht erkenntlich.

Diesen Patienten wurden Fragen aus den Fragebögen SADQ, ADS, SADD vorgelegt. Die verwendeten Items wurden von einer Muttersprachlerin ins Deutsche übersetzt.

Folgende Anforderungen wurden an die einzelnen Items gestellt<sup>24</sup>:

- Das Item muß sich einem Kriterium des Alkoholabhängigkeitssyndroms nach Edwards und Gross<sup>14</sup> zuordnen lassen.

- Items, die keinen Beitrag zur Diagnose einer Alkoholabhängigkeit leisten, werden nicht verwendet.
- Die Symptome sollen eine interne Konsistenz haben.

In einer zweiten Studie wurden weitere 225 Probanden mit einer Alkoholabhängigkeit befragt. Diesen Probanden wurde die in der ersten Studie erarbeitete Version der Lübecker Abhängigkeitsskala vorgelegt. Ziel war die teststatistische Bearbeitung mit Bestimmung der Trennschärfen, der Faktorenladungen und der Itemschwierigkeiten.

Patienten in der Altersgruppe von 31 bis 50 Jahren waren wieder in der Mehrheit (58,5 %) vertreten. Der Anteil der Frauen war mit 26,2 % etwas höher als in der ersten Stichprobe.

In einer dritten Studie wurden schließlich in stationärer Behandlung befindliche 127 alkoholabhängige Patienten befragt. Von diesen wurden auch soziodemographische Daten erfaßt. Patienten im Alter von 31 bis 50 Jahren sind mit 55,7 % vertreten. Der Anteil von Frauen liegt mit 26,8 % auf dem Niveau der zweiten Studie. Die restlichen Patienten wurden anonym und ohne Erhebung soziodemographischer Angaben befragt.

Eine einzige, aber wesentliche Veränderung in dieser dritten Studie bestand in der Präzisierung der zeitlichen Angaben von „nie“ bis „täglich“.

Im Ergebnis der ersten Untersuchung fassen John et. al.<sup>24</sup> die Kriterien des Alkoholabhängigkeitssyndroms „Einengung des Trinkverhaltensrepertoire“ und „Anwachsen des Bemühens, Alkohol bei sich zu haben“ zum Kriterium „Einengung des Trinkverhaltens“ zusammen<sup>24</sup>. Sie stellen weiter fest, daß die steigende Alkoholtoleranz nicht ausreichend durch Items der verwendeten Fragebögen abgebildet wird.

Als wichtigste Änderungen am ursprünglichen Konzept nach Edwards und Gross nennen John et. al.<sup>24</sup> folgende Punkte:

- Differenzierte Erfassung der Toleranzentwicklung (Toleranzsteigerung und –minderung)
- Unterteilung des Kriteriums „wiederholte Entzugssymptome“ in körperliche Entzugssymptome und Verlangen nach Alkohol

- Aufgehen des Kriteriums „subjektive Bewußtheit eines Dranges zu trinken“ im „Verlangen nach Alkohol“
- Erfassung des Kriteriums „Wiederherstellung des Syndroms nach Abstinenz“ nach vergangenen Erfahrungen

Im Ergebnis der zweiten Studie wurden 4 Items entfernt, da sie die Kriterien für psychometrische Skalen nicht erfüllten.

Das Hauptergebnis dieser Untersuchung ist jedoch die Berechnung der Subskalen mittels Faktorenanalyse und die Bestimmung der Interkorrelationen der Subskalen.

Die Faktorladungen der angegebenen 29 Items liegen zwischen 0,85 und 0,49.

Die Interkorrelationen zwischen der Skala „Toleranzsteigerung“ und den anderen Subskalen („Körperliche Entzugssymptome“, „Psychische Entzugssymptome“, „Alkohol zur Vermeidung von Entzugssymptomen“, „Einengung des Trinkverhaltens“) liegen zwischen 0,43 und 0,50.

In der dritten Studie erfolgte die präzisere Formulierung der Antwortmöglichkeiten, um die Häufigkeit der Symptome genauer zu erfassen.

Zur Ermittlung eines Zusammenhanges zwischen den Werten der Lübecker Abhängigkeitsskala und soziodemographischen und anamnestischen Angaben wurden 208 Patienten ausgewählt.

Es wurden folgende Ergebnisse dargestellt <sup>24</sup>:

- Die Lübecker Abhängigkeitsskala weist eine negative Korrelation mit dem Lebensalter auf ( $r = -,13$ ).
- Geschlecht, Familienstand, Einkommen und die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen weisen keine Zusammenhang mit der Lübecker Abhängigkeitsskala auf.
- Die Werte der Lübecker Abhängigkeitsskala korrelieren mit den Trinkmengenangaben, aber nicht mit der Dauer und der Zeit seit der letzten Abstinenzphase.

Zur Generierung weiterer Hypothesen wurden die 35 Items der Lübecker Abhängigkeitsskala (LAS) einer Faktorenanalyse (PCA mit Varimaxrotation) unterzogen. Nach Ausschluß von Faktorenladungen unter 0,50 fanden John et. al. drei Faktoren:

- körperliche Entzugssymptome
- Verlangen
- Toleranzsteigerung

Darauf basierend, postulieren John und Mitarbeiter (1992)<sup>24</sup> Kernmerkmale 1. und 2. Grades.

Die Kernmerkmale umfassen die körperlichen Entzugssymptome, die psychischen Entzugssymptome (als „Craving“ bezeichnet) und die Toleranzänderungen.

Als Kernmerkmal 2. Grades nennen John et. al. die Einengung des Trinkverhaltens.

In Ergebnis der Erarbeitung der Lübecker Abhängigkeitsskala bemerken John et. al.<sup>24</sup>, daß bezüglich der Toleranzentwicklung eine Verbesserung der Formulierung der Items möglich ist. Eine Retest –Reliabilitätsuntersuchung sowie die Bestimmung eines Grenzwertes für die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit standen noch aus.

2001 veröffentlichten dann John und Mitarbeiter die Skala zur Erfassung der Schwere einer Alkoholabhängigkeit (SESA)<sup>27,28</sup> als Weiterentwicklung der Lübecker Abhängigkeitsskala<sup>24</sup>.

Zur Testentwicklung wird auf die drei Stichproben aus dem Jahr 1992 mit 392, 225 und 157 Probanden zurückgegriffen.

Den Ausgangspunkt für die Konstruktion der SESA bildeten die drei bereits bei der Konstruktion der Lübecker Abhängigkeitsskala verwendeten Fragebögen: der SADD von Raistrick und Davidson (1983)<sup>35</sup>, die SADQ von Stockwell et al. (1983)<sup>45</sup> und das AdS von Skinner und Allan (1982)<sup>43</sup>.

Zusätzlich zu diesen wurden sechs zusätzliche Items zur Erfassung des psychischen Verlangens nach Alkohol und weitere sechs zusätzliche Items zur Toleranzentwicklung formuliert. Bei der Testentwicklung versuchten John und Mitarbeiter, jedes Item des Fragebogens einem Kriterium des Alkoholabhängigkeitssyndroms nach Edwards und Gross (1976)<sup>14</sup> zuzuordnen. Kriterien, die dieses nicht reflektierten, sollten ausgeschlossen werden. Bei der Testkonstruktion in der ersten Phase wurde die Einengung des Trinkverhaltensrepertoires und das Anwachsen des Bemühens, Alkohol bei sich zu haben, in die Kategorie Einengung des Trinkverhaltens zusammengefaßt. Des weiteren wurde die Toleranzentwicklung in eine Toleranzum-

kehr und Toleranzsteigerung differenziert. Darüber hinaus wurde zwischen körperlichen Entzugssymptomen und psychischen Entzugssymptomen (Verlangen) unterschieden.

Nach einer Erhebung an 392 Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit wurde eine erste Version der SESA konstruiert.

In einer zweiten Erhebung an 225 Alkoholabhängigen wurde die erste Version den Patienten vorgelegt, um die Gütekriterien der Teststatistik zu ermitteln. In Auswertung dieser ergaben sich folgende sechs Subskalen:

- Einengung des Trinkverhaltens,
- Toleranzsteigerung,
- körperliche Entzugssymptome,
- psychische Entzugssymptome (Verlangen),
- Alkoholkonsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen
- Wiederherstellung des Syndroms nach Abstinenz.

In der dritten Phase der Testentwicklung waren 157 Patienten beteiligt. Es erfolgte eine Präzisierung der Fragen in den Antwortbereichen von „nie“ bis „täglich“, um eine erhöhte Präzision der Antworten zu erhalten.

Zur Bestimmung der Gütekriterien wurden aus diesen Stichproben die Angaben von 603 Probanden ausgewählt. Die Auswahlkriterien werden nicht explizit benannt. Diese Probanden entstammen einem Allgemeinkrankenhaus, einem psychiatrischen Krankenhaus und der Allgemeinbevölkerung.

So konnte die SESA konstruiert werden, welche letztlich 33 Items enthält. Fünf Items davon sollen Symptome nach der letzten Abstinenzzeit erfassen.

Die Subskalen bestehen aus den Kategorien Einengung des Trinkverhaltens, körperliche Entzugssymptome, Alkoholkonsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen, psychische Entzugssymptome (Verlangen), Toleranzsteigerung, extreme Toleranzsteigerung und Toleranzumkehr. Die Fragen zur Wiederherstellung des Syndroms nach Abstinenz können wegen fehlender teststatistischer Berechnungen nicht ausgewertet werden.

Im Unterschied zur Lübecker Abhängigkeitsskala (LAS) sind in der SESA zwei zusätzliche Subskalen „Extreme Toleranzsteigerung“ und „Toleranzumkehr“ vertreten

Zur Validierung der SESA wurden Untersuchungen mit dem Münchner Alkoholismus-Test (MALT), dem Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), den Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) und dem Münchner Composite International Diagnostic Interview (CIDI) durchgeführt. Dazu ist anzumerken, daß durch dieses Verfahren sicher die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit validiert werden konnte, nicht aber inwieweit bzw. wodurch eine Erfassung des Schweregrades stattfand.

#### 4.8. Zusammenfassung zu den dargestellten Testverfahren

Die folgende Tabelle zeigt in der Übersicht die vorliegenden Fragebögen zur Erfassung des Schweregrades einer Alkoholabhängigkeit, die sich auf das Alkoholabhängigkeitssyndrom nach Edwards und Gross (1976) <sup>14</sup> beziehen.

Fragebogen	Items	Skalierung	Zeitraum	ADS-Elemente
SADQ	20	4 - Punkt	1 Monat	4
SADD	15	4 - Punkt	Letzte Trinkphase	6
ADS	25	gemischt	12 Monate	4
QIAD	22	5 - Punkt	Letzter Monat	6
Last Six month	10	5 - Punkt	6 Monate	5
SESA	33	gemischt	Letzte Trinkphase	7

Außer der Göttinger Abhängigkeitsskala, die eine Adaptation und Modifizierung der SADQ ins Deutsche darstellt und der Skala zur Erfassung der Schwere einer Alkoholabhängigkeit (SESA), liegen alle Fragebögen in englischer Sprache vor. Die Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS) wurde an einer kleinen Population erstellt, die ausschließlich stationäre Patienten umfaßte.

Die Skala zur Erfassung der Schwere einer Alkoholabhängigkeit berücksichtigt die meisten Kriterien des Alkoholabhängigkeitssyndroms nach Edwards und Gross. Außerdem wurde die SESA an einer ausreichend großen Stichprobe entwickelt.

Die Skalierung der Items der Skala zur Erfassung der Schwere einer Alkoholabhängigkeit ist am präzisesten.



## 5. Das diagnostische und statistische Manual (DSM)

### 5.1. Historischer Überblick über die Entwicklung des DSM

Das diagnostische und statistische Manual wird von der American Psychiatric Association (APA) als Diagnosestandard herausgegeben. Seit 1995 liegt die 4. Ausgabe vor.

In der ersten Ausgabe des DSM rangiert der Alkoholismus noch als Typ der soziopathischen Persönlichkeitsstörung.<sup>7</sup>

In der zweiten Ausgabe wurde die Alkoholabhängigkeit als nicht psychotische psychische Störung eingeordnet. Die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit waren Entzugserscheinungen. Weiterhin war es zur diagnostischen Einordnung notwendig, daß der Betroffene einen Tag nicht aufhören könne, zu trinken oder ein schweres Trinken über drei Monate zeige.<sup>7</sup>

In der DSM - III<sup>7</sup> 1979 wurden folgende Kriterien aufgeführt:

- Entzugserscheinungen
- Trinken trotz körperlicher Erkrankungen,
- amnestische Perioden,
- Trinkgelage,
- Unfähigkeit des Betroffenen, den Konsum zu verringern oder ihn zu stoppen,
- Bemühen um Kontrolle des Alkoholkonsums,
- Trinken von nicht zum Trinken vorgesehenem Alkohol.
- Gesetzesschwierigkeiten in Form von Arrest oder Verkehrsdelikten,
- Arbeitslosigkeit oder der Verlust des Arbeitsplatzes,
- Schwierigkeiten mit der Familie und Freunden,
- gelegentlicher Konsum zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit,
- Toleranzerhöhung

Caetano<sup>8</sup> betont 1988, daß sich in der DSM - III noch klassische Indikatoren finden, wie sie von Jellinek für den Gamma – Alkoholismus beschrieben wurden. Des weiteren kritisierte Caetano<sup>7</sup>, daß in das DSM - III soziale und berufliche Faktoren einfließen, die nicht Bestandteil des Alkoholabhängigkeitssyndroms nach Edwards und Gross<sup>14</sup> sind.

Das Alkoholabhängigkeitssyndrom nach Edwards und Gross wurde vor allen Dingen in England und Europa publiziert. Das DSM ist ein Klassifikationssystem amerikanischer Psychiater für die USA.

So stellt Caetano 1987<sup>6</sup> fest, daß es konkurrierende Definitionen der Alkoholabhängigkeit diesseits und jenseits des „Teiches“ gibt. Caetano konstatiert, daß die Veröffentlichungen zu Edwards und Gross in den USA viele Jahre ignoriert zu sein schienen. Nach Meinung von Caetano<sup>7</sup> würden das Alkoholabhängigkeitssyndrom und DSM-III nicht zusammenpassen. Es habe eine parallele und unabhängige Entwicklung gegeben und dadurch zwei Vorstellungen von Alkoholabhängigkeit. Die Veränderung der Beschreibung (Definition) der Alkoholabhängigkeit bei der Revision des DSM – III, dem DSM – III R, hätten die Möglichkeit eines angenäherten Konzepts ermöglicht.

Es bleiben aber bedeutende Unterschiede in der Operationalisierung, Formulierung und Reichweite im Konzept der Alkoholabhängigkeit. Eine Beeinflussung des DSM-III sei zwar erfolgt, das Alkoholabhängigkeitssyndrom enthalte aber in sich nicht die sozialen oder beruflichen Konsequenzen.

Dies wird auf den Einfluß von Jellinek und den der Anonymen Alkoholiker zurückgeführt (Caetano 1985)<sup>7</sup>.

Insgesamt schätzt Caetano<sup>6</sup> 1987 ein, daß bedeutsame Unterschiede zwischen den beiden Klassifikationssystemen ICD – 10 und DSM – III R bestehen bleiben.

Schmidt äußert sich 1993<sup>40</sup> dahingehend, daß das Konzept von Edwards und Gross nomothetisch ist, das heißt, ein Set von Kriterien wird als notwendig und hinreichend für die Diagnose angesehen. Dagegen seien ICD-10 und DSM-III-R polythetische Systeme<sup>40</sup>, in denen kein einzelnes diagnostisches Kriterium notwendig oder hinreichend ist.

Die Revision des DSM-III-R<sup>12</sup> 1986 lehnt sich, wie oben diskutiert, etwas stärker an das Alkoholabhängigkeitskonzept von Edwards und Gross an. Die neun Kriterien der Alkoholabhängigkeit nach DSM-III-R sind:

1. der Konsum der Substanz in häufig größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum, als beabsichtigt
2. der anhaltende Wunsch oder ein oder mehrere Versuche, den Konsum zu reduzieren bzw. zu kontrollieren

3. es wird viel Zeit für Aktivitäten aufgewandt, sich Alkohol zu beschaffen oder von der Wirkung des Alkohols zu erholen
4. häufig treten Intoxikationserscheinungen oder Entzugserscheinungen auf, so daß Verpflichtungen zur Arbeit, in der Familie oder im Beruf nicht genügt werden können
5. darüber hinaus werden wichtige berufliche und Freizeitaktivitäten aufgegeben oder eingeschränkt
6. es erfolgt ein fortgesetzter Substanzmißbrauch trotz der schädlichen Folgen
7. darüber hinaus kommt es zu einer ausgeprägten Toleranzentwicklung
8. Auftreten charakteristischer Entzugssymptome
9. die Substanz wird häufig eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.

Es wird jedoch nicht die Möglichkeit zur Readdiction (Wiederherstellung des Syndroms nach Abstinenz) genannt.

Zur Diagnosestellung einer Alkoholabhängigkeit nach DSM-III-R sind von den insgesamt neun Kriterien drei zur Diagnosestellung erforderlich.

**Nach dem DSM-III-R ist eine Unterteilung in drei Schweregrade möglich.** Es wird zwischen einer leichten, mittleren und schweren Abhängigkeit unterschieden. Für die Diagnose einer leichten Abhängigkeit sind zusätzlich zu den Kriterien, die für die Diagnose selbst notwendig sind, einige weitere Symptome erforderlich bzw. wird eine leichte Beeinträchtigung angenommen. Die Kriterien für einen mittleren Schweregrad liegen zwischen dem leichten und schweren Graden der Abhängigkeit. Für eine schwere Abhängigkeit sind zusätzlich Symptome erforderlich, einschließlich schwerer Beeinträchtigungen im sozialen Bereich.

Bezüglich der Beurteilung des Schweregrades einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen gibt das DSM folgende Empfehlung:

„Kriterien für den Schweregrad der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen:

Leicht: Wenn überhaupt, dann sind nur wenige Symptome zusätzlich zu denen, die erforderlich sind, um die Diagnose zu stellen; die Symptomatik führt lediglich zu leichter Beeinträchtigung im beruflichen Bereich, bei den üblichen sozialen Aktivitäten oder bei Beziehungen zu anderen Menschen.

Mittel: Symptome oder funktionelle Beeinträchtigung zwischen ‚leichterer‘ und ‚schwerer‘ Ausprägung.

Schwer: Viele Symptome zusätzlich zu denen, die zur Diagnosestellung erforderlich sind, wobei die Symptome die berufliche Leistungsfähigkeit, die üblichen sozialen Aktivitäten oder die Beziehungen zu anderen deutlich beeinträchtigen.“<sup>12</sup>

Diese Formulierung des Schweregrades ist jedoch sehr unpräzise. Deshalb fordern Andreatini et al.<sup>2</sup>, diese Schweregrade zu präzisieren.

## **5.2. Die diagnostischen Kriterien einer Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV**

Das Diagnostische und Statistische Manual Version IV betont vor der Darstellung der diagnostischen Kriterien:

„Auch wenn dies nicht als spezifisches Kriterium aufgeführt ist, wird das ‚Craving‘ (ein subjektiv starker Drang zur Substanzeinnahme) wahrscheinlich von fast allen oder allen Personen mit einer Substanzabhängigkeit erlebt.“<sup>13</sup>

Damit wird die Bedeutung des Verlangens nach der Substanz betont, in die diagnostischen Kriterien geht der Drang oder das Verlangen jedoch nicht explizit ein.

Das statistische und diagnostische Manual<sup>13</sup> der APA in der IV. Version von 1995 nennt verschiedene Kriterien, die für die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit notwendig sind. Dies sind im Einzelnen:

1. Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
  - (a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder den erwünschten Effekt herbeizuführen.
  - (b) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.
  
2. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
  - (a) charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz

- (b) dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
3. Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
  4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
  5. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
  6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmißbrauches aufgegeben oder eingeschränkt.
  7. Fortgesetzter Substanzmißbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmißbrauch verursacht oder verstärkt wurde.

DSM - III	DSM – III R	DSM – IV	ICD - 10	Alkoholabhängigkeitssyndrom
Entzugerscheinungen	Auftreten charakteristischer Entzugssymptome, die Substanz wird häufig eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden	Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern: charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.	Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.	wiederholte Entzugssymptome, wiederholte Erleichterung oder Vermeidung von Entzugssymptomen durch weiteres Trinken
			Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.	subjektive Bewußtheit eines Dranges zu trinken
Trinken trotz körperlicher Erkrankungen	es erfolgt ein fortgesetzter Substanzmißbrauch trotz der schädlichen Folgen	Fortgesetzter Substanzmißbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmißbrauch verursacht oder verstärkt wurde.	Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen, deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewußt ist oder sein könnte.	
Amnestische Perioden				
Trinkgelage	es wird viel Zeit für Aktivitäten aufgewandt, sich Alkohol zu beschaffen oder von der Wirkung des Alkohols zu erholen	Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.		
Unfähigkeit des Betroffenen, den Konsum verringern oder zu stoppen	der Konsum der Substanz in häufig größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum, als beabsichtigt	Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.		
Bemühen um Kontrolle des Alkoholkonsums	der anhaltende Wunsch oder ein oder mehrere Versuche, den Konsum zu reduzieren bzw. zu kontrollieren	Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.	Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums, deutlich daran, daß oft mehr von der Substanz oder über einen längeren Zeitraum konsumiert wird als geplant, oder an dem anhaltenden Wunsch oder an erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.	
Trinken von nicht zum Trinken vorgesehenen Alkohol				
Gesetzwidrigkeiten in Form von Arrest oder Verkehrsdelikten				

Arbeitslosigkeit oder Verlust des Arbeitsplatzes	darüber hinaus werden wichtige berufliche und Freizeitaktivitäten aufgegeben oder eingeschränkt, häufig treten Intoxikationserscheinungen oder Entzugerscheinungen auf, so daß Verpflichtungen zur Arbeit, in der Familie oder im Beruf nicht genügt werden können	Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmißbrauches aufgegeben oder eingeschränkt.	Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessengebiete wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.	Einengung des Trinkverhaltens
Schwierigkeiten mit der Familie und Freunden	darüber hinaus werden wichtige berufliche und Freizeitaktivitäten aufgegeben oder eingeschränkt, häufig treten Intoxikationserscheinungen oder Entzugerscheinungen auf, so daß Verpflichtungen zur Arbeit, in der Familie oder im Beruf nicht genügt werden können	Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmißbrauches aufgegeben oder eingeschränkt.	Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessengebiete wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.	
Gelegentlicher Konsum zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit				Hervortreten des Drink-Seeking-Behaviors
				Wiederherstellung des Syndroms nach Abstinenz
Toleranzerhöhung	ausgeprägte Toleranzentwicklung	Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien: Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder den erwünschten Effekt herbeizuführen. deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.	Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Für eine Intoxikation oder um den Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei fortgesetzten Konsum der derselben Menge deutlich geringere Effekte auf.	steigende Alkoholtoleranz

Frances<sup>17</sup> formuliert 1990, daß von der DSM-III hin zur DSM-IV ein Paradigmenwechsel erfolgte. Es werde eine psychische Diagnose gestellt, die neutral ist zur zugrundeliegenden Ätiologie.

Er unterscheidet dabei zwischen Kernmerkmalen und differenzierenden Merkmalen, betont aber gleichzeitig, daß die Items der Kernmerkmale unzureichend sind in der Differenzierung der Störung und daß die Items, die mehr zur Differenzierung heranzuziehen wären, nicht so an den Kern des Syndroms gebunden seien dürfen.

In der DSM-IV werde der zwanghafte Gebrauch stärker betont. Darüber hinaus bestehe ein Mangel an Kriterien für Toleranz und Entzug.

Das DSM-IV<sup>13</sup> bietet wie das DSM-III R<sup>12</sup> die Möglichkeit den Schweregrad einer Alkoholabhängigkeit anhand einer allerdings etwas vage formulierten Einteilung vorzunehmen.

### **5.3. Bisherige Untersuchungen auf der Grundlage des DSM**

Es gibt leider nur wenige Untersuchungen zum Schweregrad einer Alkoholabhängigkeit, bei denen überhaupt Kriterien des DSM herangezogen wurden.

1999 untersuchten Andreatini et al.<sup>2</sup> Patienten, von denen 23 als leicht, 26 als mäßig und 50 als schwer alkoholabhängig eingestuft wurden. Die Untersucher konnten feststellen, daß bei der Verwendung der DSM – III R - Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit einige Symptome mehr Einfluss auf die Diagnose haben, während andere mehr verbunden sind mit dem Schweregrad der Alkoholabhängigkeit. Er konnte darstellen, daß solche Symptome, wie „Viel Zeit für das Trinken“ bzw. „Aufgabe bedeutender Aktivitäten“ sowie „Trinken zum Lindern des Entzuges“ mit dem Schweregrad der Alkoholabhängigkeit im Zusammenhang stehen.

Das einzige Symptom, für welches sich ein statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Schweregrad der Alkoholabhängigkeit nachweisen ließ, war jedoch die „Aufgabe bedeutender Aktivitäten“.

In einer weiteren Untersuchung zum Schweregrad der Alkoholabhängigkeit nach DSM-III-R wurden durch D. Hasin und H. Glick 1992<sup>20</sup> 4000 Personen erfaßt. Diese wurden in leichte, mäßige und schwer Abhängige unterteilt. Die Autoren wollten typische Charakteristika dieser Gruppe finden.



Es wurden mehr Männer in den mäßigen und schweren Abhängigkeitsstufen gefunden. Den größten Anteil in allen drei Gruppen bildeten junge Männer. Ein klarer Gradient von leicht bis schwer abhängig ergab sich für die folgenden Faktoren: frühes Alter beim ersten Trinken, starker Alkoholkonsum, familiäre Belastung mit Alkoholproblemen, sozialer Druck, das Trinken zu reduzieren bzw. Hilfesuchen.

Caetano <sup>8</sup> untersuchte 1993 den Zusammenhang zwischen dem Schweregrad einer Alkoholabhängigkeit nach DSM – III - R und den medizinischen und sozialen Konsequenzen. Es wurde 219 Männer und 162 Frauen in neun Alkoholhilfsprogrammen in einem nordkalifornischen Bezirk erfaßt. Er konnte eine positive Korrelation zwischen der Anzahl der Abhängigkeitsindikatoren und den Folgeproblemen feststellen. Dabei korrelierte die Anzahl der Abhängigkeitsindikatoren mit Magen-, Herz- und Lebererkrankungen, dem Auftreten eines Delirium tremens, Halluzinationen, öffentlicher Trunkenheit, Familienproblemen sowie Unfällen. Insgesamt fand er einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Abhängigkeit und medizinischen und sozialen Konsequenzen. Caetano <sup>8</sup> kritisierte die mangelnde Präzision der DSM – III R - Kriterien.

#### 5.4. Gegenüberstellung des DSM-IV und des ADS

Wie bereits oben dargestellt wird in der Literatur betont, ist das Konstrukt des Alkoholabhängigkeitssyndroms nach Edwards und Gross in die revidierte Version des DSM- III, daß DSM – III R eingegangen.

Die folgende Gegenüberstellung zeigt den Versuch einer Zuordnung der Elemente des Alkoholabhängigkeitssyndroms nach Edwards und Gross und den Diagnosekriterien des statistischen und diagnostischen Manuals DSM-IV:

Gegenüberstellung des DSM-IV <sup>13</sup> und des ADS nach Edwards und Gross <sup>14</sup>

ADS nach Edwards und Gross (1976)	DSM – IV (1995)
wiederholte Entzugssymptome, wiederholte Erleichterung oder Vermeidung von Entzugssymptomen durch weiteres Trinken	Entzugssymptome und deren Linderung bzw. Vermeidung

steigende Alkoholtoleranz	Toleranzentwicklung
Einengung des Trinkverhaltens	Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
subjektive Bewußtheit eines Dranges zu trinken	Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
Hervortreten des Drink-Seeking-Behaviors	Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen.
Einengung des Trinkverhaltens	Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmißbrauches aufgegeben oder eingeschränkt.
	Fortgesetzter Substanzmißbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmißbrauch verursacht oder verstärkt wurde.
Wiederherstellung des Syndroms nach Abstinenz	

Die Gegenüberstellung zeigt, daß eine eindeutige Zuordnung der Kriterien des DSM – IV zu denen des ADS schwierig ist. Es kommt zu Überschneidungen der Elemente des ADS bei dem Versuch einer Zuordnung zu den Kriterien des DSM – IV.