Verhaltenstherapie

Originalarbeit · Original Article

Verhaltenstherapie 2003;13:31–38

Stadien der Veränderung in der stationären Alkoholentwöhnungstherapie

J. Hoyer[a] T. Heidenreich[b] J. Fecht[c] W. Lauterbach[c] R. Schneider[d]

[a] Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden,
[b] Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Zentrum für Psychiatrie,
[c] Klinische Psychologie und Psychotherapie, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main,
[d] salus-klinik Friedrichsdorf (Taunus), Deutschland

Schlüsselwörter
Stadien der Veränderung · Alkoholabhängigkeit · Alkoholentwöhnungstherapie

Zusammenfassung
Zielsetzung: Die Gültigkeit des Modells der Stadien der Veränderung von Prochaska und DiClemente für die stationäre Alkoholentwöhnungstherapie empirisch zu prüfen. **Methoden:** Reliabilität, Faktorstruktur und Konstruktvalidität der Veränderungsstadienskala (VSS) wurden an Alkoholpatienten querschnittlich (N = 265) und längsschnittlich (N = 108) untersucht. **Ergebnisse:** Die Reliabilität der VSS fiel befriedigend aus mit Ausnahme der Skala «Precontemplation», die sich auf nicht motivierte Patienten bezieht. Die faktorielle Validität war insbesondere für die Skalen «Contemplation» und «Maintenance» unzureichend. Clusteranalysen ergaben eine nicht modellkonforme Drei-Cluster-Lösung einschließlich «uninvolvierter» Patienten. VSS-Werte waren durchgängig mit der Therapiemotivation korreliert. Prädiktive Validität (Behandlungsdauer, Rückfallvorhersage) konnte nicht belegt werden. **Schlussfolgerungen:** Der Ansatz bestätigt seinen heuristischen Wert, kann aber noch nicht valide für praktische Entscheidungen in der Alkoholentwöhnungsbehandlung herangezogen werden. Spezifische Modelle für verschiedene Behandlungsgruppen und -settings scheinen Erfolg versprechender.

Key Words
Stages of change · Alcohol dependence · Alcohol inpatient long-term treatment

Summary
Stages of Change in Alcohol Inpatient Treatment
Aim: The validity of the "Stages of Change" approach was tested in alcohol inpatient long-term treatment. **Methods:** Reliability, factor structure, and construct validity of the University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA, German version) was examined using cross-sectional (N = 265) and longitudinal data (N = 108). **Results:** Scale reliability proved to be satisfying, except for the precontemplation scale. Factorial validity was insufficient for the contemplation and the maintenance scale. Cluster analyses revealed a three-cluster solution not in accordance with the model and included a cluster of "uninvolved patients". URICA-scores were correlated with therapy motivation, but predictive validity with respect to duration of treatment and prediction of relapse was not confirmed. **Conclusions:** The model proved to be of heuristic value but is not yet a valid basis for practical decisions. Models which are directed more specifically towards a particular treatment group or setting are expected to be more successful.

Einleitung

Besonders im Suchtbereich wird in den letzten Jahren versucht, die psychologischen Prozesse bei der Veränderung problematischer Verhaltensweisen modellhaft abzubilden. Das «Transtheoretische Modell» der Psychotherapie postuliert fünf «Stadien der Veränderung» [Prochaska et al., 1992]: Ein vor-intentionales Stadium (Precontemplation), in dem eine Verhaltensänderung nicht in Erwägung gezogen wird; ein Stadium der Absichtsbildung (Contemplation), in dem eine Ver-

KARGER

Fax +49 761 4 52 07 14
E-mail Information@Karger.de
www.karger.com

© 2003 S. Karger GmbH, Freiburg

Accessible online at:
www.karger.com/ver

PD Dr. Jürgen Hoyer
Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie
Technische Universität Dresden
D-01062 Dresden
Tel. +49 351 463-36957, Fax -36955
E-mail hoyer@psychologie.tu-dresden.de

haltensänderung ernsthaft erwogen wird; ein Vorbereitungsstadium (Preparation), in dem die Absicht zur Verhaltensänderung besteht und deren Voraussetzungen hergestellt werden; ein Handlungsstadium (Action), das die aktiven Versuche der Veränderung beinhaltet; und ein Aufrechterhaltungsstadium (Maintenance), das durch die (aktive) Beibehaltung einer positiven Verhaltensänderung gekennzeichnet ist [für eine nähere Darstellung vgl. Keller, 1999]. Der Ausstieg aus einer Abhängigkeit (oder anderen schädigenden Gewohnheit) muss dabei nicht durch ein kontinuierliches Fortschreiten über diese Stadien gekennzeichnet sein; es kann auch zu Rückschritten oder mehrmaligem Durchlaufen der Abfolge kommen [Prochaska et al., 1992].

Es wird angenommen, dass die Stadien distinkt sind und sich durch unterschiedliche Veränderungsmotivationen unterscheiden [DiClemente und Hughes, 1990]. Beispielsweise sollten im vor-intentionalen Stadium *Nachteile*, in der Handlungsphase hingegen *Vorteile* einer Veränderung subjektiv stärker gewichtet werden; in der Phase der Absichtsbildung (Contemplation) sollte die Ambivalenz im Vordergrund stehen.

Das Modell wurde ursprünglich an Rauchern entwickelt. Hierzu liegen auch die meisten Studien vor [Heidenreich und Hoyer, 2001]. Die Generalisierbarkeit des Stadienmodells auf andere Problemverhaltensweisen einschließlich anderer Substanzabhängigkeiten und/oder psychischer Störungen wird jedoch ausdrücklich postuliert; es soll gleichermaßen für eigenständige und therapeutisch geförderte Veränderungen gelten.

Das Modell trifft wegen seiner Plausibilität und Relevanz für psychotherapeutisches Handeln vor allem in der klinischen Praxis auf breites Interesse: Therapeuten überzeugt vor allem die Forderung nach den so genannten «stage matched interventions» [Prochaska et al., 1992], das heißt nach Interventionen, die genau an die Motivationslage des Patienten angepasst sind. Ein Patient, der noch im abwägenden Stadium der Absichtsbildung ist, wird von einer Konfrontationsübung nicht profitieren können. Ein Patient, der sich bereits in der Handlungsphase befindet, erwartet von seinem Therapeuten eher Interventionswissen als ein «gutes Gespräch». Solche Aussagen entsprechen dem therapeutischen Common Sense und steigern die Anziehungskraft des Modells: Neben der Orientierung an der Störung des Patienten verspricht es eine zweite Ebene der Interventionsplanung, nämlich die an der zeitlichen Achse der Veränderung. Die Perspektive ist damit weitreichend, und die Zahl der empirischen Befunde, die das Modell an den unterschiedlichsten Gruppen überprüfen, ist längst unüberschaubar [Keller, 1999].

Bei der empirischen Bewährung des Modells zeigen sich allerdings noch erhebliche Lücken [vgl. Heidenreich und Hoyer, 1998; Heidenreich und Hoyer, 2001; Whitelaw et al., 2000]. Dies gilt insbesondere für die stationäre Alkoholentwöhnungstherapie, was unter anderem dadurch erklärbar scheint, dass diese eine Besonderheit der deutschen Versorgungslandschaft darstellt. Weiterhin scheint die Gültigkeit des Modells hier aufgrund rein sachlogischer Überlegungen widersprüchlich: Alle Patienten einer Entwöhnungstherapie unternehmen allein schon durch ihre Teilnahme etwas gegen ihre Abhängigkeit. Sie müssten somit einheitlich dem Handlungsstadium zugeordnet werden. Dies bildet aber die Heterogenität der Patienten in keiner Weise ab und ließe nicht zu, aus dem Modell differentielle Vorhersagen abzuleiten. Die Untersuchung des Modells in der stationären Entwöhnungstherapie ist deswegen besonders interessant, zumal es dort sehr verbreitet ist.

Mit der vorliegenden Arbeit soll eine umfassende psychometrische Analyse der Veränderungsstadienskala [VSS; Heidenreich et al., 2001b], einem Maß der für einzelne Stadien typischen Einstellungen, bei ihrem Einsatz in der stationären Alkoholentwöhnungstherapie durchgeführt werden. Hierzu werden die Reliabilität, die Retest-Reliabilität bzw. Änderungssensitivität des Merkmals und die faktorielle Validität der Skalen untersucht. Für diese psychometrischen Merkmale liegen eine Reihe von zumeist positiven Ergebnissen zur amerikanischen Originalversion [University of Rhode Island Change Assessment Scale, URICA; McConnaughy et al., 1983; McConnaughy et al., 1989] vor (vgl. unten).

Weiterhin sollen anwendungsrelevante Aspekte der Konstruktvalidität des Modells untersucht werden. Auch hier ist die empirische Bewährung des Modells noch lückenhaft, zumal es weitgehend atheoretisch und deskriptiv konzipiert ist. Da das Modell frühere Konzeptionen von Therapiemotivation überwinden möchte, scheint eine Analyse der Zusammenhänge zwischen Kognitionen, Veränderungsstadien und Indikatoren der Therapiemotivation jedoch besonders nahe liegend. Eine intensivierte Selbstaufmerksamkeit (bzw. Selbstdiskrepanzwahrnehmung) ist zudem von Hoyer [2000a] als Voraussetzung für Therapiemotivation bzw. Veränderungsbereitschaft herausgestellt worden, so dass wir den Zusammenhang von Indikatoren der Selbstaufmerksamkeit und Veränderungsstadien ebenfalls untersuchen.

Neben diesen Analysen zur konvergenten Validität untersuchen wir die zentrale Frage, ob sich empirisch Cluster nachweisen lassen, die inhaltlich den postulierten Stadien entsprechen, sowie die prädiktive Validität.

Unsere Fragestellungen lauteten im Einzelnen:

- Gibt es im Sinne der konvergenten Validität Zusammenhänge zwischen Maßen der Veränderungsstadien einerseits und Maßen der Therapiemotivation und der Selbstaufmerksamkeit andererseits? Hierbei werden positive Zusammenhänge zwischen den Indikatoren fortgeschrittener Veränderungsstadien (Absichtsbildung, Handlung, Aufrechterhaltung) und der Therapiemotivation und der Selbstaufmerksamkeit erwartet. Die Zusammenhänge sollten im Handlungsstadium besonders ausgeprägt sein. Kognitionen des vor-intentionalen Stadiums sollten hingegen negativ mit Therapiemotivation und Selbstaufmerksamkeit korrelieren.
- Lassen sich Alkoholentwöhnungspatienten den Veränderungsstadien clusteranalytisch zuordnen? Wenn das Modell sich in der stationären Entwöhnungsbehandlung sinn-

voll einsetzen lassen soll, dann müssten sich den Stadien entsprechende Muster finden lassen; zum Beispiel ein Cluster mit hohen Werten in der Contemplation-Skala, aber niedrigen Werten in den anderen Skalen, so dass Patienten, die diesem Cluster zuzuordnen sind, als Patienten im Contemplation-Stadium identifiziert werden könnten.

– Besitzen Veränderungsstadien Vorhersagewert für die Therapiedauer und spätere Rückfälligkeit? Da gemäß den Postulaten des Modells in den «späteren» Veränderungsstadien, zumindest psychologisch, bis zur erfolgreichen Abstinenz und damit dem Therapieziel relativ geringere Veränderungen erforderlich sind, sollte in diesen Stadien die notwendige Therapiedauer geringer sein. Patienten, die am Therapieende in einem späten Veränderungsstadium sind, sollten außerdem eine geringere Rückfallwahrscheinlichkeit aufweisen.

Methoden

Design und Stichprobe

In einem kombinierten quer- und längsschnittlichen Design wurden 265 stationäre Patienten mit der Erstdiagnose Alkoholabhängigkeit gemäß ICD-10 bei Therapiebeginn untersucht («Querschnittstichprobe»). Aspekte der psychiatrischen Komorbidität wurden nicht berücksichtigt, da nur klinische Diagnosen vorlagen. Alle erreichbaren Patienten wurden zu drei weiteren Messzeitpunkten (MZP; MZP 1: 1./2. Woche, MZP 2: 5./6. Woche, MZP 3: 9./10. Woche und MZP 4: 13./14. Woche) untersucht, was unter anderem Aussagen über die Stabilität der Veränderungsstadien erlaubt. Zusätzlich liegen Daten aus der Routinekatamnese der Klinik vor (Follow-up: 12 Monate). Zur Vorhersage der Abstinenz/Rückfälligkeit wurde die Teilstichprobe untersucht, von der bei Therapieende vollständige Daten zum Veränderungsstadium vorlagen (N = 108, «Katamnesestichprobe»).

Beide Stichproben sind im Mittel (M) über 40 Jahre alt (Querschnittstichprobe: 44,4 Jahre; Standardabweichung SD = 8,66; Katamnesestichprobe: 43,12 Jahre; SD = 8,44) und weisen einen für Stichproben Alkoholabhängiger überdurchschnittlich hohen Frauenanteil (Querschnittstichprobe: 42,3%; Katamnesestichprobe: 50%) auf. Das Bildungsniveau ist gut durchschnittlich (mindestens Realschulabschluss: 64,4% der Querschnittstichprobe und 70,1% der Katamnesestichprobe). Die Katamnesestichprobe ist nicht repräsentativ für das Patientengut der Klinik am Therapieanfang, denn sie ist verglichen mit dem Rest der Stichprobe jünger ($t(263) = 2{,}17$; $p < 0{,}05$), eher weiblich ($\chi^2(1) = 4{,}75$; $p < 0{,}05$) und gebildeter ($\chi^2(5) = 13{,}39$; $p < 0{,}05$).

Das therapeutische Konzept der Klinik ist am Selbstmanagementansatz [Kanfer et al., 1996] ausgerichtet, einige Stationen arbeiten auf der Grundlage eines tiefenpsychologischen Konzepts. Zwischen beiden Grundorientierungen bestehen in dieser Stichprobe keine statistisch bedeutsamen Effektivitätsunterschiede [Hoyer et al., 2001], auf getrennte Analysen wird deshalb verzichtet.

Messinstrumente

Veränderungsstadien

In der vorliegenden Studie wurde die VSS [Heidenreich et al., 2001b] eingesetzt, die deutsche Fassung der URICA [DiClemente und Hughes, 1990; McConnaughy et al., 1983; McConnaughy et al., 1989]. Die Einstellungen zu den Stadien Precontemplation, Contemplation, Action und Maintenance werden durch je 8 fünfstufige Fragebogenitems operationalisiert. Die Antworten beziehen sich auf ein vorher zu spezifizierendes Problem (hier: «mein Alkoholproblem»). Das Preparation-Stadium wird mit dieser Skala nicht erfasst. Beispielitems:

– «Ich vermute, ich habe Schwächen, aber es gibt nichts, was ich wirklich verändern müsste.» (Precontemplation);
– «Ich habe ein Problem, und ich denke wirklich, dass ich daran arbeiten sollte.» (Contemplation);
– «Ich arbeite wirklich hart daran, mich zu verändern.» (Action);
– «Das, was ich schon geändert habe, ist nicht so leicht beizubehalten, wie ich gehofft hatte, und ich bin hier, um einen Rückfall zu verhindern.» (Maintenance)

Für die amerikanische Originalversion liegt eine Reihe von Studien vor, die die psychometrische Eignung dieser Skala auch bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen belegt: DiClemente und Hughes [1990] fanden bei ambulanten alkoholabhängigen Patienten befriedigende innere Konsistenzen (auf der Basis einer Skala mit je 7 Items pro Subskala) und konnten die faktorielle Struktur der URICA replizieren [ähnlich Willoughby und Edens, 1996, bei stationären Alkoholpatienten]. Im «Project MATCH» [Project MATCH Research Group, 1997] konnte die URICA den Behandlungserfolg (gemessen an der Menge konsumierten Alkohols) vorhersagen [vgl. auch Isenhart, 1997]. Willoughby und Edens [1996] zeigten bei stationären Alkoholpatienten zudem modellkonforme Unterschiede zwischen einem «Precontemplation»-Cluster und einem «Contemplation/Action»-Cluster im Hinblick auf Sorgen um den Konsum von Alkohol, Ansprechbarkeit für Hilfe und vorangegangene Hilfesuche. Die deutsche VSS erreicht für die Subskalen Contemplation ($r_{it} = 0{,}89$) und Action ($r_{it} = 0{,}87$) gute Werte der internen Konsistenz; Precontemplation ($r_{it} = 0{,}69$) und Maintenance ($r_{it} = 0{,}71$) waren jedoch nur knapp befriedigend [vgl. Überblick bei Heidenreich et al., 2001b].

Therapiemotivation

Mittels der Therapiemotivationsitemsammlung [THERMIS; Veith, 1996] wurden ausgehend von einem Erwartungs-mal-Wert-Konzept therapiebezogene «Zuversicht» (10 fünfstufige Items; Beispiel: «Ich glaube, dass meine Probleme jetzt endlich gelöst werden können.») und «Leidensdruck» (16 Items; Beispiel: «Meine Beschwerden behindern mich im Alltag stark.») als theoretisch unabhängige Aspekte der Therapiemotivation erfasst. Hinweise zur Reliabilität und Validität lassen sich Veith [1996] und Heidenreich [2000] entnehmen. Um zur Erfassung der Therapiemotivation nicht allein auf Selbstaussagen der Teilnehmer zurückzugreifen, wurde mit dem Ansatz des «therapeutischen Basisverhaltens» auch ein Fremdrating bzw. Therapeutenrating eingeführt [Schulte, 1996]. Als therapeutisches Basisverhalten gelten Verhaltensweisen von Patienten, die für eine Therapie von herausragender Bedeutung sind: Aufsuchen einer Behandlung (vs. Abbruch), Kooperation, Offenheit, Bereitschaft, neue Verhaltensmuster auszuprobieren, und Widerstand [Schulte, 1996; vgl. auch Michalak und Schulte, 2002]. Die Einschätzungen der Therapeuten werden auf fünfstufigen Skalen erfasst.

Selbstaufmerksamkeit

Hier wurde der psychometrisch gut untersuchte und bewährte Fragebogen zur Selbstaufmerksamkeit [Merz, 1986] mit Skalen zur «privaten» (SAM-P; 10 fünfstufige Items) und «öffentlichen» Selbstaufmerksamkeit (SAM-Ö; 7 Items) vorgelegt. Die für die seelische Gesundheit relevanten Aspekte der Selbstaufmerksamkeit wurden mit dem Fragebogen zur Dysfunktionalen und Funktionalen Selbstaufmerksamkeit erfasst [Hoyer, 2000a,b; vgl. auch Schneider, 2002], der die «funktionale» (9 fünfstufige Items; Beispiel: «Wenn ich über ein persönliches Problem nachdenke, kommt auch etwas dabei heraus.») und «dysfunktionale» Selbstaufmerksamkeit (13 Items; Beispiel: «Wenn ich anfange, über ein persönliches Problem nachzudenken, kann ich nicht so leicht wieder aufhören.») misst. Für beide Verfahren liegen Erfahrungs- und Vergleichswerte bei Alkoholpatienten vor [Hoyer et al., 2000].

Tab. 1. Retest-Reliabilität der VSS

	MZP 1/2 (N = 231)	MZP 1/3 (N = 166)	MZP 1/4 (N = 111)[b]
Precontemplation	0,50	0,50	0,41
Contemplation	0,57	0,56	0,50
Action	0,60	0,59	0,52
Maintenance	0,58	0,56	0,51

Die Abstände zwischen den MZP entsprechen 4, 8 und 12 Wochen.

Weitere Messinstrumente

Ferner umfasste die Fragebogenbatterie die Symptom-Checkliste [SCL-90-R; Franke, 1995], den Fragebogen zur optimistischen Kompetenzerwartung [Schwarzer, 1994] sowie den Fragebogen zum subjektiven Wohlbefinden von Dalbert [1992], aus dem jedoch nur der Gesamttestwert aus den Skalen «habituelle Stimmung» (6 Items) und «Lebenzufriedenheit» (7 Items) einbezogen wurde.

Eine Skala zur sozialen Erwünschtheit wurde aus ökonomischen Gründen und um Reaktanz zu vermeiden, nicht angewendet. Auch belegen mehrere Studien, dass Indikatoren der sozialen Erwünschtheit weder mit objektiven Indikatoren der Alkoholabhängigkeit [vgl. Yoshino und Motochiro, 1995] noch mit Stadien der Veränderung korrelieren [Hodgins, 1996].

Operationalisierung von Therapiedauer und Rückfall

Die Therapiedauer wurde durch die Zeit in der Klinik (in Wochen) operationalisiert. Innerhalb der Katamnesestichprobe (N = 108) wurden für die Einstufungen als «rückfällig» (N = 55; 50,9%) oder «abstinent» (N = 50; 46,3%) die Aussagen der Teilnehmer zum Katamnesezeitpunkt (1 Jahr nach Therapieende) herangezogen. Teilnehmer, die angaben, *nach Rückfall* abstinent zu sein (N = 14), wurden ebenfalls als abstinent gezählt. Als rückfällig wurden Teilnehmer eingestuft, die dies selbst angaben (N = 23), sowie Verweigerer und Teilnehmer, die nicht erreichbar waren oder nicht antworteten (N = 27). Drei ehemalige Patienten waren zum Katamnesezeitpunkt verstorben.

Durchführungsbedingungen

Die Untersuchungen wurden zusätzlich zu den Routinebefragungen der Klinik von Mitarbeitern des DFG-Projekts La 424/911 mit Gruppen von bis zu 8 Patienten in der Klinik durchgeführt. Für die Katamnesebefunde wurde auf die postalisch durchgeführte Befragung der Klinik zurückgegriffen.

Ergebnisse

Reliabilität und Änderungssensitivität

Die interne Konsistenz der VSS war in den Subskalen Contemplation (r_{it} = 0,80), Action (r_{it} = 0,86) und Maintenance (r_{it} = 0,83) ähnlich befriedigend wie in früheren deutschen Studien und ließ sich zu späteren MZP jeweils replizieren (r_{it} durchweg zwischen 0,81 und 0,91). Der Wert für die Precontemplation-Skala war dagegen unbefriedigend (r_{it} = 0,51; N = 257) und stieg auch zu späteren MZP kaum (t_2: 0,65; t_3 und t_4: 0,64). Die Ergebnisse zur Retest-Reliabilität sind Tabelle 1 zu entnehmen. Um diese Werte besser beurteilen zu können, wurde auch ihre Stabilität bzw. Veränderung zwischen den MZP untersucht (t-Tests). Aufgrund verschiedener Besonderheiten (nur Auffrischungsbehandlung, Verlegung, Verweigerung der weiteren Teilnahme, Missings in einzelnen Skalen, Terminprobleme) lagen zu den verschiedenen MZP unterschiedliche Fallzahlen vor. Dabei zeigten sich nur auf der Precontemplation- und Action-Skala signifikante Veränderungen (Reduktion bei Precontemplation: M_{t1} = 0,73 (SD_{t1} = 0,46); M_{t4} = 0,59 (SD_{t4} = 0,48); t(110) = 2,83; $p < 0,01$; $\omega^2 = 0,06$. Anstieg bei Action: M_{t1} = 2,80 (SD_{t1} = 0,71); M_{t4} = 2,97 (SD_{t4} = 0,75); t(110) = 2,48; $p < 0,05$; $\omega^2 = 0,05$). Bei den anderen beiden Skalen ergab sich keine Veränderung (Contemplation: M_{t1} = 2,86 (SD_{t1} = 0,65); M_{t4} = 2,81 (SD_{t4} = 0,83); t(110) = 0,65; n.s. Maintenance: M_{t1} = 2,32 (SD_{t1} = 0,79); M_{t4} = 2,33 (SD_{t4} = 0,83); t(110) = 0,17; n.s.).

Tab. 2. Faktorladungsmatrix bei N = 265 Alkoholpatienten

VSS-Item-Nr.	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Kommunalität
Precontemplation					
13				0,71	*0,54*
5				0,59	*0,36*
11				0,58	*0,39*
29				0,50	*0,29*
26				0,48	*0,32*
1			–0,35	0,40	*0,37*
31		0,40		0,35	*0,29*
23				(0,14)	*0,04*
Contemplation					
19		0,73			*0,56*
24	0,33	0,55			*0,49*
12	0,33	0,49			*0,37*
21	0,59	0,49			*0,64*
15	0,56	0,34			*0,50*
4	0,69	(0,27)			*0,61*
8	0,58	(0,13)			*0,47*
2	0,48	(0,01)			*0,23*
Action					
30	0,76				*0,65*
14	0,73				*0,62*
25	0,72				*0,55*
3	0,71				*0,52*
17	0,59		0,35		*0,56*
7	0,57		0,30		*0,51*
10	0,51		0,38		*0,45*
20	0,39	0,68			*0,63*
Maintenance					
9			0,70		*0,55*
6			0,62		*0,49*
16		0,39	0,59		*0,58*
18		0,56	0,38		*0,48*
27		0,43	0,34		*0,37*
28		0,71	0,32		*0,64*
22		0,51	(0,21)		*0,39*
32		0,73	(0,18)		*0,57*

Tab. 3. Korrelationen zwischen Stadien der Veränderung (Skalenwerte) und Indikatoren der Therapiemotivation sowie der Selbstaufmerksamkeit (N = 261)

	Leidensdruck	Zuversicht	Basisverhalten	SAM-P	SAM-Ö
Precontemplation	0,09	–0,08	–0,04	0,12	0,09
Contemplation	0,37**	0,42**	0,22**	0,34**	0,30**
Action	0,26**	0,48**	0,22**	0,46**	0,25**
Maintenance	0,41**	0,29**	0,15*	0,24**	0,21**

** p < 0,01; * p < 0,05 (zweiseitiger Test).

Tab. 4. T-Werte der Drei-Cluster-Lösung (k-means-Methode bei Anfangspartition nach Ward-Algorithmus)

Cluster	Precontemplation M (SD)	Contemplation M (SD)	Action M (SD)	Maintenance M (SD)
Uninvolved (N = 87)	45,67 (4,23)	45,38 (7,65)	43,55 (6,98)	43,17 (7,30)
Participation (N = 142)	48,27 (7,33)	55,57 (6,95)	56,09 (6,44)	55,95 (7,24)
Precontemplation (N = 32)	64,68 (7,56)	38,17 (9,39)	39,88 (10,92)	43,02 (9,24)

Tab. 5. Psychosoziale Anpassung, Selbstaufmerksamkeit und Therapiemotivation: Mittelwerte, Standardabweichungen (in Klammern) und Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen bei 3 Subgruppen von Alkoholpatienten

	1 Uninvolved (N = 87)	2 Precontemplation (N = 32)	3 Participation (N = 142)	F	p	Einzelvergleiche
SCL-90-R	0,57 (0,49)	0,68 (0,87)	0,67 (0,62)	0,78	n.s.	
OK	2,54 (0,62)	2,79 (0,61)	2,63 (0,60)	2,0	n.s.	
SWB	3,28 (1,0)	3,74 (1,03)	3,42 (1,0)	4,09	0,08	
DFS-D	3,21 (0,70)	3,01 (0,87)	3,50 (0,55)	7,54	< 0,01	3 > 1, 2
DFS-F	3,28 (0,49)	3,42 (0,71)	3,55 (0,64)	5,43	< 0,01	3 > 1
SAM-P	56,44 (10,65)	53,72 (15,52)	63,46 (12,70)	12,66	< 0,001	3 > 1, 2
SAM-Ö	37,80 (7,77)	35,94 (9,85)	41,97 (9,09)	9,41	< 0,001	3 > 1, 2
BAV	4,16 (0,90)	3,64 (1,0)	4,21 (0,93)	4,42	< 0,05	2 < 1, 3
Leidensdruck	2,95 (0,60)	2,58 (0,62)	3,25 (0,65)	17,24	< 0,001	2 < 1 < 3
Zuversicht	3,95 (0,57)	3,64 (0,55)	4,25 (0,53)	19,70	< 0,001	2 < 1 < 3

SCL-90-R = Gesamtwert (GSI) der Symptom-Checkliste; OK = optimistische Kompetenzerwartung; SWB = subjektives Wohlbefinden; DFS-D/F = dysfunktionale/funktionale Selbstaufmerksamkeit; SAM-P/Ö = private/öffentliche Selbstaufmerksamkeit; BAV = Basisverhalten; n.s. = nicht signifikant.

Faktorenanalysen

Eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation über die Items der VSS zeigt, dass bei der Querschnittstichprobe im Wesentlichen jeweils nur 3–4 Items pro Subskala nennenswerte Ladungen ohne Doppelladungen aufweisen (46,9% erklärte Varianz in der Hauptkomponentenanalyse). Dies ähnelt den Ergebnissen von Fecht et al. [1999] (vgl. Tab. 2). Die Subskaleninterkorrelationen der restlichen Skalen mit der Precontemplation-Skala liegen sehr niedrig (r < 0,13; alle n.s.), während sie zwischen den Skalen Contemplation, Action und Maintenance sehr hoch und signifikant sind (r = 0,61 bis 0,76).

Konkurrente Validität: Zusammenhänge mit der Therapiemotivation

Zusammenhänge zwischen den für die Veränderungsstadien typischen Einstellungen und Aspekten der Therapiemotivation lassen sich sowohl bei den Selbstaussagen als bemerkenswerterweise auch beim Therapeutenrating ablesen (vgl. Tab. 3). Alle Veränderungsstadien jenseits der Precontemplation korrelieren positiv mit beiden Indikatoren der Therapiemotivation und mit privater Selbstaufmerksamkeit. Es finden sich allerdings keine Hinweise auf differentielle Korrelationen hinsichtlich einzelner Skalen («Stadien»), abgesehen von der Skala Precontemplation, die keine Zusammenhänge mit der Therapiemotivation oder der Selbstaufmerksamkeit aufweist.

Clusteranalysen

Bei der Clusteranalyse wurde analog den amerikanischen Untersuchungen vorgegangen [McConnaughy et al., 1983; McConnaughy et al., 1989]. Sowohl die Analyse des Dendrogramms als auch das Elbow-Kriterium-Verfahren legen eine

Tab. 6. Lineare Regression der VSS-Subskalen zu Beginn der Behandlung auf das Kriterium Therapielänge in Wochen (N = 262)

UV	B	SE B	Beta	t	p
Precontemplation	–0,40	0,52	–0,05	–0,77	n.s.
Contemplation	0,49	0,43	0,07	1,1	n.s.
Action	–0,64	0,40	–0,10	–1,59	n.s.
Maintenance	–0,24	0,32	–0,05	–0,73	n.s.

UV = Unabhängige Variable; SE B = Standardfehler von B.

Zwei- bzw. Drei-Cluster-Lösung nahe. Da letztere sich inhaltlich besser interpretieren lässt, wird sie im Folgenden dargestellt (vgl. Tab. 4).

Cluster 1 entspricht weitgehend dem von DiClemente und Hughes [1990] ermittelten «Uninvolved Cluster» mit niedrigen Werten auf allen Skalen, Cluster 2 dem «Participation Cluster» mit hohen Werten auf allen Skalen außer Precontemplation und Cluster 3 dem «Precontemplation Cluster» mit hohen Werten nur auf dieser Skala. Betrachtet man die Ausprägungen der anderen Variablen im Hinblick auf die Zugehörigkeit zu den einzelnen Clustern, findet sich ein gut differenziertes Bild (vgl. Tab. 5).

Während sich die Gruppen hinsichtlich der psychopathologischen Symptomatik nicht signifikant unterscheiden (Gesamtwert der SCL-90-R), weisen die Probanden des «Participation»-Clusters bei verschiedenen Aspekten der Selbstaufmerksamkeit höhere Werte auf als die Probanden der anderen beiden Cluster. Dies lässt sich als Hinweis auf die intensivere Konfrontation mit unangenehmen Aspekten der eigenen Person interpretieren. Gleichzeitig liegt die funktionale Selbstaufmerksamkeit der Probanden des «Participation»-Clusters (also die Erwartung, mit persönlichen Problemen auch zurechtzukommen) höher als die funktionale Selbstaufmerksamkeit des uninvolvierten Clusters. Interessant ist ebenfalls, dass die Probanden des «Precontemplation»-Clusters – als weniger Motivierte – nicht nur ein (im Therapeutenrating) signifikant schlechteres Basisverhalten, sondern auch ein tendenziell höheres subjektives Wohlbefinden als die Probanden der anderen beiden Cluster aufweisen. Hinsichtlich der Therapiemotivation zeigt sich ferner, dass sowohl der Leidensdruck als auch die Zuversicht bei den Probanden des «Participation»-Clusters signifikant höher ausgeprägt sind als bei den Probanden im «Uninvolved»-Cluster. Diese wiederum zeigen für beide Therapiemotivationsvariablen signifikant höhere Werte als die Probanden des «Precontemplation»-Clusters.

Vorhersage von Therapiedauer und Rückfall durch Veränderungsstadien

Eine Regressionsanalyse mit dem Kriterium der Therapiedauer und den Prädiktoren der Ausprägungen der Veränderungsstadien zu Beginn der Behandlung belegt keine signifikanten Zusammenhänge mit den Subskalen der VSS (vgl. Tab. 6).

Die Prädiktion des Abstinenzstatus in der Ein-Jahres-Katamnese ist durch die VSS-Variablen am Ende der Behandlung nicht signifikant möglich (vgl. Tab. 7). Es zeigt sich lediglich eine statistische Tendenz in Richtung eines (erwartungskonform) positiven Zusammenhanges zwischen Precontemplation und Rückfall.

Tab. 7. Logistische Regression der VSS-Subskalen am Ende der Behandlung auf das Kriterium Rückfall/Abstinenz nach Ein-Jahreszeitraum (N = 105)

	b	Wald	df	p
Precontemplation	0,73	2,97	1	0,08
Contemplation	–0,09	0,15	1	n.s.
Action	–0,23	0,77	1	n.s.
Maintenance	0,18	0,58	1	n.s.

n.s. = Nicht signifikant.

Diskussion

Im Folgenden möchten wir auf der Basis der vorliegenden Untersuchung die psychometrischen Eigenschaften der VSS an einer Stichprobe aus der stationären Alkoholentwöhnungstherapie sowie die sich daraus ergebenden Anwendungsperspektiven bewerten.

Die Ergebnisse zur internen Konsistenz sind weitgehend zufrieden stellend. Eine Einschränkung gilt für die Precontemplation-Skala. Dies ist allerdings kaum überraschend, denn es geht hier um ein Merkmal (Nicht-Motiviertsein), das im Kontext der Entwöhnungsbehandlung nicht sozial erwünscht ist. Zudem ist in der stationären Alkoholentwöhnung, im Gegensatz zu Kliniken der Primärversorgung, meist ein gewisses Maß an Motivation gegeben, und die Skala ist subjektiv für viele Teilnehmer wenig relevant. Insgesamt stimmen die Ergebnisse zur inneren Konsistenz der Skala mit früheren deutschen Analysen [Heidenreich et al., 2001b] sowie Ergebnissen mit der amerikanischen Originalversion [DiClemente und Hughes, 1990; McConnaughy et al., 1983; McConnaughy et al., 1989] überein. Die Retest-Reliabilität liegt dagegen niedriger und meist im mittleren Bereich. Da die Skalen Contemplation und Maintenance zugleich keine Änderungssensitivität aufweisen, scheinen die Werte für die Retest-Reliabilität hier nicht befriedigend. Auch die anderen Skalen sind weder ein-

deutig stabil, noch erreichen sie Effektstärken änderungssensitiver Skalen; der Rückschluss auf die (unzureichende) Zuverlässigkeit der Messung ist allerdings aufgrund der relativ langen Inter-Test-Intervalle und der zwischenzeitlichen Behandlung nur eingeschränkt möglich.

Die faktorielle Validität ist insgesamt nicht zufrieden stellend. Wie die vorliegende Analyse belegt, lädt zwar Faktor 4 eindeutig auf fünf Items der Precontemplation-Skala. Für die anderen Faktoren ergibt sich aber kein gleichermaßen eindeutiges Ladungsmuster. Faktor 1 lädt sowohl auf Contemplation- als auch auf Action-Items; Faktor 2 auf Contemplation- wie auf Maintenance-Items. Eine Kürzung der Skalen analog Fecht et al. [1999] zugunsten der wenigen faktorreinen Items drängt sich zwar als Lösungsansatz auf, im vorliegenden Datensatz gibt es aber insbesondere für die Contemplation-Skala zu wenig faktorreine Items. Da frühere Analysen mit der gleichen deutschen Fragebogenversion eine tendenziell bessere Replikation der Faktorenstruktur erbrachten [Fecht et al., 1999; Heidenreich, 2000], kann die unbefriedigende Faktorenstruktur nicht nur auf Besonderheiten der verwendeten deutschen Fragebogenversion zurückgeführt werden.

Die Untersuchungen zur Konstruktvalidität zeigen, dass die Veränderungsstadien (jenseits Precontemplation) allesamt – und nicht in differenzieller Weise, etwa mit den stärksten Zusammenhängen für das Handlungsstadium – mit Aspekten der Therapiemotivation (sowohl mit Leidensdruck als auch mit Zuversicht) und mit Selbstaufmerksamkeit, als einer wesentlichen Voraussetzung für Problembewusstsein, korreliert sind. Demgegenüber finden sich keinerlei Zusammenhänge mit der Precontemplation-Skala. Dieser Befund könnte darauf hindeuten, dass die dimensionale Betrachtung der Subskala Precontemplation in der verglichen mit ambulanten Alkoholpatienten [vgl. z.B. DiClemente und Hughes, 1990] schwerer gestörten Gruppe von Abhängigen in stationärer Entwöhnungsbehandlung nicht sinnvoll ist. Darüber hinaus ist gerade bei dieser Subskala, trotz der oben genannten Befunde von Hodgins [1996], eine Verfälschung durch soziale Erwünschtheitstendenzen nicht auszuschließen (vgl. etwa Item 11: «Hier zu sein ist eine ziemliche Zeitverschwendung für mich, weil das Problem nichts mit mir zu tun hat.»).

Wenn das Veränderungsstadienmaß nicht nur global «Therapiemotivation» (oder «Involvement» in die Therapie) erfassen soll, dann müssten unter anderem die einzelnen Skalen empirisch die im Modell postulierten «mehr-dimensionalen» Veränderungstypen abbilden. Dies ließ sich nicht finden. Wir können zwar Teile der Lösung von DiClemente und Hughes [1990] replizieren; ihrer Wertung, das Modell sei trotz eines «uninvolvierten Clusters» *insgesamt* bestätigt, können wir uns aber nicht anschließen: Nur eines, das vor-intentionale Cluster, fügt sich genau in die Modellvorstellungen ein. Das Participation-Cluster ist hinsichtlich der Ausprägung auf den «späteren» Skalen undifferenziert und damit nicht zuordenbar; das Cluster der «Uninvolvierten» ist aus theoretischer Sicht gänzlich unerwartet. Diese Patienten sind weder im Veränderungsprozess, wie er durch das Modell konzeptualisiert wird, noch leugnen sie ihr Problem. Aus der klinischen Erfahrung lässt sich dieses Cluster durchaus gut einordnen: Es beschreibt Patienten, die sich aus externer Motivation in der Therapie befinden und dort auch mitmachen (siehe das gute Basisverhalten), deren Veränderungsprozess aber wenig Eigenverantwortlichkeit impliziert. Dies ist eine unter Versorgungsgesichtspunkten hoch interessante Gruppe. Ein solcher Modus der Veränderung ist allerdings im Prochaska-DiClemente-Modell nicht vorgesehen und somit möglicherweise ein Spezifikum der Veränderung bei (langjährigen) Suchtpatienten.

Zwar zeigen die Cluster, da sie gut interpretierbar sind, grundsätzlich die heuristische Brauchbarkeit des Ansatzes, aber es ist nochmals zu betonen, dass sie – bis auf das Precontemplation-Cluster – nicht den postulierten Veränderungsstadien entsprechen.

Eine Vorhersage der Therapiedauer oder der Rückfallrate anhand der Skalenausprägungen oder Clusterzugehörigkeit gelingt nicht – allerdings ist die Vorhersage von Rückfällen aufgrund einzelner psychosozialer Merkmale grundsätzlich schwierig und damit als ein besonders strenges Validitätskriterium einzustufen [Schuckit et al., 1993]. Außerdem ist die Therapiedauer zumindest teilweise durch das deutsche Versorgungssystem mitbestimmt, so dass ihre Varianz eingeschränkt ist und sie kein sensitives Kriterium für graduelle therapeutische Fortschritte darstellen kann. Die statistische Tendenz für den Prädiktionswert der Precontemplation-Skala für die Rückfallwahrscheinlichkeit zeigt immerhin an, dass eine psychometrische Verbesserung genau dieser Skala für den Anwendungsnutzen des Verfahrens besonders bedeutsam ist.

Insgesamt erweist sich das Verfahren für bestimmte Forschungsfragen mit gewissen Einschränkungen als brauchbar. Praktische diagnostische Entscheidungen, etwa die indikative Zuweisung zu bestimmten Interventionen (stage matched interventions), lassen sich aufgrund der Daten dieses Verfahrens nach unserer Einschätzung allerdings nicht begründen.

An anderer Stelle [Heidenreich und Hoyer, 1998; 2001] haben wir uns ausführlich mit weiter gehender methodischer Kritik am Modell der Stadien der Veränderung beschäftigt und Vorschläge für Forschung und Praxis abgeleitet. Von besonderer Bedeutung für die stationäre Alkoholentwöhnungstherapie erscheint die Frage, ob angesichts der Datenlage das Postulat abgrenzbarer «Stadien» beibehalten werden kann. Auch die simultane und miteinander vermischte Betrachtung von Einstellungs- und Verhaltensvariablen kann als problematisch gelten.

Angesichts der vorliegenden Ergebnisse erscheint das Modell der «Stadien der Veränderung» zu breit gefasst, als dass es noch etwas Spezifisches erklären könnte: Die spezifischen Prozesse, die einen langjährig trinkenden Alkoholiker von einem vielleicht erst seit kurzem gestörten Phobiker oder einem Diabetiker (der lernen muss, Insulinspritzen konse-

quent zu nutzen) unterscheiden, bilden sich eben doch ab. In unserem Fall in einem Veränderungscluster (Uninvolved), wie es zwar in der Praxis bekannt, aber im Modell nicht vorgesehen ist. Die Entwicklung von spezifischeren Veränderungskonzepten für den Ausstieg aus der Alkoholabhängigkeit entspricht damit der Forschungslogik. Miller und Tonigan [1996] haben diesen Weg grundsätzlich auch eingeschlagen. Angesichts der unzureichenden psychometrischen Kennwerte ihres Ansatzes [siehe Heidenreich et al., 2001a] erscheint dieser Versuch aber noch zu wenig an die Besonderheiten in der stationären Entwöhnungsbehandlung angepasst.

Dank

Die Studie wurde aus Mitteln der DFG gefördert. Wir danken den Mitarbeitern und Patienten der salus-klinik Friedrichsdorf (Taunus) für die gute Kooperation.

Literatur

Dalbert C: Subjektives Wohlbefinden junger Erwachsener: Theoretische und empirische Analysen der Struktur und Stabilität. Z Diff Diag Psychol 1992;13: 207–220.

DiClemente CC, Hughes SO: Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. J Subst Abuse 1990;2:217–235.

Fecht J, Heidenreich T, Hoyer J, Lauterbach W, Schneider R: Veränderungsstadien bei Alkoholismus: Probleme bei der Diagnostik. Verhaltensther Psychosoz Prax 1999;30:403–419.

Franke G: Die Symptom Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Göttingen, Hogrefe, 1995.

Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller, F: Das Beck Depressionsinventar. Bern, Huber, 1993.

Heidenreich T: Intrapsychische Konflikte und Therapiemotivation in der Behandlung der Substanzabhängigkeit. Regensburg, Roderer, 2000.

Heidenreich T, Hoyer J: Stadien der Veränderung in der Psychotherapie: Modelle, Perspektiven, Kritik. Verhaltensther Psychosoz Prax 1998;30:381–402.

Heidenreich T, Hoyer J: Stadien der Veränderung bei Substanzmissbrauch und -abhängigkeit: Eine methodenkritische Übersicht. Sucht 2001;47:158–170.

Heidenreich T, Fecht J, Hoyer J: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES); in Rist F, Küfner H, Glöckner-Rist A, Schmidt P (Hrsg): Elektronisches Handbuch für Erhebungsinstrumente im Suchtbereich. Version 1.00. Mannheim, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, 2001a.

Heidenreich T, Hoyer J, Fecht J: Veränderungsstadienskala; in Rist F, Küfner H, Glöckner-Rist A, Schmidt P (Hrsg): Elektronisches Handbuch für Erhebungsinstrumente im Suchtbereich. Version 1.00. Mannheim, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, 2001b.

Hodgins, DC: Stage of change assessments: Agreement among self-report scales, algorithms and therapist judgement. Poster presented at Addictions '96 «Treatment across the addictions». Hilton Head Island, SC, USA, Sept. 27–29, 1996.

Hoyer J: Der Fragebogen zur Dysfunktionalen und Funktionalen Selbstaufmerksamkeit (DFS): Theoretisches Konzept und Befunde zur Reliabilität und Validität. Diagnostica 2000a;46:140–148.

Hoyer J: Dysfunktionale Selbstaufmerksamkeit. Heidelberg, Asanger, 2000b.

Hoyer J, Fecht J, Heidenreich T: Selbstaufmerksamkeit und ihre Veränderung bei stationären Alkoholpatienten. Z Klin Psychol Psychopathol Psychother 2000;48: 105–117.

Hoyer J, Fecht J, Lauterbach W, Schneider R: Changes in conflict, symptoms, and well-being during psychodynamic and cognitive-behavioral alcohol inpatient treatment. Psychother Psychosom 2001;70:209–216.

Isenhart CE: Pretreatment readiness for change in male alcohol dependent subjects: Predictors of one-year follow-up status. J Stud Alcohol 1997;58:351–357.

Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D: Selbstmanagement-Therapie (ed 2.). Berlin, Springer, 1996.

Keller S (Hrsg): Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg, Lambertus, 1999.

McConnaughy EA, DiClemente CC, Prochaska JO, Velicer WF: Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. Psychotherapy 1989;26:494–503.

McConnaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF: Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. Psychotherapy 1983;20:368–375.

Merz J: SAF: Fragebogen zur Messung von dispositioneller Selbstaufmerksamkeit. Diagnostica 1986;32:142–152.

Michalak J, Schulte D: Zielkonflikte und Therapiemotivation. Z Klin Psychol Psychother 2002; 31:213–219.

Miller WR, Tonigan JS: Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychol Addict Behav 1996;10:81–89.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC: In search of how people change. Am Psychol 1992;47:1102–1114.

Project MATCH Research Group: Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. J Stud Alcohol 1997;58:7–29.

Schneider JF: Relations among self-talk, self-consciousness, and self-knowledge. Psychol Rep 2002;91: 807–812.

Schukit MA, Smith TL, Irwin M: Subjective predictions of outcome among alcoholics. Addiction 1993;88: 1361–1367.

Schulte, D: Therapieplanung. Göttingen, Hogrefe, 1996.

Schwarzer R: Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. Diagnostica 1994;40:105–123.

Veith A: Therapiemotivation – Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag, 1996.

Whitelaw S, Baldwin S, Bunton R, Flynn D: The status of evidence and outcomes in stages of change research. Health Educ Res 2000;15:707–718.

Willoughby FW, Edens JF: Construct validity and predictive utility of the stages of change scale for alcoholics. J Subst Abuse 1996;8:275–291.

Yoshino A, Kato M: Influence of social desirability response set on self-report for assessing the outcome of treated alcoholics. Alcohol Clin Exp Res 1995;19: 1517–1519.