Rheinland-Pfälzische Technische Universität Kaiserslautern Landau

Dissertation

# Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement

## Konzeption und Evaluation einer Intervention für die stationäre Langzeitentwöhnung alkoholabhängiger Menschen

vorgelegt von:

Mag. Judith Geißler, M.A.

vom Promotionsausschuss des Fachbereichs 8: Psychologie der Rheinland-Pfälzischen Technischen Universität Kaiserslautern-Landau zur Verleihung des akademischen Grades Doktor der Philosophie (Dr. phil.) genehmigte Dissertation

Datum der wissenschaftlichen Aussprache: 22.08.2025

Erstgutachter: Prof. Dr. Ottmar L. Braun

Zweitgutachter: Prof. Dr. Anton R. Laireiter

Vorsitzender: Prof. Dr. Ingmar Hosenfeld

## Zusammenfassung:

Der Gebrauch alkoholischer Getränke ist in der Geschichte und Kultur der Menschen fest verankert und wird in Europa immer noch als selbstverständlich erachtet. Der Konsum ist nicht nur für die Wirtschaft gewinnbringend, jedem Einzelnen sind zunächst Vorteile sicher. Dabei birgt dies vor allem in Permissivkulturen die große Gefahr, eine Abhängigkeit zu entwickeln. Alkoholabhängigkeit ist eine schwerwiegende, chronische Erkrankung, deren Bewältigung eine Herausforderung für Betroffene, Behandelnde und das Gesundheitssystem darstellt, da sie mit zahlreichen und vielschichtigen Konsequenzen einhergeht. Um einen langfristigen eigenverantwortlichen Umgang, ein zufriedenes autonomes Leben, weitgehend ohne diese psychoaktive Substanz zu gestalten, ist es wichtig, Ressourcen zu stärken, die dies ermöglichen. Ressourcenbasierte Ansätze und Empowerment Betroffener haben daher in jüngerer Vergangenheit deutlichen Aufschwung erfahren. Die Prävalenzraten Alkoholabhängiger und die dazugehörig weitreichenden Auswirkungen fordern trotzdem, die Entwicklung von Behandlung und Prävention voranzutreiben.

Trainingsinterventionen, die Selbstmanagementkompetenzen fördern, dabei zu mentaler Stärke führen und Wohlbefinden im Sinne des Aufblühens und Gedeihens generieren, wurden bereits evaluiert und haben sich als effektiv gezeigt. Die Idee, *Positives Selbstmanagement* in den klinisch-psychologischen Kontext zu integrieren, wurde bisher nur bedingt umgesetzt.

Auf Basis von Theorie und vorhandenen Forschungsergebnissen wurde vor dem Hintergrund der Positiven Psychologie und des Selbstmanagements ein Trainingskonzept für eine Intervention in der stationären Entwöhnungsbehandlung alkoholabhängiger Patienten konzipiert, mit dem Ziel, Ressourcen und Recovery-Kapital aufzubauen, um Betroffene in der Bewältigung ihrer Erkrankung zu unterstützen. Die Maßnahme „GPS – Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ umfasst über den Zeitraum von sechs Wochen wöchentliche Plenumseinheiten, vertiefende Diskussionsrunden und Transferaufgaben, um Selbstmanagementkompetenzen in Theorie und Praxis zu erlernen.

Das vorliegende wissenschaftliche Projekt umfasst drei aufeinander aufbauende Studien. Studie I und Studie II beinhalteten qualitative und quantitative Daten und dienten der formativen Evaluierung, um das Trainingskonzept adaptieren zu können. In Studie I lieferten semi-strukturierte Interviews mit behandelnden Experten (N = 8) und betroffenen Patienten (N = 12) Informationen zum Entwicklungsbedarf positiv-psychologischer Interventionen zur Förderung von Selbstmanagementkompetenzen, zu Anforderungen an entsprechende Interventionen und zu einer Einschätzung des theoretisch abgeleiteten Trainingskonzepts. Studie II überprüfte in einem Probelauf (N = 14) die Akzeptanz, Durchführbarkeit und erste Wirksamkeit im realen Klinik-Setting und generierte detailliertes Feedback zur weiteren Optimierung des Konzepts und der Durchführung. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde die Trainingsintervention sowohl zeitlich als auch methodisch und inhaltlich angepasst. Die aufwändige Logistik der Datenerhebung innerhalb der Klinikstruktur und bei der spezifischen Zielgruppe wurde ebenfalls optimiert.

In Studie III wurde die Trainingsintervention sowohl qualitativ als auch quantitativ evaluiert. Am Ende der sechswöchigen Intervention wurde die unmittelbare Reaktion der Teilnehmenden auf das Treatment erfasst, wobei das Feedback überdurchschnittlich positiv ausfiel. Die Wirksamkeit der Intervention wurde anhand von Selbsteinschätzungsdaten überprüft, die dazu vor und nach der Maßnahme erhoben wurden. Über die Selbstbeschreibungsmaße wurde zudem ein Transfer des Erlernten auf das

Verhalten angenommen. Es hat sich gezeigt, dass die Treatmentgruppe (N = 52) im Unterschied zur Vergleichsgruppe (N = 52) Selbstmanagementkompetenzen (Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie, Achtsamkeit), mentale Stärke (Selbstwirksamkeitserwartung, Resilienz, Emotionsregulation, Hoffnung, Selbstvertrauen) und die Positiven Outcomes (Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Vitalität) signifikant verbessern konnte. Für die Variablen Positives Gesundheitsverhalten, Optimismus, Psychische Belastung (inklusive Depressivität und Ängstlichkeit) und die Reduktion dysfunktionale Kognitionen zeigten sich tendenziell ähnliche Entwicklungen; jedoch erreichten die Gruppen am Ende des Beobachtungszeitraums vergleichbare Ergebnisse. Dies gilt auch für die alkoholbezogenen Aspekte Trinkverlangen und Abstinenzzuversicht. Längere Beobachtungszeiträume und ein größerer Stichprobenumfang wären erforderlich um ein deutlicheres Bild zu generieren. Zusätzlich wurde untersucht, ob verschiedene Patientengruppen unterschiedlich von dem Training profitieren. Es konnten lediglich deskriptiv Tendenzen abgebildet, jedoch keine signifikanten Unterschiede dokumentiert werden. In die Untersuchung wurde zu der sechs-wöchigen Intervention explorativ der gesamte Zeitraum der 90-tägigen stationären Entwöhnungsbehandlung inkludiert. Die Daten zeigen, dass sich die Parameter unter Abstinenz und stationärem Aufenthalt insgesamt positiv entwickeln, jedoch nach anfänglicher Steigerung nur durch die GPS-Intervention signifikante Verbesserungen erzielt werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die „GPS – Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ -Intervention effektiv und erfolgreich ist und die Patienten dabei unterstützt Ressourcen aufzubauen und damit Patienten mit Alkoholabhängigkeit in der Krankheitsbewältigung unterstützt.
Die empirischen Untersuchungen werden theoretisch, methodisch und hinsichtlich ihrer Implikationen für zukünftige Forschung und Anwendung in der Praxis diskutiert.

## Abstract:

The consumption of alcoholic beverages is deeply embedded in the history and culture of humanity and is still considered commonplace in Europe. The use of alcohol not only provides economic benefits; there are also immediate advantages for individuals. However, particularly in permissive cultures, there is a significant risk of developing a dependency. Alcohol dependence is a serious illness, and managing this chronic condition presents challenges for those affected, their treatment providers, and the healthcare system, as it is associated with numerous and multifaceted consequences. To facilitate a long-term, self-responsible approach to living a satisfying and autonomous life largely free from this psychoactive substance, it is essential to strengthen the resources that enable such a lifestyle. Resource-based approaches and the empowerment of affected individuals have gained momentum in recent years. Nevertheless, the prevalence rates of alcohol dependence and its far-reaching effects demand the advancement of treatment and prevention strategies.

Intervention programs that promote self-management skills, lead to mental resilience, and foster well-being in the sense of flourishing and thriving have already been evaluated and shown to be effective. However, the idea of integrating Positive Self-Management into the clinical psychological context has not yet been explored.

Based on theories and existing research findings, a training concept was developed for an intervention in inpatient detoxification treatment for alcohol-dependent patients against the backdrop of Positive Psychology and Self-Management, aimed at building recovery capital to support individuals in managing their condition. The program "GPS – Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement" includes weekly plenary sessions, in-depth discussion rounds, and transfer tasks over a six-week period to learn self-management competencies in theory and practice.

This scientific project comprises three successive studies. Study I and Study II primarily involved qualitative data and served as formative evaluations to adapt the training concept. In Study I, semi-structured interviews with treating experts (N = 8) and affected patients (N = 12) provided insights into the development needs for positive psychological interventions to promote self-management skills, requirements for appropriate interventions, and an assessment of the theoretically derived training concept. Study II tested the acceptance, feasibility, and initial effectiveness in a pilot run (N = 14) within a real clinical setting, generating detailed qualitative feedback for further optimizing the concept and implementation. Based on these results, the training intervention was adjusted in terms of timing, methodology and content. The complex logistics of data collection within the clinical structure and among the target group were also optimized.

In Study III, the training intervention was evaluated both qualitatively and quantitatively. At the end of the six-week intervention, participants' immediate reactions to the treatment were recorded, with feedback being overwhelmingly positive. The effectiveness of the intervention was assessed through self-report data collected before and after the program. Furthermore, self-report measures suggested a transfer of learned skills into actual behavior. Findings showed that the treatment group (N = 52) significantly improved in self-management skills (application of Positive Psychology techniques, mindfulness), mental resilience (self-efficacy, resilience, emotion regulation, hope, self-confidence), and

positive outcomes (well-being, life satisfaction, and vitality) compared to the control group (N = 52). For variables such as positive health behavior, optimism, psychological distress (including depression and anxiety), and the reduction of dysfunctional cognitions, similar trends were observed, but the groups achieved comparable results by the end of the observation period. This was also true for alcohol-related aspects such as craving and abstinence confidence. Longer observation periods and a larger sample size would be required to obtain a clearer picture. Additionally, it was examined whether different patient groups benefited differently from the training. While descriptive trends were observed, no significant differences could be documented. The study also explored the entire 90-day inpatient rehabilitation period beyond the six-week intervention. The data indicate that, under conditions of abstinence and inpatient care, the measured parameters improved overall; however, only the GPS intervention led to significant long-term improvements after an initial increase.

In summary, the "GPS – Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement " intervention can be stated to be effective and successful and supports patients in building recovery capital. The empirical investigations are discussed in terms of their theoretical, methodological, and practical implications for future research and application.

## Danksagung

Das folgende Forschungsprojekt entspringt einem hohem Interesse und gleichzeitig einer starken Begeisterung für das Erleben und Verhalten des Menschen. Es soll eine Bereicherung für den wissenschaftlichen Diskurs, die Verbindung unterschiedlicher Disziplinen und die evidenzbasierte Weiterentwicklung bzw. Neuausrichtung von Behandlungsmethoden in der Therapie von Alkoholabhängigkeit sein.
Sie ist das Ergebnis eines intensiven und lehrreichen Weges, gefüllt mit der gesamten Bandbreite an Emotionen, vor allem aber von Enthusiasmus und Dankbarkeit.
Diese gilt zunächst der, von mir als privilegiert erlebten, Situation und Umwelt, die es ermöglicht, sich in der Art und Weise wissenschaftlich mit einer Thematik auseinanderzusetzen. Freiheit, Bildung und Ressourcen sind keine Selbstverständlichkeit.
Ich habe auf diesem Weg sehr viel Unterstützung, Toleranz, Verständnis und Offenheit von den mich begleitenden Menschen erfahren, denen ich dafür danken möchte.
Zuallererst den Teilnehmern der Studien, durch deren Mitwirken dieses Projekt möglich wurde. Es ist keineswegs einfach für jemanden, der von einer so schwerwiegenden Krankheit betroffen ist, die von manchen immer noch als Mangel an Selbstdisziplin angesehen wird, offen über persönliche Informationen zu sprechen. Die Patienten sind mir mit Interesse, Vorsicht und Hoffnung begegnet und haben sich schlussendlich aufgeschlossen engagiert. Durch sie habe ich in persönlichen Gesprächen und durch die Kooperation in den schriftlichen Befragungen wertvolle Erkenntnisse gewinnen können. Der Beitrag der Experten auf dem Gebiet bot eine zusätzlich aufschlussreiche Perspektive. Vielen Dank!
Dann möchte ich selbstverständlich meinem Doktorvater Prof. Dr. Ottmar Braun danken.
Lieber Ottmar, vielen Dank, dass du mich als externe Doktorandin angenommen hast. Das klinische Feld liegt eigentlich nur am Rand deines Fokus, und dennoch warst du bereit, mir einen Rahmen zu bieten und mich mit deiner wohlwollenden Art und Expertise zu unterstützen. Durch dich gelang mir nach einigen Jahren in der praktischen psychologischen Arbeit noch einmal ein akademischer Weg, der mich zutiefst bereichert hat.
Ein spezieller Dank gebührt auch meinem Zweitgutachter Prof. Dr. Anton Laireiter, der wichtige Impulse durch seine Perspektive aus der klinischen Psychologie und der Positivpsychologie lieferte und stets mit seiner fachlichen Expertise beratend zur Verfügung stand.
Einen besonderen Dank möchte ich Daniela und Sascha Blickhan aussprechen. Durch sie hat sich mein anfängliches Interesse an der Teildisziplin Positive Psychologie zu einem Feuer der Begeisterung entwickelt. Die Ausbildung am Inntal-Institut lehrt Praxis auf wissenschaftlicher Basis in einer unvergleichlichen Atmosphäre. Beide sind meine Vorbilder.
Ein weiterer und auch besonderer Dank gilt der Suchthilfe Klinik Salzburg. Alle Kollegen haben die Umsetzung dieses umfangreichen Projektes unterstützt – sie haben Raum gegeben, Hilfe geleistet und mich mit positiven Rückmeldungen von Patienten oder von sich selbst motiviert. Herr Mag. Gottfried Jakober, Dr. Hannes Bacher, Frau Mag. Caroline Weinlich, Frau Mag. Ursula Pokorny und Frau Mag. Denise Mühlbacher, das gesamte Lenkungsgremium, haben sich dafür eingesetzt, das Projekt ermöglicht und es entsprechend wertgeschätzt.
Über alle Maßen danke ich jedoch meiner Familie. Meiner Ursprungsfamilie, die sich mit mir mit den Themen beschäftigte, sich aufrichtig dafür interessierte, stets zum Austausch bereit war, mir unverblümt ihre Meinung mitteilte und mich vor allem immer ermutigte. Meiner Jetztfamilie, meinen Kindern, deren Freude am Leben und Energie, ihr Gedeihen und Aufblühen, mich immer inspirieren.

Meinem Partner Peter, der mir über einen so langen Zeitraum Raum gegeben hat, mir den Rücken freigehalten hat, den Kindern in der Zeit, in der sie auf mich verzichten mussten, eine wertvolle Alternative geboten hat, der mir unermüdlich zugehört hat, meine emotionalen Kapriolen mitgetragen hat und mich immer bestärkt hat, dieses, mein Herzensprojekt, umzusetzen. Last but not least möchte ich meinen Freunden danken: Heike, Karo und dem Ponyhof!! Vielen herzlichen Dank für eure Ohren!!

# Inhaltsverzeichnis


1. EINLEITUNG UND ÜBERBLICK DER ARBEIT ..... 14

2. THEORETISCHER HINTERGRUND ..... 17

2.1. ALKOHOLABHÄNGIGKEIT ..... 17

*2.1.1 Alkoholkonsum, Diagnostik und Epidemiologie ..... 19*

2.1.1.1 Metabolismus und Wirkung von Alkohol ..... 19

2.1.1.2 Risikobeurteilung, Diagnostik & Begriffsdifferenzierung ..... 21

2.1.1.3 Epidemiologie ..... 26

*2.1.2 Ätiologie und Folgen von Alkoholabhängigkeit ..... 28*

2.1.2.1 Ätiologie der Alkoholabhängigkeit ..... 28

2.1.2.2 Verlaufsphasen und Typologien der Alkoholabhängigkeit ..... 32

2.1.2.3 Folgen der Alkoholabhängigkeit ..... 34

*2.1.3 Behandlung von Alkoholabhängigkeit ..... 36*

2.1.3.1 Behandlungsphasen ..... 37

2.1.3.2 Neue Ausrichtung und Entwicklung ..... 43

2.1.3.3 Ausgewählte Wirkfaktoren und Erfolgskriterien in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit ..... 47

2.2 ENTWICKLUNG UND EVALUIERUNG VON KLINISCH-PSYCHOLOGISCHEN INTERVENTIONEN ..... 51

*2.2.1 Definition von klinisch-psychologischen Interventionen ..... 51*

*2.2.2 Entwicklung von klinisch-psychologischen Interventionen ..... 52*

*2.2.3 Evaluation von klinisch-psychologischen Interventionen ..... 55*

2.3. POSITIVE PSYCHOLOGIE ..... 60

*2.3.1 Wohlbefinden, Glück, Gedeihen und Aufblühen ..... 60*

*2.3.2 Ausgewählte Konzepte und Interventionen der Positiven Psychologie für die klinisch-psychologische Behandlung ..... 66*

*2.3.3 Positive Klinische Psychologie ..... 78*

2.4 POSITIVES SELBSTMANAGEMENT ..... 85

*2.4.1 Selbstmanagement: Definition und zentrale Konzepte ..... 85*

*2.4.2 Das Modell des Positiven Selbstmanagements ..... 94*

*2.4.3 Das Modell des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagement (GPS) ..... 98*

2.4.3.1 Prädikatoren: Selbstmanagementkompetenzen und ihre Relevanz für Menschen mit F10.2-Diagnose ..... 101

2.4.3.1.1 Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie ..... 102

2.4.3.1.2 Achtsamkeit ..... 103

2.4.3.1.3 Positives Gesundheitsverhalten ..... 106

2.4.3.1.4 Dysfunktionale Kognitionen ..... 111

2.4.3.2 Mediator: Mentale Stärke und deren Relevanz für Menschen mit F10.2-Diagnose ..... 113

2.4.3.3 Positive Outcomes und deren Relevanz für Menschen mit F10.2-Diagnose ..... 120

2.4.3.3.1 Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, Aufblühen und Vitalität ..... 120

2.4.3.3.2 Psychische Belastung, Abstinenzzuversicht und Trinkverlangen ..... 123

2.5. ZUSAMMENFÜHRUNG DER THEORIE UND ABLEITUNG EINES TRAININGSKONZEPTS ..... 125

2.6 FORSCHUNGSFRAGEN UND HYPOTHESEN ..... 131

3. EMPIRIE ..... 139

3.1 STUDIE I: QUALITATIVE INTERVIEWS ..... 139

*3.1.1 Einführung ..... 139*

*3.1.2 Methode ..... 140*

3.1.2.1 Stichprobe ..... 140

3.1.2.2 Untersuchungsdesign und -ablauf ..... 141

3.1.2.3 Material ..... 142

3.1.2.4 Auswertungsprozess ..... 145

*3.1.3 Ergebnisse ..... 146*

*3.1.4 Diskussion ..... 152*

3.1.4.1 Methodische Diskussion ..... 152

3.1.4.2 Diskussion der Studienergebnisse ..... 157

3.1.4.3 Ausblick für zukünftige Forschung ..... 160

3.2 STUDIE II: EVALUATION DER TRAININGSINTERVENTION IM PROBELAUF ..... 161

*3.2.1 Einführung ..... 161*

*3.2.2 Methode* ... *162*
3.2.2.1 Stichprobe ... 162
3.2.2.2 Untersuchungsdesign und -ablauf ... 162
3.2.2.3 Durchführung der Trainingsintervention ... 164
3.2.2.4 Material ... 164
3.2.2.5 Auswertungsprozess ... 168
*3.2.3 Ergebnisse* ... *168*
3.2.3.1 Datenaufbereitung ... 168
3.2.3.2 Deskriptive Statistik ... 169
3.2.3.3 Auswertung der Feedbackskalen ... 170
3.2.3.4 Auswertung des offenen mündlichen Feedbacks ... 171
3.2.3.5 Auswertung des Hauptfragebogens (Selbstbeschreibungsmaße) ... 173
*3.2.4 Diskussion* ... *173*
3.2.4.1 Diskussion der Studienergebnisse ... 174
3.2.4.2 Methodische Diskussion ... 177
3.2.4.3 Ausblick und Implikation für die Forschung und Praxis ... 180
3.3 STUDIE III: EVALUATION EINER TRAININGSINTERVENTION ... 182
*3.3.1 Methode* ... *182*
3.3.1.1 Stichprobe ... 183
3.3.1.2 Vorbereitende Maßnahmen ... 185
3.3.1.3 Untersuchungsdesign und Trainingsablauf ... 187
3.3.1.4 Das Training ... 189
3.3.1.5 Material ... 194
3.3.1.6 Reliabilität ... 201
3.3.1.7 Auswertungsprozess ... 201
*3.3.2 Ergebnisse* ... *203*
3.3.2.1 Feedbackfragebogen ... 203
3.3.2.1.1 Datenaufbereitung ... 203
3.3.2.1.2 Deskriptive Statistiken ... 203
3.3.2.1.3 Auswertung der unmittelbaren Trainingsreaktion (Feedback) ... 204
3.3.2.1.4 Auswertung des qualitativen Feedbacks ... 205
3.3.2.2 Selbstbeschreibungsmaß Hauptfragebogen ... 206
3.3.2.2.1 Datenaufbereitung ... 206
3.3.2.2.2 Deskriptive Statistiken ... 207
3.3.2.2.3 Vergleich zwischen Treatment- und Vergleichsgruppe ... 210
3.3.2.2.4 Korrelationsanalyse ... 210
3.3.2.2.5 Regressionsanalysen ... 211
3.3.2.2.6 Soziale Erwünschtheit ... 213
3.3.2.2.7 Varianzanalytische Auswertung von Zeit- und Gruppenvergleichen ... 214
3.3.2.2.8 Hypothesen zur unterschiedlichen Entwicklung verschiedener Patientengruppen ... 234
3.3.2.2.8.1 Hypothesen zum Wirkfaktor Engagement ... 234
3.3.2.2.8.2 Hypothesen zum Wirkfaktor Persönlichkeitsmerkmal Extraversion ... 237
3.3.2.2.8.3 Hypothesen zum Wirkfaktor Alter ... 239
3.3.2.3 Explorative Analysen ... 240
3.3.2.3.1 Unterscheidungskriterium psychische Belastung ... 240
3.3.2.3.2 Analyse des gesamten 90-tägigen Behandlungszeitraums ... 243
3.3.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse ... 248
*3.3.3 Diskussion* ... *251*
3.3.3.1 Theoretische Diskussion der Interventionsstudie ... 251
3.3.3.2 Diskussion der Studienergebnisse ... 253
3.3.3.3 Methodische Diskussion ... 260
3.3.3.4 Implikation für die zukünftige Forschung ... 267
3.3.3.5 Implikation für die Praxis ... 269
3.3. GESAMTDISKUSSION ... 271
3.4 SCHLUSSWORT ... 276

LITERATURVERZEICHNIS: ... 277

ANHANG ... 334

ANHANG A – AUDIT-C ... 334
ANHANG B – DSM 5-DIAGNOSEKRITERIEN ... 335
ANHANG C: CONSORT FLUSSDIAGRAMM ... 336

Anhang D: Interview – Leitfaden – Betroffene ..... 337
Anhang E: Interview – Leitfaden – Experten ..... 341
Anhang F: Trainingskonzept Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement – Studie II ..... 344
Anhang G: Hauptfragebogen Pilotstudie ..... 354
Anhang H: Feedbackfragebögen Studie II ..... 373
Anhang I: Detaillierte Ergebnisse der Feedbackfragebögen Studie II ..... 375
Anhang J: Konzept und Trainerleitfaden GPS-Studie III ..... 376
Anhang K: Fragebögen Studie III ..... 384
Anhang L: Feedbackfragebogen Studie III ..... 402
Anhang M: Follow-up-Fragebogen: ..... 407
Anhang N: Ergebnisse Korrelationsberechnung Studie III ..... 413
Anhang O: Überblick Auswertung der Daten Studie III (Wirksamkeitsprüfung) ..... 414
Anhang P: Ergebnisse Studie III Auswertung: Mittelwertvergleiche ..... 415
Anhang P: Werte der Variablen zum Testzeitpunkt $T_0$, $T_1$ und $T_2$ ..... 416
Anhang Q: Detaillierte Varianzanalyse Studie III ..... 419
Curriculum vitae ..... 425
Eidesstattliche Erklärung ..... 426

**Tabellenverzeichnis:**

Tabelle 1: Angaben zu Grenzwerten in mg Alkohol pro Tag zur Gefährdungseinschätzung ..... 22
Tabelle 2: ICD-Kodierung für psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol ..... 23
Tabelle 3: Diagnosekriterien Alkoholabhängigkeit nach ICD 10 ..... 24
Tabelle 4: Angaben zum Alkoholkonsum in Österreich ..... 26
Tabelle 5: Epidemiologische Kennzahlen zur Alkoholabhängigkeit in Österreich ..... 27
Tabelle 6: Übersicht Trainings-Intervention: Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement ..... 129
Tabelle 7: Deduktive Ober- und Subkategorien der qualitativen Interviews der Studie I ..... 146
Tabelle 8: Ergebnisse: Auswirkungen der Alkoholabhängigkeit auf Aspekte des Wohlbefindens ..... 148
Tabelle 9: Versuchsplan Studie II ..... 164
Tabelle 10: Erhebungsinstrumente Selbstbeschreibungsmaße Hauptfragebogen Studie II ..... 165
Tabelle 11: Feedbackfragebogen Pilotstudie ..... 167
Tabelle 12: Ergebnisse Feedbackfragebogen: Trainingsbewertung gesamt ..... 169
Tabelle 13: Ergebnisse: Feedbackfragebogen Module I – VI ..... 170
Tabelle 14: Ergebnisse Hauptfragebogen Studie II ..... 170
Tabelle 15: Angaben zu Therapiebereitschaft, Krankheitseinsicht und Abstinenzmotivation ..... 184
Tabelle 16: Angaben zu demographischen Parametern der Treatment- und Vergleichsgruppe in % ..... 185
Tabelle 17: Versuchsplan Studie III ..... 189
Tabelle 18: Trainingsintervention GPS - Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement ..... 193
Tabelle 19: Erhebungsinstrumente Studie III ..... 198
Tabelle 20: Reliabilitäten zu zwei Messzeitpunkten der Skalen des Hauptfragebogens ..... 201
Tabelle 21: Deskriptive Statistik Feedbackfragebogen Studie III ..... 204
Tabelle 22: Feedback Studie III: Häufigkeitsnennung der Aufbauübungen ..... 205
Tabelle 23: Qualitatives Feedback Studie III: Häufigkeit der genannten Kategorien ..... 206
Tabelle 24: Deskriptive Statistik Studie III Treatment und Vergleichsgruppe zum Testzeitpunkt $t_1$ ..... 208
Tabelle 25: Angaben zu Big 5 Persönlichkeitsmerkmalen zum testzeitpunkt $t_1$ ..... 209
Tabelle 26:Entwicklung der Parameter abhängig vom Engagement ..... 235
Tabelle 27: Entwicklung der Parameter abhängig vom Persönlichkeitsfaktor Extraversion ..... 238
Tabelle 28: Entwicklung der Parameter in Abhängigkeit vom Alter ..... 240
Tabelle 29:Unterschiede der Gruppen mit hoher und niedriger psychischer Belastung ..... 241
Tabelle 30:Variablen Mental-Health-Kontinuum ..... 242
Tabelle 31:Veränderung Mental-Health-Kontinuum ..... 243

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Screening und Diagnostik alkoholbezogener Störungen ..... 24
Abbildung 2:Teufelskreis der Alkoholabhängigkeit ..... 30
Abbildung 3:Zusammenhang Wohlbefinden & Alkoholabhängigkeit ..... 46
Abbildung 4:Wirkfaktoren und Erfolgskriterien nach Haller 2011 ..... 50
Abbildung 5:Das Modell des Positiven Selbstmanagements ..... 96
Abbildung 6:Modell des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements ..... 100
Abbildung 7: Wirkfaktoren und Erfolgskriterien im Forschungsvorhaben Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement in der Alkoholentwöhnung ..... 130
Abbildung 8: Entwicklung der Selbstmanagementkompetenz Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie ..... 217
Abbildung 9: Entwicklung der Selbstmanagementkompetenz Achtsamkeit ..... 218
Abbildung 10: Entwicklung der Selbstmanagementkompetenz Positives Gesundheitsverhalten ..... 219
Abbildung 11: Entwicklung des Gesamtwertes (=Index-Wert) der Mentalen Stärke ..... 220
Abbildung 12: Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung ..... 222
Abbildung 13: Entwicklung der Lebenszufriedenheit ..... 223
Abbildung 14: Entwicklung des Wohlbefindens/Aufblühens ..... 224
Abbildung 15: Entwicklung Wohlbefinden/ Mental Health ..... 225
Abbildung 16: Entwicklung Vitalität ..... 226
Abbildung 17: Entwicklung Reduktion dysfunktionaler Kognitionen ..... 227
Abbildung 18: Entwicklung GIS – Psychische Belastung Gesamtwert ..... 228
Abbildung 19: Entwicklung der Variable Ängstlichkeit ..... 229
Abbildung 20: Entwicklung der Variable Depressivität ..... 230
Abbildung 21: Entwicklung der Abstinenzzuversicht ..... 231
Abbildung 22: Entwicklung des Trinkverlangens ..... 232
Abbildung 23: Entwicklung der Facette Selbstwirksamkeitserwartung ..... 419
Abbildung 24: Entwicklung der Facette Emotionsregulation ..... 420
Abbildung 25: Entwicklung der Facette Resilienz ..... 421
Abbildung 26: Entwicklung der Facette Hoffnung ..... 422
Abbildung 27: Entwicklung der Facette Optimismus ..... 423
Abbildung 28: Entwicklung der Facette Selbstvertrauen ..... 424

# 1. Einleitung und Überblick der Arbeit

Ein Biergarten im Sommer, ein Heuriger im Herbst, ein Festbankett, eine Hochzeit, ein Jubiläum, ein Geburtstags- oder Silvesterfest, ein Frühschoppen, ein Vertragsabschluss, zum netten Beisammensein, zum festlichen Essen – ein alkoholisches Getränk zum Genuss, zur Feier des Tages, zur Steigerung der Freude oder Entspannung, zur Erleichterung oder um die Sorgen hinter sich zu lassen. Alkohol ist in unserer Gesellschaft allgegenwärtig und oft mit der Idee verbunden, sich selbst das Leben gut zu machen – und es stimmt: Die primäre Wirkung rechtfertigt dies zunächst. Der moderate Konsum von Alkohol ist in Europa zudem gesellschaftlich akzeptiert, gehört dazu, ist in den Alltag integriert, erfüllt schon lange vielfältige Funktionen und wird nicht selten als „Kulturgut mit Geschichte“, bezeichnet. Er ist die psychoaktive Substanz, mit der die meisten Menschen in Europa irgendwann in Kontakt kommen und die in vielen Fällen kontinuierlich von jungen Jahren bis ins hohe Alter konsumiert wird (Anzenberger et al., 2021; Anzenberger et al., 2023; Knox et al., 2018). Es wird sogar von vielen eher als befremdlich erlebt, wenn zu beschriebenen Anlässen kein Alkohol getrunken wird. Offizielle Daten dokumentieren zwar mittlerweile einen rückläufigen Trend, der sich sowohl in absoluten Zahlen als auch in der Altersverteilung abbildet, trotzdem sind die Konsumzahlen nach wie vor sehr hoch (Bachmayer et al., 2023; Busch et al., 2023a; Strizek et al., 2023).

Neben der tendenziell positiven Haltung der Gesellschaft und den positiven Funktionen und Effekten, die Alkohol erfüllt, gibt es jedoch eine Kehrseite: die erfassten Prävalenzraten alkoholassoziierter Erkrankungen und die daraus resultierenden Folgen und Schäden. Diese zeichnen ein ernstes Bild und machen die Herausforderung, dieser Situation zu begegnen, deutlich (Strizek et al., 2023). Eine der schwerwiegendsten Folgen von regelmäßigem Alkoholkonsum ist das Risiko, eine Abhängigkeit zu entwickeln, die oft schleichend und unbemerkt entsteht, erst spät als solche erkannt und noch später, bei weitem nicht von allen Betroffenen, als solche akzeptiert wird. Eine Abhängigkeitserkrankung geht dabei mit gravierenden Auswirkungen, häufig mit schwerwiegenden physischen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen, einher. Der Weg zu einer professionellen Behandlung in einer Gesellschaft, in der Alkohol den beschriebenen Stellenwert hat und gleichzeitig Erkrankte stigmatisiert werden, wird von Betroffenen oft erst unter äußerstem Druck eingeschlagen, wenn Gesundheit und Lebensqualität stark beeinträchtigt sind. Je nach Krankheitsfortschritt ist dann eine spezifische Behandlung erforderlich, in der der Betroffene umfassend informiert, stabilisiert und motiviert wird, ein Leben ohne Alkoholkonsum zu gestalten. Der Patient erhält Unterstützung und Vorbereitung für den Umgang mit dieser mittlerweile als chronisch anerkannten Erkrankung.

Angesichts der dokumentierten Erkrankungszahlen, der Schätzungen der Dunkelziffern, der hohen Rückfallquoten und der schwerwiegenden individuellen bzw. gesamtgesellschaftlichen Folgen besteht

ein dringender Bedarf, Therapie- aber auch Präventionsmaßnahmen weiterzuentwickeln und zu optimieren. Experten sind gefordert, auf wissenschaftlicher Basis weitere Behandlungsmöglichkeiten zu konzipieren und zu evaluieren.

Der professionelle Umgang mit Alkoholabhängigkeit hat sich seit der Anerkennung eines entsprechenden Krankheitskonzepts weiterentwickelt, und Spezialisten sind bemüht, wissenschaftlich fundiert neue Erkenntnisse zu integrieren. Dabei haben ressourcenorientierte Ansätze und ganzheitliche Konzepte zunehmend Aufschwung erfahren. Erklärtes Ziel einer Behandlung von Alkoholabhängigkeit ist es, die Patienten dabei zu unterstützen, ein zufriedenes und autonomes Leben (möglichst) ohne Suchtmittel zu führen (Beiglböck & Feselmayer, 2010). Das schließt das Erreichen von psychischem, physischem und sozialem Wohlbefinden zusätzlich zur Behebung von Symptomen im Sinne der WHO-Definition von Gesundheit ein (WHO, 1947). Der Fokus liegt außerdem zunehmend auf Eigenverantwortung, Kompetenzerweiterung und der selbstständigen Gestaltung förderlicher Lebensumstände, die umfassendes Wohlbefinden und Zufriedenheit ohne Alkohol ermöglichen, in einer Gesellschaft, in der Alkohol omnipräsent ist. Geeignete Techniken zu erlernen, die Betroffene mental stärken und Wohlbefinden generieren, bietet hier einen vielversprechenden Weg.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Wohlbefinden, die Definition und Erfassung des Konstrukts sowie die Implikation, die Anwendungsmöglichkeiten in unterschiedlichen Feldern, sind Inhalt der relativ jungen Teildisziplin *Positive Psychologie* (PP). Trotz der positiven Forschungsergebnisse der letzten 25 Jahre ist die tatsächliche, praktische Anwendung dieser Ansätze in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit noch begrenzt. Eine verstärkte Integration solcher Techniken könnte eine wertvolle Ergänzung bestehender Behandlungsstrategien darstellen und ist eine Chance, der bestehenden Herausforderung zu begegnen (Krentzman, 2013; Krentzman et al., 2023). Für die Bewältigung einer chronischen Erkrankung ist zudem die Stärkung von Eigenverantwortung und Selbststeuerung, wie sie im *Selbstmanagement* betont werden, überaus relevant. Ottmar L. Braun etablierte die Verbindung der beiden Bereiche *Positive Psychologie* und *Selbstmanagement* und postulierte das „Modell des Positiven Selbstmanagements“. In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass Selbstmanagementfähigkeiten „Anwendung Techniken der Positiven Psychologie“ in Kombination mit anderen spezifischen Selbstmanagementkompetenzen trainiert werden können, dies zu einer Steigerung des Konstrukts „Mentale Stärke“ führt, und positive Konsequenzen, wie u.a. die Steigerung von Wohlbefinden und die Reduktion psychischer Belastung erfolgt. Braun und Kollegen konnten das Modell schon in verschiedenen Settings wissenschaftlich überprüfen und den Erfolg bestätigen (Braun et al., 2017; 2022; 2023; 2024; Braun, 2019; 2020). Eine wichtige Facette der mentalen Stärke ist Selbstwirksamkeitserwartung, die Überzeugung einer Person, die Fähigkeit zu besitzen, erfolgreich Herausforderungen zu bewältigen, und dass dies auch gelingen wird. Die Bedeutung

von Selbstwirksamkeitserwartung im Kontext von Gesundheit bzw. im Umgang mit Krankheit, beim Aufbau von gesundheitsförderlichem Verhalten ist vielfach belegt. Für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit in der Langzeitbehandlung gibt es bisher keine Maßnahmen, die explizit alle genannten Komponenten verbinden.

Vor diesem Hintergrund soll in der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit das Modell des Positiven Selbstmanagements in den Kontext von Gesundheit bzw. der Behandlung von Krankheit gebracht werden. Hauptanliegen des vorliegenden wissenschaftlichen Projekts ist die Konzeption und Evaluierung einer Trainingsintervention in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit im stationären Langzeitsetting unter Berücksichtigung neuer Entwicklungen und der Vernetzung unterschiedlicher wissenschaftlicher Gebiete. Ziel ist es, eine Intervention zu gestalten, die Patienten Selbstmanagementtechniken vermittelt, die eigenverantwortlich und dauerhaft eingesetzt werden können, um mentale Stärke und ganzheitliches Wohlbefinden zu fördern und damit Symptomen und Folgen der Erkrankung entgegenzuwirken, Ressourcen aufzubauen, Rückfällen vorzubeugen, Abstinenz(-zeiten) zu etablieren und dadurch die Bewältigung der Erkrankung zu unterstützen.

Für die theoretische Konzeption wird zunächst ermittelt, welche Kriterien für die Konzeption und Evaluierung einer Intervention postuliert werden, welche Themen im Zusammenhang mit ganzheitlichem Wohlbefinden in diesem Kontext spezifische Relevanz haben, welche Wirkfaktoren und Erfolgskriterien in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit herangezogen werden können, welche empirischen Belege es diesbezüglich bereits gibt, und welche Informationen und Anforderungen es zur konkreten Gestaltung einer Trainingsintervention gibt und was für die praktische Umsetzung allgemein und für die Umsetzung dieses Forschungsprojekts, dessen Implementierung in der Suchthilfe Klinik Salzburg geplant ist, zu bedenken ist. Aus diesen Informationen wird ein erstes Trainingskonzept erstellt. In einer Vorstudie soll mittels Experten- und Betroffeneninterviews der Bedarf an der Erweiterung von Behandlung und Therapie erhoben werden. Im Zuge dessen gilt es herauszufinden, wo Selbstmanagementkompetenzen ansetzen sollten, welche Kompetenzen und Ziele für Menschen mit Alkoholabhängigkeitserkrankung besondere Relevanz haben, und wie ein Training möglichst effektiv und sinnvoll gestaltet sein sollte. Mit diesem Wissen soll die theoretisch abgeleitete Intervention adaptiert, in einem Probelauf überprüft und anschließend mit einer größeren Anzahl von Patienten umgesetzt werden. Die Evaluierungen finden somit kontinuierlich im Prozess zur Anpassung der Trainingsintervention und final zur Überprüfung der erreichten Effekte, also der Wirksamkeit der Trainingsintervention, statt.

# 2. Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Teil bietet den Rahmen und liefert das Wissen, um das Forschungsvorhaben dieser Arbeit besser einordnen und nachvollziehen zu können. Nachdem im ersten Teil (2.1) wichtige Informationen zum Thema Alkohol, alkoholassoziierten Erkrankungen und deren Behandlung bereitgestellt werden, im zweiten Teil (2.2) die Konzeption und Evaluierung von klinisch-psychologischen Interventionen erläutert, im dritten Teil (2.3) die psychologische Teildisziplin Positive Psychologie, speziell im klinisch-psychologischen Kontext, beleuchtet wird, folgt im vierten Teil (2.4) eine Erläuterung zur Kompetenz Selbstmanagement und die Verbindung zur Positiven Psychologie mit dem Modell des Positiven Selbstmanagements nach Braun et al. (2017; 2022; 2023; 2024; Braun, 2019; 2020; 2022). Der theoretische Hintergrund mündet in der Darstellung eines Modells (Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement – GPS), das die verschiedenen Felder miteinander verknüpft, damit positives Selbstmanagement in den klinischen Kontext gebracht werden kann, dadurch eine Intervention konzipiert werden kann und mit dessen Hilfe empirische Fragestellungen und deren Beantwortung leichter möglich sind. Besonders hervorzuheben ist, dass das theoretische Fundament, speziell in Bezug auf das Thema Alkohol, auf welchem die Konzeption der Intervention fußt, einen starken Österreichbezug aufweist, da die Umsetzung der Studien in Salzburg, Österreich erfolgte.

## 2.1. Alkoholabhängigkeit

Um ein umfassendes Bild und Verständnis von Alkoholabhängigkeit zu erlangen, ist es hilfreich, einige Aspekte aus Geschichte, Kultur und Politik zu diesem Thema zu beleuchten. Alkohol, die bekannteste und am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz, begleitet die Menschheit seit ihren Anfängen mit seinen sowohl positiven als auch schädlichen Wirkungen. Bereits in prähistorischer Zeit, wie unter anderem von Feuerlein et al. (1998), Lindenmeyer (2011, 2016b), Lesch und Walter (2020a), Mann (1999) sowie Watzl und Singer (2005) beschrieben, existieren Belege für die Herstellung und den bewussten Konsum alkoholischer Getränke durch Gärung von Getreide oder Früchten. In der Antike, im Mittelalter sowie in der frühen Neuzeit wurde Alkohol aufgrund seines hohen Energiegehalts als Nahrungsmittel, aber auch als Genussmittel, Rauschmittel, Arznei sowie als spirituelles und sakrales Mittel genutzt. Zudem bot der Konsum von Alkohol eine Lösung für das Problem der schlechten Wasserqualität. Diese vielfältigen Funktionen unterstützten die Akzeptanz und den weit verbreiteten Konsum von Alkohol (Feuerlein, 2000; Feuerlein et al., 1998; Lesch & Walter, 2020a; Lindenmeyer, 2016b;

Schneider, 2022; Watzl & Singer, 2005). Die Haltung zum Alkohol war damals und im weiteren Verlauf der Geschichte stets ambivalent. Er wurde geschätzt, toleriert, als integraler Teil der Gesellschaft und Kultur gesehen. Gleichzeitig finden sich schon in den ersten Schriften kritische Mahnungen, Aufforderungen zur Mäßigung oder Beschreibungen von konkreten Beschränkungen, bis hin zur Bestrafung von Gebrauch außerhalb von vorgegebenen Anlässen oder übermäßigem Konsum. Damit wurden schon früh alkoholbedingte Probleme erkannt und versucht, diesen entgegenzuwirken (Beiglböck & Feselmayer, 2006b; Feuerlein, 2000; Feuerlein et al., 1998; Lesch et al., 2020a; Soyka & Küfner, 2008). Mit der Einführung von Branntwein im Mittelalter und den damit verbundenen sozialen und gesundheitlichen Problemen entstand die erste dokumentierte Alkoholkrise. Die Industrialisierung und der steigende Alkoholkonsum führten zu weiteren Krisen und daraus resultierend zu Initiativen wie der Abstinenzbewegung. Erst im 19. Jahrhundert wurde übermäßiger Alkoholkonsum als Krankheit anerkannt, geprägt durch den schottischen Arzt Trotter, der Trunksucht als eine „durch die chemische Natur des Alkohols hervorgerufene Krankheit“ beschrieb (Feuerlein et al., 1998, S. 3), Benjamin Rush, der dies als „schleichende Krankheit des Willens“ (Lindenmeyer, 2016b, S. 37) betitelte, sowie den schwedischen Arzt Magnus Huss, der den Begriff „Alkoholismus“ prägte. Dennoch waren alkoholassoziierte Erkrankungen mit der Unterschicht verbunden, was zur moralischen Verurteilung führte, die bis heute besteht. Spätere Entwicklungen, wie das Krankheitsmodell von Morton E. Jellinek, beeinflussten die Auffassung der Erkrankung und Behandlungsansätze nachhaltig, insbesondere in den USA und Europa. Die Anerkennung von Alkoholabhängigkeit als Krankheit durch die WHO in den 1950er und 1960er Jahren führte zu einer Ausweitung von Behandlungsangeboten und Selbsthilfegruppen. Dennoch bleibt der Alkoholkonsum oft bagatellisiert und Betroffene sind weiterhin stigmatisiert.

Unterschiedliche Alkoholkulturen prägen den Umgang mit Alkohol weltweit. In „Abstinenzkulturen“ herrscht ein vollständiges Alkoholverbot, während in permissiven Kulturen, wie in Deutschland und Österreich, moderater Konsum gesellschaftlich akzeptiert ist und Menschen von Kindesbeinen an den Konsum als normal, dazugehörend erleben und dies erlernen (Eisenbach-Stangl, 1994). Zudem fehlt ein klares soziales Regulativ, „Alkoholkonsum ist Privatsache“ ist eine weit verbreitete implizite Annahme. Beide Aspekte erhöhen die Wahrscheinlichkeit für alkoholbedingte Erkrankungen (Lindenmeyer, 2011, 2016b). Der wirtschaftliche Einfluss der Alkoholindustrie verstärkt diese Tendenzen (Stüben, 2021; Stüben et al., 2024a; 2024b). Politisch existieren zwei Hauptansätze: der alkoholkritische Kontrollansatz, der den Konsum generell einschränken will, und der problemorientierte Ansatz, der nur risikobehafteten Konsum adressiert (Strizek et al., 2023; Uhl et al., 2023). In Österreich und Deutschland dominiert der mildere, problemorientierte Ansatz, obwohl das Gesundheitsbewusstsein in den letzten Jahren gestiegen ist. Trotz Fortschritten im Umgang mit Alkoholabhängigkeit bleibt die gesellschaftliche Haltung widersprüchlich, der politische Ansatz zögerlich und die Interessen der

Wirtschaftslobby stehen im Vordergrund, was unter anderem zu anhaltend hohen Prävalenzraten alkoholassoziierter Erkrankungen führt, die Krankheitsbewältigung für Betroffene stark erschwert und damit die dringende Notwendigkeit weiterer präventiver und therapeutischer Maßnahmen unterstreicht.

### 2.1.1 Alkoholkonsum, Diagnostik und Epidemiologie

Im ersten Teil dieses Kapitels werden die biologische Verarbeitung und die Wirkung von Alkohol im Körper erläutert. Das biologische Verständnis der psychotropen Substanz Alkohol, seine mengen- und konsumdauerabhängige Wirkung auf Körper und Psyche sowie damit verbunden die Erfassung potenzieller Motive für den Konsum von Alkohol sind als Hintergrund für den Umgang mit betroffenen Personen essenziell. Die Bestimmung und Differenzierung teils unscharf und synonym verwendeter Begriffe bilden mit der Kenntnis zur präzisen Diagnostik von Störungsbildern die Basis für eine adäquate Behandlung. Um den Behandlungsbedarf und die Notwendigkeit zur Entwicklung neuer Ansätze einschätzen zu können, werden im dritten Teil dieses Kapitels epidemiologische Informationen dargestellt.

#### 2.1.1.1 Metabolismus und Wirkung von Alkohol

Alkohol entsteht auf natürliche Weise durch Gärung und ist ein Stoffwechselprodukt von Hefepilzen, die durch die Spaltung von Zucker Energie gewinnen. Ein Nebenprodukt dabei ist Ethanol (= Alkohol) (Feuerlein, 2000; Feuerlein et al., 1998; Kiefer et al., 2022a; Lindenmeyer, 2016a, 2016b). Dieser Prozess wird bei der Herstellung von Wein, Bier, Most oder Met verwendet. Alkohol kann auch durch Destillation gewonnen werden (Feuerlein, 2000; Feuerlein et al., 1998). Die Kombination von Gärung und Destillation ermöglicht die Herstellung von Getränken mit unterschiedlichem Alkoholgehalt und bestimmten Aromen (Franzke, 2005; Lindenmeyer, 2016b). Der Konsum von Alkohol erfolgt in der Regel oral, wobei er über den Magen (ca. 20 %) und den Dünndarm (ca. 80 %) in den Blutkreislauf aufgenommen wird (Hendriks, 2005; Lindenmeyer, 2016a, 2016b; Schneider, 2022; Strizek et al., 2023; van Haaren & Hendriks, 1999). Aufgrund seiner Wasser- und Fettlöslichkeit gelangt Alkohol sowohl ins Blut als auch über die Blut-Hirn-Schranke ins Gehirn (Lindenmeyer, 2016a). Schneider (2022) und Franzke (2005) beschreiben, dass kurze Zeit nach Konsum des Alkohols der Blutalkoholspiegel, auch Blutalkoholkonzentration (BAK) genannt, steigt und nach circa 60 Minuten seinen Höhepunkt erreicht. Die Aufnahme des Alkohols hängt jedoch von Faktoren wie Mageninhalt, der Art des alkoholischen Getränks oder von Vorerkrankungen ab. Fett- und kohlenhydratreiche Speisen und ein voller Magen

reduzieren die Aufnahmegeschwindigkeit, während kohlensäurehaltige oder hochprozentige Alkoholika dies beschleunigen (Hendriks, 2005; Lindenmeyer, 2016b). Der Blutalkoholspiegel wird auch vom Körperwasser beeinflusst, das in Abhängigkeit von Geschlecht und Körpergewicht variiert (Hendriks, 2005; Strizek et al., 2023). Gemessen wird der Alkoholgehalt des Blutes in Promille, um anzuzeigen, wie viele Milliliter reinen Alkohols in einem Liter Blut enthalten sind.

Die Aufnahme und der Abbauprozess von Alkohol sind in der Literatur ausführlich beschrieben (Feuerlein, 2000; Feuerlein et al., 1998; Lindenmeyer, 2016b; Soyka et al., 2000a). Alkohol wird zu einem geringen Teil über die Nieren (0,5–2 %), Atemluft und Flüssigkeiten wie Schweiß oder Tränenflüssigkeit (5 %) ausgeschieden, aber größtenteils über die Leber (93 %) durch verschiedene Enzymprozesse abgebaut. Ethanol wird zunächst durch das Enzym Alkoholdehydrogenase (ADH) zu Acetaldehyd und anschließend durch Acetaldehyddehydrogenase (ALDH) zu Acetat umgewandelt. Acetat wird dann zu Wasser ($H_2O$) und Kohlendioxid ($CO_2$) oxidiert, wobei Energie freigesetzt wird (Hendriks, 2005; Schneider, 2022). Dieser Abbauprozess über ADH und ALDH ist genetisch verankert und diente ursprünglich der Bewältigung gärfähiger Nahrungsmittel. Bei erhöhtem Alkoholkonsum tritt ein zusätzlicher Abbauprozess über das Enzym MEOS (Mikrosomales Ethanol-Oxidations-System) auf (Koob & Volkow, 2010; Nestler, 2005). Ein weiterer, aber untergeordneter Stoffwechselprozess, der Ethanol zu Acetaldehyd umwandelt, erfolgt über das Enzym Katalase (Hendriks, 2005; Lindenmeyer, 2011; Lindenmeyer, 2016b; Schneider, 2022; Van Haaren & Hendriks, 1999). Der Abbauprozess ist im Vergleich zur Aufnahmegeschwindigkeit relativ langsam; etwa 0,1 Promille werden pro Stunde abgebaut (Feuerlein, 2000; Feuerlein et al., 1998; Schneider, 2022). Alkoholische Getränke enthalten, je nach Qualität, oft auch geringe Mengen an Methanol (Methylalkohol). Er wird im Anschluss an die Verstoffwechselung von Ethylalkohol zu Formaldehyd und Ameisensäure abgebaut und verstärkt auch die unangenehmen Nachwirkungen (Feuerlein, 2000; Feuerlein et al., 1998; Hendriks, 2005; Lindenmeyer, 2016a, 2016b).

Nachdem Alkohol die Blut-Hirn-Schranke überwindet, hat er unterschiedlich aktivierende und hemmende Einflüsse auf das zentrale Nervensystem (ZNS), indem er die Reiz- und Signalübertragung der Nervenzellen, also das Neurotransmittersystem, beeinflusst. Dazu gehören unter anderem das opioiderge, glutamaterge, dopaminerge, gabaerge und das serotonerge Transmissionssystem (Feuerlein, 2000; Feuerlein et al., 1998; Lindenmeyer, 2016a; Schneider, 2022; Soyka & Küfner, 2008). Lindenmeyer (2016b) und Soyka und Küfner (2008) erläutern die Folgen der Wirkung des Alkohols auf die Neurotransmittersysteme. Die als angenehm empfundene Wirkung von Alkohol inkludiert zum Beispiel Stimmungsaufhellung, Entspannung, Enthemmung, Stärkung oder Beruhigung. Es werden neutrale oder positive Situationen angenehmer. Zum Beispiel wird die Stimmung in der Gesellschaft gehoben, soziale Kontakte werden erleichtert, der Genuss wird verstärkt, die Entspannung wird erreicht

und unangenehme Situationen werden angenehmer. Zum Beispiel werden Ärger oder Frustration gedämpft, Nervosität oder Unsicherheit reduziert und Schmerz gelindert. Die erwünschte Wirkung hält an, bis der Alkoholspiegel im Blut sinkt, woraufhin unangenehme Nachwirkungen wie Unruhe, Gereiztheit und Verstimmung auftreten, die durch die Metabolisierung zu Acetaldehyd verursacht werden (Koob & Volkow, 2010; Lindenmeyer, 2016b). Durch wiederholte Einnahme und vermehrten Abbau über MEOS können sich negative Nachwirkungen bis hin zu Entzugserscheinungen wie Schwitzen und Zittern aufbauen (Witkiewitz et al., 2019). Die Verstoffwechselung von Methanol, das häufig als Verunreinigung in alkoholischen Getränken enthalten ist, verstärkt diese Effekte zusätzlich (Hendriks, 2005; Lindenmeyer, 2016a; 2016b). Die Wirkung von Alkohol hängt zudem stark von der individuellen Erwartungshaltung ab. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass die subjektive Erwartung einen signifikanten Einfluss auf die tatsächliche Wirkung hat (Faden & Goldman, 2004; Lindenmeyer, 2016a). Insgesamt werden die Grundmotive menschlichen Verhaltens, Lustgewinn und Unlustvermeidung, durch die Wirkung von Alkohol bedient, was unter anderem (siehe oben) die Motivation zum Konsum und wiederholtem Konsum, trotz negativer Effekte, erklärt.

#### 2.1.1.2 Risikobeurteilung, Diagnostik & Begriffsdifferenzierung

*Risikobeurteilung.* Um das Risiko des Alkoholkonsums bei einer Person, das potenzielle Vorliegen einer Erkrankung einschätzen und eine passende Behandlung planen zu können, ist eine Kategorisierung des Konsumverhaltens, eine präzise Begriffsdefinition und eine genaue Diagnostik obligat. Der Alkoholkonsum wird in verschiedene Konsummuster unterteilt, die zunächst zwischen Abstinenten und Alkoholkonsumenten differenzieren (Strizek et al., 2023). Konsumenten lassen sich dann in risikoarmen und risikoreichen Alkoholkonsum unterteilen, da die Konsummenge als valider Indikator für ein Erkrankungsrisiko gilt (Griswold et al., 2018; Kiefer & Batra, 2020; Kiefer et al., 2022; Knox et al., 2018; Mutschler et al., 2019; Shmulewitz et al., 2021). Ein übliches Vorgehen ist die Klassifizierung anhand der sogenannten „Harmlosigkeits- und Gefährdungsgrenze“. Diese Grenzwerte, die in Gramm Reinalkohol pro Tag angegeben werden, haben sich im Laufe der Zeit aufgrund medizinischer Erkenntnisse stark nach unten korrigiert und sind in den europäischen Ländern nicht einheitlich festgelegt (Teyssen, 2002). Um Befragungen des Alkoholkonsums zu vereinfachen, da eine Angabe in Gramm Alkohol für die meisten Menschen nicht bewältigbar ist, haben sich Angaben in sogenannten Standardgläsern etabliert. In Österreich sind die Begriffe „Halbe Bier“ (= 0,5 l) oder „Seidel“ (=0,3 l), das „Viertel“ (=0,25 l) oder „Achterl“ (= 0,125 l) Wein oder das große (= 4 Cl) und kleine (=2 CL) Stamperl Schnaps üblich (Strizek et al., 2023). Eine „Halbe Bier“, ein „Viertel Wein“ oder 3 kleine Stamperl Schnaps entsprechen 20 Gramm Alkohol. In folgender Tabelle 1 werden exemplarisch die derzeitigen Werte der Harmlosigkeits- und Gefährdungsgrenze für Männer und Frauen (Angaben in Klammern) in Österreich,

Deutschland und Großbritannien aufgeführt. Die WHO veröffentlichte sogenannte „risk levels“, um eine Einschätzung des Risikos alkoholbedingter Schäden in Abhängigkeit von Konsummenge durchführen zu können (Shmulewitz et al., 2021).

*Tabelle 1: Angaben zu Grenzwerten in mg Alkohol pro Tag zur Gefährdungseinschätzung*

| | A | D | GB | WHO |
|---|---|---|---|---|
| Harmlosigkeitsgrenze (low risk) | 24 (16) | 24 (12) | | bis 10 |
| moderate risk | | | | 10 - 60 (10-20) |
| Gefährdungsgrenze (high risk) | 60 (40) | 60 (40) | 30 (20) | 40 – 60 (20 – 40) |
| very high risk | | | | ab 60 (40) |

*Anmerkung: A = Österreich; D = Deutschland; GB = Großbritannien; WHO = Word Health Organisation; Die Werte in Klammern stellen die jeweiligen Angaben für Frauen dar. 20 mg ≙ 0,5 l Bier/ 0,25l Wein*

In Österreich liegt die Harmlosigkeitsgrenze bei 16 Gramm Reinalkohol pro Tag für Frauen (entspricht circa 0,4 Liter Bier oder 0,2 Liter Wein) und 24 Gramm Reinalkohol pro Tag für Männer (entspricht circa 0,6 Liter Bier oder 0,3 Liter Wein), wobei zwei alkoholfreie Tage pro Woche empfohlen werden. Diese Werte befinden sich im europäischen Mittelfeld (Strizek et al., 2023). Es lässt sich aber ein genereller Trend beobachten, dass von der Angabe einer spezifischen Harmlosigkeitsgrenze zunehmend abgerückt und generell empfohlen wird, möglichst wenig Alkohol zu konsumieren, da jeglicher Konsum als potenziell schädlich bewertet wird (Griswold et al., 2018; Kiefer & Batra, 2020; Knox et al., 2018; Rehm & Shield, 2019; Strizek et al., 2023). Für eine weitere Einschätzung des Alkoholkonsumverhaltens bzw. des potenziellen Vorhandenseins einer Erkrankung gibt es neben der Erhebung der Trinkmenge, der Untersuchung biologischer Marker und der Auskunft der Person selbst oder Angehöriger verschiedene Screening-Verfahren (Rist et al., 2006). Dazu gehören der vier-Fragen-kurze *CAGE-Test*, der *Alcohol Use Disorder Identification-Test (AUDIT)*, der *Lübecker Abhängigkeits- und Missbrauchstest (LAST)* oder der *Münchner Alkoholismustest (MALT*) (Feuerlein, 2000; Schmidt, 1999; Schmidt & Gastpar, 2006; Soyka, 1999; Soyka & Küfner, 2008). Empfohlen wird der ökonomische *AUDIT-C* (siehe Anhang A), wobei die Zuverlässigkeit einer Selbstauskunft in Zusammenhang mit Alkoholerkrankungen zu bedenken ist (Knox et al., 2018; Mutschler et al., 2019). Eine präzise Diagnostik einer alkoholbedingten Erkrankung erfolgt über die Diagnosemanuale „Internationales Klassifikationssystem von Krankheiten ICD 10“ der WHO, die in Europa am häufigsten eingesetzt wird, und des „DSM 5“ der American Psychatric Association (APA).

*Begriffsdifferenzierung.* Im Kontext alkoholassoziierter Erkrankungen werden Begriffe wie „Alkoholmissbrauch“, „Alkoholabhängigkeit“, „Sucht“ und „Alkoholismus“ häufig unscharf oder synonym verwendet. Der Ausdruck „Sucht“, der vom althochdeutschen Wort „siechen“ (für Krankheit) abgeleitet

ist, wird nach wie vor vielfach verwendet (Kiefer & Batra, 2020; Kiefer & Soyka, 2011; Schmidt, 2005; Schmidt & Gastpar, 2006; Schneider, 2022). Um eine klarere Begrifflichkeit zu schaffen, unterschied die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 1964 zwischen stoffgebundenen Süchten – etwa dem Konsum psychoaktiver Substanzen – und nichtstoffgebundenen Süchten, wie beispielsweise pathologischem Glücksspiel (Kleinemeier, 2004a; Rumpf & Kiefer, 2011; Schmidt, 2005). Der Begriff „Alkoholismus“, der auf den schwedischen Arzt Magnus Huss (1852) zurückgeht, umfasste ursprünglich sowohl den heute als „schädlichen Gebrauch“ bezeichneten Konsum als auch die „Alkoholabhängigkeit“ (Feuerlein, 2000; Lesch et al., 2020c). 1980 wurde dieser Terminus von der WHO zugunsten einer differenzierteren Klassifikation offiziell aufgegeben. In der Praxis wird hingegen der Begriff „Alkoholkrankheit“ häufig synonym zur Alkoholabhängigkeit verwendet, obwohl er im engeren Sinne sämtliche alkoholassoziierten Erkrankungen umfasst (Feuerlein et al., 1998; Kleinemeier, 2004a; Lesch et al., 2020c; Schmidt, 2005; Soyka & Küfner, 2008).

*Diagnostik*. In der ICD-10 sind verschiedene Störungen durch Alkohol gelistet, die getrennt klassifiziert, unterklassifiziert und einzeln oder parallel diagnostiziert werden können (Feuerlein et al., 1998; Lesch et al., 2020d; Mutschler et al., 2019; Kiefer & Soyka, 2011; Rumpf & Kiefer, 2011; Soyka, 1999; Soyka & Küfner, 2008; Schmidt, 1999). Tabelle 2 zeigt einen Überblick der definierten Pathologien.

*Tabelle 2: ICD-Kodierung für psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol*

| ICD10 Code | Störung |
|---|---|
| F10.0 | Akute Intoxikation |
| F10.1 | Schädlicher Gebrauch |
| F10.2 | Abhängigkeitssyndrom |
| F10.3 | Entzugssyndrom |
| F10.4 | Entzugssyndrom mit Delir |
| F10.5 | Psychotische Störung |
| F10.6 | Amnestisches Syndrom |
| F10.7 | Restzustand verzögert auftretende psychotische Störung |
| F10.8 | Sonstige psychische und Verhaltensstörungen |
| F10.9 | Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen |

Die für die vorliegende Arbeit relevantesten Störungsbilder sind F10.1 und F10.2. Die ICD-10 definiert „schädlichen Gebrauch“ als Substanzgebrauch, der bereits nachweisbare Schäden, sowohl physischer als auch psychischer Natur, verursacht. Die Kriterien umfassen unter anderem deutliche Beeinträchtigungen, die durch den Konsum hervorgerufen werden, sowie ein Konsummuster, das mindestens

einen Monat andauert oder wiederholt in den letzten zwölf Monaten aufgetreten ist (Dilling & Freyberger, 2012; Dilling et al., 2000; Margraf & Milenkovic, 2009).

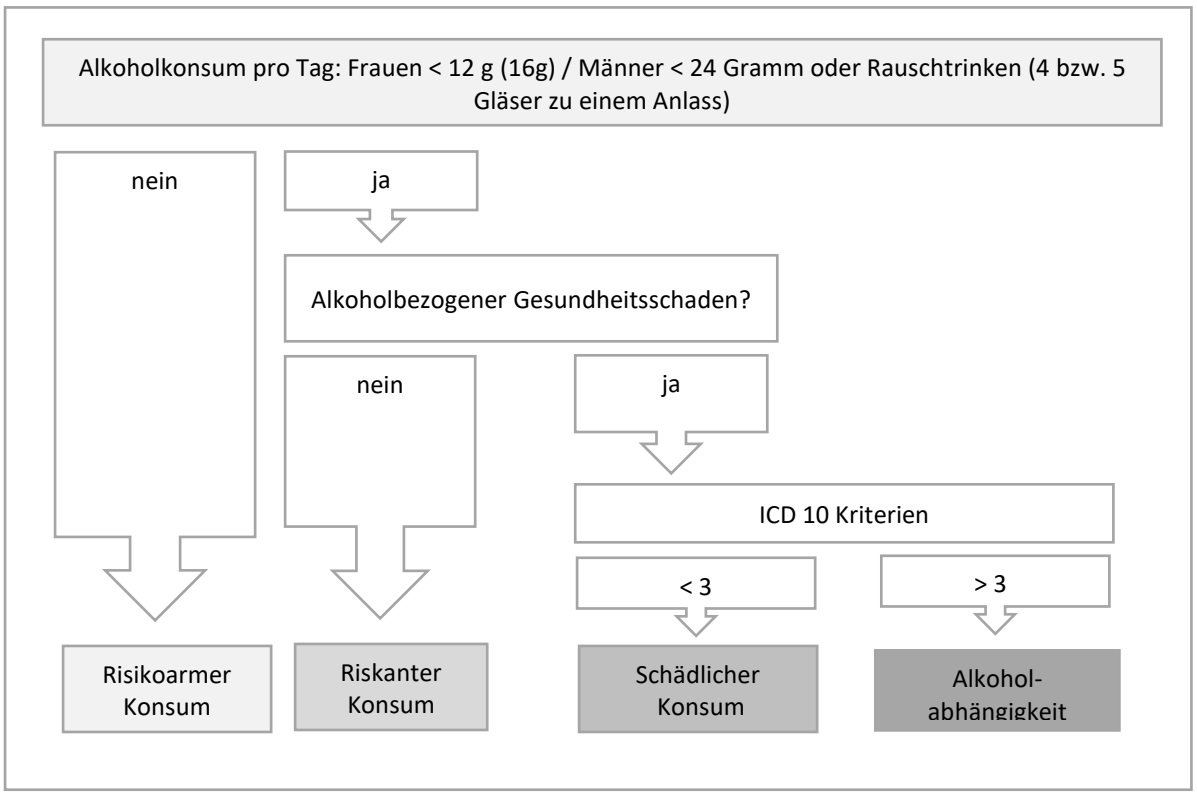
Alkoholabhängigkeit (F 10.2) ist dagegen durch das Vorhandensein körperlicher und psychischer Abhängigkeit gekennzeichnet. In Tabelle 3 sind getrennt psychische und physische Abhängigkeitskriterien aufgeführt, von denen mindestens drei gleichzeitig im letzten Jahr vorhanden sein müssen, um eine Diagnose zu stellen.

*Tabelle 3: Diagnosekriterien Alkoholabhängigkeit nach ICD 10*

| psychische Kriterien | physische Kriterien |
|---|---|
| Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren<br>Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginns, Beendigung und Menge des Alkoholkonsums<br>Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen<br>Fortschreitende Vernachlässigung anderer bisher gewohnter Vergnügen und Interessen | Ein körperliches Entzugssyndrom sowie Alkoholkonsum mit dem Ziel der Linderung von Entzugssymptomen und der Wiederherstellung der entsprechenden positiven Erfahrung<br><br>Toleranzentwicklung |

Die S3-Leitlinien „Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (Kiefer & Barta, 2020) veranschaulichen die Vorgehensweise in folgender Abbildung 1:

*Abbildung 1: Screening und Diagnostik alkoholbezogener Störungen*



Die Diagnosekriterien im DSM 5 weichen insofern von denen im ICD 10 ab, als dass sie das Kontinuum der Substanzgebrauchsstörung („substance use disorder“) ohne Unterscheidung zwischen „schädlichem Gebrauch“ und „Abhängigkeit“ definieren. Das DSM 5 enthält elf Diagnosekriterien und unterscheidet zwischen leichter (ab zwei Kriterien), mittelgradiger (bis zu vier Kriterien) und schwerer Störung (ab sechs Kriterien) (American Psychiatric Association, 2013; Rumpf & Kiefer, 2011). Eine Auflistung der Kriterien findet sich im Anhang. Hier wird die soziale Dimension der Folgeschäden stärker berücksichtigt.

Zur Verbesserung der Diagnose und Behandlung von Erkrankungen veröffentlichte die WHO 2001 das Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Das ICF-Modell fußt auf dem bio-psycho-sozialen Ansatz, berücksichtigt den funktionalen Gesundheitszustand und integriert Kontextfaktoren wie Sozial- und Umweltaspekte (Buchholz, 2020; Rentsch & Bucher, 2006; Seidel, 2005). Dieser Ansatz entspricht der Definition von Gesundheit der WHO, wobei nicht nur auf die Erfassung von Defiziten und die Klassifikation von Folgen geachtet wird, sondern auch gleichwertig auf Komponenten der Gesundheit wie Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten, Partizipation und Umweltfaktoren. Diese Ausrichtung entspricht dem salutogenetischen Konzept von Aaron Antonovsky (1979, 1987, 1997), welches Gesundheit auf einem Kontinuum verortet, dessen Status von Risiko- und Schutzfaktoren abhängt. Je nachdem, wie viele Risikofaktoren auf eine Person einwirken und wie viele Schutzfaktoren, von Antonovsky als Widerstandsressourcen bezeichnet, zur Verfügung stehen, ergibt sich die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Die Widerstandsressourcen sind dabei Coping-Möglichkeiten, mit Herausforderungen umzugehen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Ein weiteres zentrales Konzept der Salutogenese ist der sogenannte Kohärenzsinn (SOC), bestehend aus den Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit, der von Widerstandsressourcen beeinflusst wird und damit entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit hat (Antonovsky, 1996). Die Komponente Verstehbarkeit bezieht sich auf das Ausmaß, in dem eine Person ihre Umwelt als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sieht. Handhabbarkeit beschreibt, inwieweit eine Person davon ausgeht, geeignete Mittel und Fähigkeiten zur Bewältigung einer Herausforderung zur Verfügung zu haben. Bedeutsamkeit hingegen bezieht sich auf das Ausmaß, in dem das Leben als sinnvoll und lohnend empfunden wird. Im Zusammenhang mit Erkrankungen geht es um die Einschätzung einer Person, wie lohnend es ist, sich einer Herausforderung zu stellen. Alle Aspekte und Komponenten sind nicht nur bei der Diagnostik, sondern auch bei der Behandlung und der Entwicklung neuer Behandlungsansätze von zentraler Bedeutung und werden im Kontext von Alkoholabhängigkeit erfolgreich eingesetzt (Curylo et al., 2022; Witkiewitz et al., 2019). Diese noch weiter zu forcieren, zeigt sich als vielversprechend.

#### 2.1.1.3 Epidemiologie

Epidemiologische Daten zu Alkoholkonsum und -abhängigkeit in Österreich werden jährlich vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz im „Bericht zur Drogensituation“ veröffentlicht (Busch et al., 2023a). Ein vergleichbarer Bericht für Deutschland ist der „Drogen- und Suchtbericht“ sowie die „Epidemiologische Suchtsurvey“ (ESA). Laut dem „Handbuch Alkohol – Österreich“ von Strizek et al. (2023) beträgt der Anteil der abstinenten und nahezu abstinenten Personen in der österreichischen Bevölkerung über 15 Jahren etwa 14 %. Die Mehrheit der Bevölkerung, etwa 57 % der über 15-Jährigen, konsumiert Alkohol in geringen Mengen, durchschnittlich etwa 6 Gramm Reinalkohol pro Tag. Ein mittlerer Konsum, definiert als etwa 33 Gramm Alkohol pro Tag, wird von etwa 15 % der Bevölkerung praktiziert. Dieser liegt bereits oberhalb der Harmlosigkeitsgrenze. Problematischen Alkoholkonsum, oberhalb der Gefährdungsgrenze, der etwa 81 Gramm Alkohol pro Tag umfasst, weist etwa 10 % der Bevölkerung auf. Das bedeutet, dass circa 730 000 Personen über 15 Jahren in Österreich Alkohol in einem gesundheitsschädlichen Ausmaß konsumieren und direkt von dem Risiko betroffen sind, an einer alkoholassoziierten Erkrankung zu erkranken. 5 % der österreichischen Bevölkerung über 15 Jahren, d. h. 365 000 Personen, haben die Diagnose Alkoholabhängigkeit (7,5 % Männer und 2,5 % Frauen). Personen mit einer Alkoholabhängigkeit konsumieren etwa 40 % des gesamten in Österreich konsumierten Alkohols, was durchschnittlich 210 Gramm Reinalkohol pro Tag entspricht (Busch et al., 2023a). Die Angaben zum Alkoholkonsum in Österreich sind in folgender Tabelle 4 dargestellt.

*Tabelle 4: Angaben zum Alkoholkonsum in Österreich*

| Konsumkategorie | Anteil der Bevölkerung (in %) | Konsum pro Tag (in g Reinalkohol) | Beispiel für Konsum (in Bier/Wein) |
|---|---|---|---|
| Abstinente/nahezu Abstinente | 14 % | 0 g | - |
| Geringer Konsum | 57 % | 6 g | 2 x 0,5 Liter bzw. ¼ Wein/ Woche |
| Mittlerer Konsum | 15 % | 33 g | 3 x 0,5 Liter Bier bzw. $^{3}/_{8}$ Wein/ Tag |
| Problematischer Konsum | 10 % | 81 g | 4 x 0,5 Liter Bier bzw. 4 x ¼ Wein/ Tag |
| Alkoholabhängigkeit | 5 % | 210 g | 10 x 0,5 Liter Bier bzw. 10 x ¼ Wein/Tag |

*Anmerkung:* Die Angaben beziehen sich auf den Anteil der Bevölkerung über 15 Jahre. *20 mg ≙ 0,5 l Bier/ 0,25l Wein (Quelle: Strizek et al. (2023). Handbuch Alkohol – Österreich. Gesundheit Österreich GmbH.; Busch et al. (2022). Bericht zur Drogensituation in Österreich 2022. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.; Busch et al. (2023). Bericht zur Drogensituation in Österreich 2023. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz).*

Die Inzidenz von Alkoholabhängigkeit in Österreich liegt bei etwa 0,13 %, was bedeutet, dass jährlich etwa 10.000 Personen neu erkranken (Busch et al., 2023a). Bei einer Lebenserwartung von 75 Jahren

bei Männern und 81 Jahren bei Frauen erkranken jährlich 0,19 % der Männer und 0,07 % der Frauen an einer Alkoholabhängigkeit (Strizek et al., 2023). Die Lebenszeitprävalenz für Alkoholabhängigkeit ist geschlechtsspezifisch stark unterschiedlich: Bei Männern liegt sie bei etwa 14 %, bei Frauen bei etwa 6 %. Die epidemiologischen Daten zu Alkoholabhängigkeit sind in Tabelle 5 dargestellt. Insgesamt leben in Österreich rund 365.000 Menschen mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose (Strizek et al., 2023). Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass eine erhebliche Dunkelziffer besteht, da insbesondere Personen mit hohem Alkoholkonsum häufig ungenaue Angaben zu ihrem Konsumverhalten machen oder bei entsprechenden Erhebungen nicht erfasst werden (Kiefer et al., 2022; Lindenmeyer, 2016b). Auch die verwendeten Erhebungsinstrumente beeinflussen die erhobenen Daten. Aktuelle Studien zeigen, dass epidemiologische Daten stark von den verwendeten Konsumklassen und Diagnoseinstrumenten abhängig sind (Soyka & Küfner, 2008). Dementsprechend ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Anzahl der Personen mit einer Diagnose wie „Schädlicher Gebrauch“ oder „Alkoholabhängigkeit“ deutlich höher ist (de Matos et al., 2016).

*Tabelle 5: Epidemiologische Kennzahlen zur Alkoholabhängigkeit in Österreich*

| Kennzahl | Wert |
|---|---|
| Jährliche Inzidenz | 0,13 % (ca. 10.000 Personen) |
| Lebenszeitprävalenz (Männer) | 14 % |
| Lebenszeitprävalenz (Frauen) | 6 % |
| Gesamtzahl der Betroffenen (Stand 2021) | 365.000 Personen |
| Dunkelziffer | genaue Zahlen schwer zu bestimmen |

*Anmerkung: Quelle: Strizek et al. (2023). Handbuch Alkohol – Österreich. Gesundheit Österreich GmbH.*

365.000 Menschen sind an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung aufgrund von Alkoholkonsum erkrankt, in Deutschland sind es rund 1,6 Millionen (Busch et al., 2023a; Kraus et al., 2023). Die Zahlen sind laut Strizek et al. (2023), Bachmayer et al. (2023) und Kraus et al. (2013, 2016, 2023) zwar rückläufig. Dennoch bleiben die individuellen, institutionellen und gesamtgesellschaftlichen Kosten immens. Bisherige Behandlungsansätze haben Erfolge erzielt, jedoch bedarf es weiterhin neuer Entwicklungen und zusätzlicher Ansätze, um die Herausforderungen im Umgang mit Alkoholkonsum und seinen Folgen adäquat zu bewältigen (Kiefer et al., 2022; Lesch et al., 2020b).

### 2.1.2 Ätiologie und Folgen von Alkoholabhängigkeit

Neben einer präzisen Diagnostik ist die Exploration von Ursachen und Folgen einer Alkoholkonsumstörung entscheidend für eine adäquate und professionelle Behandlung betroffener Personen. „Alkoholabhängigkeit“ und „Schädlicher Gebrauch“ sind die für die geplante Intervention relevantesten Störungsbider. Daher werden im Folgenden Ätiologie, Entstehung, Typologien von Alkoholabhängigkeit und Folgen dieser Erkrankung dargestellt.

#### 2.1.2.1 Ätiologie der Alkoholabhängigkeit

Die Entstehung einer alkoholassoziierten psychischen Erkrankung, insbesondere von „Abhängigkeit“ und „Schädlichem Gebrauch“, ist ein komplexer und oft schleichender Prozess, der von einer Vielzahl von Faktoren abhängt (Lachmann, 2004; Lindenmeyer, 2016a; 2016b; Soyka & Küfner, 2008; Soyka et al., 2019). Um diese komplexen Zusammenhänge zu erklären, wurden im Laufe der Zeit verschiedene ätiologische Modelle und Suchttheorien entwickelt (Feuerlein, 2000; Feuerlein et al., 1998; Krausz, 2004; Lesch et al., 2020b; Lindenmeyer, 2016a; 2016b; Soyka & Küfner, 2008; Tretter, 2000). Kein einzelnes Modell kann jedoch allein erklären, warum eine Person eine psychotrope Substanz lediglich ausprobiert, während eine andere diese missbräuchlich verwendet oder sogar eine Abhängigkeit entwickelt. Stattdessen ist es notwendig, die verschiedenen Ansätze zu integrieren und die Entstehungsfaktoren individuell zu gewichten (Feuerlein, 2000; Feuerlein, 2005; Koob & Volkow, 2010; Lesch et al., 2020b; Rummel & Gaßmann, 2020).

Das von Wilhelm Feuerlein 1969 entwickelte Modell der Suchtentstehung integriert unterschiedliche Herangehensweisen und umfasst biologische, psychologische und soziale Komponenten. Es basiert auf den drei miteinander interagierenden Faktoren „Person“, „Droge“ und „Umwelt“, die sich gegenseitig beeinflussen (Beiglböck & Feselmayer, 2012; Beiglböck & Feselmayer, 2006b; Feuerlein, 2005; Lesch et al., 2020a; Soyka & Küfner, 2008; Tretter, 2020; Wendt, 2017). Dieser bio-psycho-soziale Ansatz wurde kontinuierlich weiterentwickelt und bildet heute die Grundlage für viele interdisziplinäre Interventionen im Bereich der Suchterkrankungen. Das Modell dient als strukturgebender Rahmen, um Suchtphänomene zu verstehen und geeignete Präventions- und Behandlungsmaßnahmen abzuleiten (Feuerlein, 2000, 2005; Lesch et al., 2020c; Parks et al., 2004; Soyka & Küfner, 2008; Tretter, 2000). Besonders bedeutend ist nach neuerer Erkenntnis, funktionale und prozessorientierte Aspekte verstärkt zu beachten (Mutschler et al., 2019). Aufbauend auf dem bio-psycho-sozialen Ansatz werden diese im sogenannten International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) berücksichtigt und auch Schutz- und Risikofaktoren integriert, die eine ganzheitliche Betrachtung ermöglichen (Antonovsky, 1996; Beiglböck & Feselmayer, 2012; Feselmayer & Beiglböck, 1991; Feuerlein,

2000; Lesch et al., 2020b; Rentsch & Bucher, 2006; Soyka & Küfner, 2008; Tretter, 2020; Tretter & Müller, 2001a, 2001b).

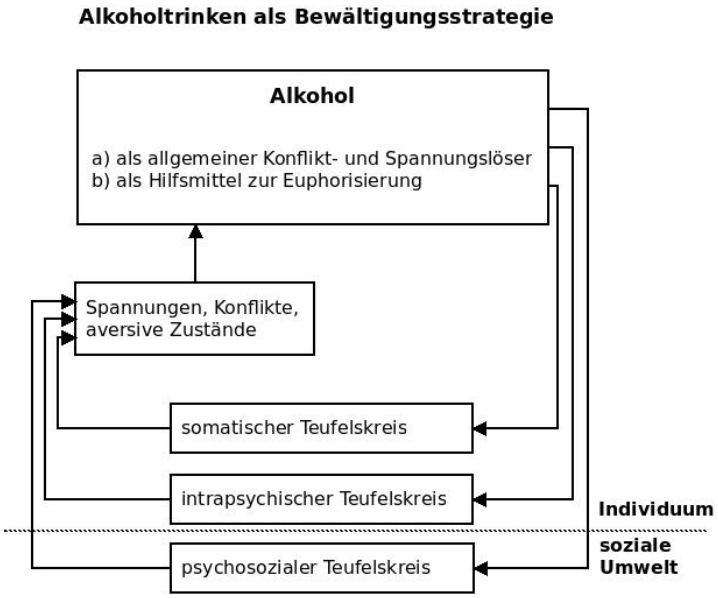
*Droge.* Im Suchtentstehungsmodell von Feuerlein gehören zu den Aspekten der „Droge" die spezielle Art und Wirkungsweise der psychoaktiven Substanz auf das zentrale Nervensystem (s.o.), damit das Abhängigkeitspotenzial, die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit, die Menge bzw. konsumierte Dosis sowie die Dauer und Intensität des Konsums. Wichtige Aspekte speziell bei der Abhängigkeits-entwicklung von Alkohol sind das weite Wirkungsspektrum und damit der schnell und vielfältig erlebte positive Effekt bei gleichzeitig wenig starker, kurzfristiger negativer Nebenwirkung, also geringem aversivem Reiz (Feuerlein, 2000; Feuerlein et al., 1998; Soyka & Küfner, 2008; Tretter & Müller, 2001c). Besonders die ständige Aktivierung des Belohnungssystems durch Alkohol fördert eine Abhängigkeitsentwicklung. Gewöhnung und Toleranzentwicklung, gefolgt von Dosissteigerung, sind weitere Aspekte. Ebenso die Verfügbarkeit in einer Permissivkultur (Beiglböck & Feselmayer, 2006a; Feuerlein, 2000, 2005; Feuerlein et al., 1998; Koob & Volkow, 2010; Schneider, 2022; Soyka et al., 2019).

*Umwelt.* Die Komponente „Umwelt" beinhaltet nach Feuerlein et al. (1998) sowohl das nähere soziale Umfeld und dabei unter anderem Suchtbelastung in der Familie, eine gefährdende Familiensituation, makrosoziale Beziehungen, soziale Schicht und soziokulturelle Einflüsse, erlebte Belastungen (Schule, Ausbildung, Arbeit, Freizeit, usw.), übertragene Konflikte, Partnerschaftsprobleme, Mangel an sozialen Ressourcen, problematische Peer-Group, Arbeitsbedingungen, finanzielle Situation, oder kritische Lebensereignisse und die Gesellschaft an sich, dabei gefährdende Konkurrenz- oder Leistungssituation, Mangel an Zukunftsperspektiven/Alternativen, Konsumorientierung, Werte und Lebensweisen, Drogenkultur oder geschlechterspezifische Sozialisation. Ebenso Alkoholpolitik und -wirtschaft, also z. B. spezifische Gesetze, Steuern und Preise (Feuerlein, 2000; Feuerlein et al., 1998; Hendershot et al., 2011; Marlatt & Witkiewitz, 2002; Sting & Blum, 2003).

*Person.* Unter dieser Komponente subsumieren sich unter anderem lerntheoretische bzw. verhaltenstheoretische (klassisches und operantes Konditionieren, Alkohol wirkt als Verstärker), psychoanalytische, kognitive Modelle (Selbstwirksamkeitserwartung), psychodynamische Ansätze (Alkohol soll Autonomie erzeugen und Konflikte bewältigen), biomedizinische Ansätze mit Aspekten der genetischen Disposition (erhöhte Vulnerabilität), Persönlichkeitsfaktoren, körperliche Faktoren, frühkindliche Lebenssituation und/oder Erwartungshaltung, Lebensstil und familiärer Hintergrund (Feuerlein, 2000; Feuerlein et al., 1998; Lesch et al., 2020b; Liegemann, 2015). Das bedeutet, es spielen sowohl physiologische als auch psychologische Faktoren eine Rolle, die sowohl genetisch als auch durch die Historie des Betroffenen determiniert sind.

Es ist wichtig zu beachten, dass das Modell einen sinnvollen Ausgangsrahmen bietet, die einzelnen Faktoren jedoch individuell sehr unterschiedlich gewichtet sein können. Nach Tretter (2000) konnte das Modell der Sucht-Trias schon vielfach empirisch belegt werden, wobei aber die wechselseitigen Beziehungen noch nicht ausreichend aufgeklärt sind. Hat eine Person eine starke genetische Prädisposition, genügen weniger auslösende Aspekte der Umwelt und der psychotropen Substanz, um eine Abhängigkeit zu entwickeln. Ist das Abhängigkeitspotenzial hoch und die Verfügbarkeit besonders leicht, genügen weniger Aspekte der Umwelt und des Individuums. Im Kontext ungünstiger Umweltbedingungen führt der Gebrauch von Alkohol trotz geringeren Individuums- oder Substanzkomponenten zu Abhängigkeit. Die multifaktorielle Betrachtungsweise gilt in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit als unerlässlich, da sie durch die Berücksichtigung biologischer, psychologischer und sozialer Einflussfaktoren und die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine bedarfsgerechte und umfassende Versorgung der Betroffenen ermöglicht. Es müssen aber auch dynamische Aspekte nach Mutschler et al. (2019, S. 36) „funktionaler und prozessorientierter Aspekte“ fokussiert werden. In einer Weiterentwicklung wurde ein Schema zur Erklärung von Abhängigkeit erarbeitet, welches in Abbildung 2 dargestellt ist. Dieses beinhaltet einen somatischen, intrapsychischen und psychosozialen Teufelskreis, die die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit darstellen und gleichzeitig ihrer Überwindung dienen soll (Feuerlein, 2005; Soyka & Küfner, 2008; Tretter, 2000).

*Abbildung 2:Teufelskreis der Alkoholabhängigkeit*




*Anmerkung: Quelle: Feuerlein, 2005, S. 42; Soyka & Küfner, 2008, S. 21*

Die Entstehung von Suchterkrankungen, insbesondere in Bezug auf Alkoholabhängigkeit und schädlichen Gebrauch, kann zunächst durch grundlegende Verhaltensmotive erklärt werden. Zentrales menschliches Verhalten wird von dem Streben nach Lustgewinn und der Vermeidung von Unlust bestimmt (Deci & Ryan, 1985, 2000, 2004, 2008, 2013; Schneider, 2022; Soyka et al., 2019; Wendt, 2017). Menschen sind darauf ausgerichtet, ein Leben zu führen, das Zufriedenheit, Wohlbefinden und Kontrolle umfasst, wobei grundlegende psychologische Bedürfnisse wie Bindung, Kompetenz und Autonomie eine zentrale Rolle spielen (Deci & Ryan, 1985, 2000, 2004, 2008, 2013). Diese Bedürfnisse beeinflussen sowohl die Entstehung als auch die Aufrechterhaltung von problematischem Verhalten, wie den Konsum von Alkohol. Alkohol wirkt dabei auf komplexe Weise auf die Neurotransmittersysteme des Gehirns ein und erzeugt Effekte wie Entspannung, Euphorie und Enthemmung. Diese positiven Effekte verstärken das Verhalten und machen Alkohol zu einem effektiven Mittel zur kurzfristigen Bedürfnisbefriedigung. Dieser Mechanismus erklärt, warum trotz bekannter negativer Folgen der Alkoholkonsum fortgesetzt wird (Küfner, 2019). Nach Mutschler et al. (2019) ist eine Habituation an die psychoaktive Substanz auf dieser physiologischen und zeitgleich auf einer psychologischen Ebene die Voraussetzung für die Entstehung von Sucht. Der "somatische Teufelskreis" beruht dabei auf biologischen Prozessen wie Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen und körperlichen Veränderungen, die die Abhängigkeit fördern (Feuerlein, 2005; Soyka & Küfner, 2008). Der zweite Teufelskreis, der sich auf intrapsychischer Ebene abspielt, betrifft die Schwächung alternativer Bewältigungsstrategien und die zunehmende Abhängigkeit von Alkohol zur Spannungsregulation. Hierbei handelt es sich um die schrittweise Verlagerung der Problembewältigung auf die Substanz, was die psychische Abhängigkeit verstärkt (Feuerlein, 2005; Soyka et al., 2019; Tretter, 2001c). Der dritte Teufelskreis ist psychosozialer Natur und beschreibt, wie soziale Konflikte und belastende Lebensumstände wiederholt zu Alkoholkonsum führen und diesen verstärken (Küfner, 2019; Soyka & Küfner, 2008).

Das Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) vor dem Hintergrund des Salutogenese-Konzepts liefert einen weiteren Rahmen zur Betrachtung von Suchtentstehung, indem es Schutz- und Risikofaktoren berücksichtigt, die sowohl auf individueller als auch auf sozialer Ebene wirken. Hier spielen Faktoren wie Persönlichkeitsmerkmale, soziale Ressourcen und Umweltbedingungen eine zentrale Rolle (Rentsch & Bucher, 2006; Seidel, 2005; Soyka et al., 2019). Tretter und Müller (2001b) fassen dies in der Formel zusammen, dass das Risiko einer Abhängigkeit „die Summe der Risikofaktoren minus die Summe der Schutzfaktoren“ darstellt. Diese Erkenntnisse ermöglichen einen sinnvollen Bezugsrahmen, um die Behandlung einer Alkoholabhängigkeit sinnvoll gestalten zu können.

#### 2.1.2.2 Verlaufsphasen und Typologien der Alkoholabhängigkeit

Seit der zunehmenden Etablierung eines differenzierten Verständnisses von alkoholassoziierten Störungen wurden zahlreiche Versuche unternommen, diese Erkrankungen zu strukturieren und zu kategorisieren, um die Diagnostik und Behandlung zu verbessern. Dabei wurden verschiedene Typologien von Alkoholabhängigen entwickelt und Verlaufsmodelle entworfen. Während Typologien charakteristische Muster oder Bedingungsfaktoren fokussieren, beschreiben Phasenmodelle die Entwicklungsdynamik und Veränderungen im Krankheitsverlauf. Nach Soyka und Küfner (2008) liegt ein besonderer Schwerpunkt auf der Untersuchung von „Langzeitverläufe von Alkoholkonsums“ und „Spontanverläufe von Alkoholismus“, wobei Einstiegs-, Verlaufs- und Ausstiegsprozesse beleuchtet werden sollten, um Erkenntnisse für die Behandlung zu gewinnen. Dies basiert auf der Annahme, dass Alkoholabhängigkeit eine chronische Erkrankung darstellt, mit deren Bewältigung Betroffene lebenslang konfrontiert sind (McLellan et al., 2000).

Nach Tossmann und Baumeister (2008) unterteilt sich der missbräuchliche Substanzkonsum in eine Vorbereitungsphase, in der Erwartungshaltungen an die Wirkung der psychotropen Substanz ausgebildet werden. Hier wird angenommen, dass dies hauptsächlich durch Modell-Lernen innerhalb der Familie geschieht. In der darauffolgenden Probierphase spielen ungünstige soziale Situationen in der Familie, mangelnde Harmonie und der Alkoholkonsum der Eltern eine entscheidende Rolle. In der Gewöhnungsphase entwickelt sich ein habituelles Verhalten, insbesondere in Bezug auf Entspannung, Genießen und Feiern. Zudem wird der Konsum als Highlight und als Teil des Verhaltens in das Leben integriert. In der Missbrauchs- und Abhängigkeitsphase kommt es zu zunehmenden negativen Folgen, die wiederum Konsum auslösen, der wiederum mehr negative Folgen nach sich zieht (Teufelskreis). Die positive Wirkungserwartung wird gefestigt und nicht reflektiert. Reduziertes Selbstwertgefühl, Versagensgefühle, emotionale Instabilität, Impulsivität und Aggressivität sind häufige Folgen. Eine damit einhergehende reduzierte Frustrationstoleranz führt wieder zu vermehrtem Konsum.

Ein weiteres Modell postuliert der US-amerikanische Mediziner E. M. Jellinek (Jellinek, 1946, 1952). Dieses Modell bietet sowohl Behandlern als auch Betroffenen eine hilfreiche Struktur zur Identifizierung der verschiedenen Stadien der Abhängigkeit. Es sei jedoch vorweggenommen, dass die Phasen nicht trennscharf voneinander abzugrenzen sind und individuelle Verläufe oft variieren. Jellinek beschreibt zunächst die „voralkoholische Phase“, in der Alkohol meist in sozialen Kontexten konsumiert wird und eine kontrollierte Funktion erfüllt. In dieser Phase erfolgt der Konsum häufig zur Stressreduktion und Stimmungsverbesserung, was dazu führt, dass der Konsum zunehmen kann, wenn solche Effekte verstärkt gesucht werden (Feuerlein, 2000). Die „Prodromalphase“ ist durch die Entwicklung von Verlangen nach Alkohol sowie erste Kontrollverluste gekennzeichnet. Symptome wie

Gedächtnislücken und Toleranzsteigerung treten auf, und der Betroffene beginnt, das eigene Trinkverhalten von dem anderer Personen zu unterscheiden. Um kognitive Dissonanzen zu vermeiden, werden vermehrt Situationen oder Gesellschaften aufgesucht, die den eigenen Konsum legitimieren (Soyka & Küfner, 2008). In der „kritischen Phase“ dominiert die Abhängigkeit zunehmend das Verhalten des Betroffenen. Schuld- und Schamgefühle treten auf, soziale Konflikte und Rückzugstendenzen werden manifest, während im näheren Umfeld Co-Abhängigkeit entstehen kann (Fengler, 2000). In dieser Phase treten typische Folgeerscheinungen wie sozialer Rückzug, Verlust von Interessen und der Selbstachtung sowie die Vernachlässigung der eigenen Gesundheit auf. Oft führen diese Entwicklungen zu Arbeitsplatzverlust und familiären Krisen (Feuerlein, 2000; Soyka & Küfner, 2008). In der „chronischen Phase“ erreicht die Abhängigkeit ihren Höhepunkt: Der gesamte Lebensfokus des Betroffenen liegt auf der Beschaffung und dem Konsum von Alkohol. Die ehemals positiven Wirkungen des Alkohols reduzieren sich auf die Linderung von Entzugssymptomen, während schwere körperliche und psychische Folgeschäden auftreten. Sinnentleerung, Werteverlust und depressive Symptome prägen häufig diese Phase (Bühringer & Metz, 2009; Lesch et al., 2020d; Soyka & Küfner, 2008).

Neben Phasenmodellen wurden zur besseren Diagnostik und Therapieplanung verschiedene Typologien entwickelt. Typologien unterscheiden zwischen eindimensionalen und mehrdimensionalen Klassifikationen (Babor, 1996; Lesch et al., 2020d; Soyka & Küfner, 2008). Eindimensionale Typologien, wie sie von Schuckit vorgeschlagen wurden, differenzieren etwa zwischen „primärem“ und „sekundärem“ Alkoholismus. Im primären Alkoholismus steht die Abhängigkeit im Vordergrund, während beim sekundären Alkoholismus psychische, körperliche oder soziale Probleme zur Entwicklung der Abhängigkeit führen (Lesch & Soyka, 2006; Lesch et al., 2020b).

Mehrdimensionale Typologien, wie jene von Jellinek, Babor, Lesch oder Cloninger, klassifizieren Betroffene anhand verschiedener Merkmale. Jellinek differenziert zwischen fünf Typen: Der „Alpha-Typ“ ist ein Konflikttrinker, der Alkohol zur Bewältigung von Problemen einsetzt, ohne dabei Kontrollverlust oder körperliche Abhängigkeit zu entwickeln. Der „Beta-Typ“ ist ein Gesellschaftstrinker, der zwar Rauschtrinken betreibt, aber keine Abhängigkeit entwickelt. Der „Gamma-Typ“ wird als Rauschtrinker beschrieben, der eine psychische und körperliche Abhängigkeit entwickelt hat und Phasen von Abstinenz und exzessivem Konsum durchläuft. Der „Delta-Typ“ ist ein Spiegeltrinker, der konstant Alkohol konsumiert, um Entzugssymptome zu vermeiden, während der „Epsilon-Typ“ als Quartalstrinker periodisch exzessiv trinkt (Feuerlein, 2000; Soyka & Küfner, 2008).

Die Klassifikation nach Cloninger (1987) unterscheidet zwischen Typ I und Typ II. Typ I tritt später im Leben auf, betrifft beide Geschlechter gleichermaßen und ist stärker durch psychosoziale Faktoren

beeinflusst. Typ II hingegen ist durch eine frühere Erkrankung, starke körperliche Abhängigkeit und spezifische Persönlichkeitsmerkmale gekennzeichnet und betrifft überwiegend Männer (Lesch et al., 2020b; Soyka & Küfner, 2008).

#### 2.1.2.3 Folgen der Alkoholabhängigkeit

Die Behandlung von Alkoholabhängigkeit erfordert ein multiprofessionelles Vorgehen, bei dem entschieden werden muss, welchen Aspekten die primäre Behandlungsbedürftigkeit zukommt. Dies bedeutet, dass neben der präzisen Diagnostik der alkoholassoziierten Erkrankung und möglicher Komorbiditäten auch die physischen, psychischen und sozialen Folgeschäden umfassend berücksichtigt werden müssen. Diese vielfältigen Konsequenzen interagieren miteinander, sind häufig Auslöser für Rückfälligkeit und müssen daher bei der Planung der Behandlung zusammenhängend betrachtet werden (Kraus et al., 2013; Strizek et al., 2023).

*Physische Folgeschäden:* Alkoholabhängigkeit und übermäßiger Alkoholkonsum führen zu erheblichen physischen Schäden und tragen signifikant zu Morbidität und Mortalität bei. Im Jahr 2016 waren in Österreich 1,4 % der Todesfälle direkt auf alkoholbedingte Erkrankungen zurückzuführen (Strizek et al., 2023). Häufige Folgeerkrankungen sind Leberzirrhose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Magen-Darm-Erkrankungen. Mehr als 75 % der alkoholabhängigen Patienten, die sich in Behandlung befinden, leiden an einer oder mehreren dieser körperlichen Folgeerkrankungen (Feuerlein et al., 1998; Mutschler et al., 2019; Strizek et al., 2023). Zusätzlich verursacht Alkohol neuropsychiatrische Schäden wie Alkoholdelir, alkoholische Halluzinose, Kleinhirnatrophie und Polyneuropathie. Diese führen zu Störungen des Langzeitgedächtnisses und der Merkfähigkeit. Das Wernicke-Korsakow-Syndrom ist eine besonders schwerwiegende Folge, die durch Gangunsicherheit, Desorientierung und einen signifikanten Verlust des Langzeitgedächtnisses geprägt ist, oft begleitet von reduziertem Auffassungsvermögen und verminderter Initiative (Soyka & Küfner, 2008; Strizek et al., 2023). Die ausgeprägte Wirkung von Alkohol auf Schlaf und Gedächtnis wird von Junghans (2009) beschrieben. Mutschler et al. (2019), Soyka (1999) und Soyka und Küfner (2008) bieten umfassende Übersichten über diese körperlichen Schäden.

*Psychische Folgeschäden:* Komorbide Störungen als Folge einer Alkoholabhängigkeit gehören zu den charakteristischen Phänomenen dieser Erkrankung (Basdekis-Josza, 2004; Feuerlein, 2000; Römer et al., 2002; Strizek et al., 2023). Zu den häufigsten Begleiterkrankungen zählen affektive Störungen und neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen, die bei bis zu 26 % der Betroffenen mit einer Alkoholabhängigkeit diagnostiziert werden. 13 % entwickeln zusätzlich Verhaltens- oder Persönlichkeitsstörungen (Strizek et al., 2023). Es bleibt oft unklar, ob diese Komorbiditäten primär auftreten

oder als Folge der Alkoholabhängigkeit entstehen. Diese Störungen können zur Aufrechterhaltung der Abhängigkeit beitragen und die Behandlung erschweren, da Betroffene oft eine geringere Behandlungsbereitschaft und ein erhöhtes Rückfallrisiko zeigen. Zudem führen sie zu organisatorischen Herausforderungen in der Therapie. Alkoholabhängige Personen zeigen häufig erhöhte Depressivitätswerte, ein reduziertes Selbstwertgefühl und eine geringere Frustrationstoleranz (Römer et al., 2002; Soyka & Küfner, 2008). Ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit prägt oft ihre retrospektive und zukunftsgerichtete Wahrnehmung. Studien belegen, dass stark abhängige Personen Defizite in Problemlösung und Stressbewältigung aufweisen. Sie suchen weniger emotionale Unterstützung und drücken ihre Gefühle seltener aus, was zu einer Vernachlässigung der Selbstfürsorge führen kann. Diese Vernachlässigung kann sozialen Abstieg und eingeschränkte medizinische Versorgung zur Folge haben (Alonso-Fernandez, 1994). Alkoholabhängigkeit fördert auch aggressives Verhalten, indem sie Hemmschwellen reduziert und provokatives Verhalten stärkt. Dies kann die Risikobereitschaft erhöhen und sexuelle Gewalt begünstigen. Diese psychologischen und sozialen Faktoren verschärfen die Herausforderungen, denen Alkoholabhängige gegenüberstehen, und erfordern eine umfassende therapeutische Herangehensweise, die sowohl psychische als auch soziale Aspekte adressiert (Feuerlein, 2000; Lindenmeyer, 2016a; 2016b; Soyka & Küfner, 2008).

*Soziale Folgeschäden:* Soziale Folgeschäden im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit umfassen signifikante Veränderungen im Sozialverhalten, die sowohl die Betroffenen als auch ihr Umfeld stark beeinflussen. Persönlichkeitsveränderungen, Interessenverlust, eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit und Leistungseinbußen führen häufig dazu, dass sich Abhängige zunehmend sozial isolieren und ihre Kontakte auf trinkorientierte Gesellschaften beschränken (Feuerlein, 2000; Gemeinhardt & Farnbacher, 2004; Kiefer et al., 2022; Klein, 2001; Klein & Schmidt, 2017). Diese sozialen Konsequenzen wirken sich nicht nur auf die Betroffenen selbst, sondern auch auf deren Familien und Freunde aus. Ein zentrales Phänomen ist dabei die Co-Abhängigkeit, bei der nahestehende Personen das Suchtverhalten unbewusst unterstützen und stabilisieren (Fengler, 2000). Mit fortschreitender Abhängigkeit kommt es häufig zu einem Zerfall familiärer Beziehungen, was den Krankheitsverlauf beschleunigt (Soyka & Küfner, 2008). Kinder von alkoholabhängigen Eltern sind besonders gefährdet, da sie in einem Umfeld aufwachsen, das von Unsicherheit, Angst und emotionaler Überforderung geprägt ist. Diese Kinder haben ein signifikant erhöhtes Risiko, selbst psychische Störungen oder eine Abhängigkeit zu entwickeln (Richter, 2020). Gemeinhardt und Farnbacher (2004) betonen, dass Kinder in solchen Familien oft früh erwachsen werden müssen, da sie Verantwortung für die Probleme ihrer Eltern übernehmen, ohne adäquate Fürsorge zu erhalten. Bereits vor der Geburt können Kinder betroffen sein, wenn die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert, was zu einer fetalen Alkoholspektrumsstörung führen kann (Lindenmeyer, 2001).

Alkoholabhängigkeit wirkt sich zudem negativ auf die berufliche Leistungsfähigkeit aus. Es kommt vermehrt zu Krankenständen, Arbeitsunfällen und Problemen am Arbeitsplatz, die letztlich in Arbeitslosigkeit münden können (Beiglböck & Feselmayer, 2000; Beiglböck & Feselmayer, 2006a; Feselmayer et al., 2012; Lindenmeyer, 2001; Soyka & Küfner, 2008). Diese Konsequenzen resultieren aus beeinträchtigter psychomotorischer Funktionsfähigkeit, visuellen Einschränkungen, Konzentrationsstörungen und einer reduzierten Zuverlässigkeit (Feuerlein, 2000). Henkel (1998), Henkel und Zemlin (2008) sowie Uhl und Kobrna (2001) liefern detaillierte Analysen der Wechselwirkung zwischen Arbeitsplatz und Suchtverhalten.

Weitere gravierende Begleiterscheinungen der Alkoholabhängigkeit sind finanzielle Probleme, die sowohl durch die Kosten des Konsums als auch durch Arbeitslosigkeit entstehen. Zusätzlich sind der Verlust des Führerscheins sowie strafrechtliche Konsequenzen wie Verurteilungen wegen Verkehrsdelikten häufige Folgen (Lindenmeyer, 2001; Soyka & Küfner, 2008). Studien zeigen zudem, dass alkoholabhängige Menschen häufiger straffällig werden, wobei die häufigsten Delikte Körperverletzung, Beleidigung, Widerstand gegen die Staatsgewalt, Sachbeschädigung, Raub und Sexualdelikte umfassen (Friedemann, 2022; Soyka & Küfner, 2008; Van den Boogaart, 2000). Diese Delikte lassen sich oft auf die durch den Alkohol bedingten kognitiven Veränderungen und Persönlichkeitsstörungen zurückführen. Feuerlein (2000) ergänzt, dass auch geringfügigere Straftaten wie Ruhestörungen, Bettelei, Ladendiebstahl und Hausfriedensbruch in Verbindung mit Alkoholabhängigkeit häufig auftreten.

### 2.1.3 Behandlung von Alkoholabhängigkeit

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die verschiedenen Phasen der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen dargestellt, um den konzeptionellen Hintergrund der geplanten Intervention nachvollziehbar einzuordnen. Dabei liegt ein besonderer Fokus auf der in Österreich üblichen Vorgehensweise, da sowohl die Durchführung des gesamten Forschungsvorhabens als auch die Implementierung der Intervention in Österreich vorgesehen ist. Anschließend werden aktuelle Entwicklungen und neue therapeutische Ansätze in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit skizziert, um zu verdeutlichen, dass die geplante Intervention an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen anknüpft. Abschließend wird der gegenwärtige Wissensstand zu Wirkfaktoren und Erfolgskriterien in der Behandlung dieser Störung zusammengefasst, um das Verständnis für die Konzeption und die geplante Evaluierung zu vertiefen.

#### 2.1.3.1 Behandlungsphasen

Die historische Entwicklung der Behandlung von Alkoholabhängigkeit in Österreich zeigt, dass die Unterstützung für Betroffene bis zum Ersten Weltkrieg weitgehend rudimentär war (vgl. Kapitel 2.1.1) (Beiglböck & Feselmayer, 2012; Feuerlein et al., 1998). Die Hauptakteure dieser Zeit waren Mäßigungsvereine, Abstinenzverbände und kirchliche Initiativen, die primär auf moralische Appelle und soziale Kontrolle setzten. Eine gewisse Verbesserung trat mit der Gründung von Trinkerheilstätten als Teil von „Irrenanstalten" ein. Eine abwertende Haltung begleitet Alkoholabhängige jedoch immer – bis heute sind sie Stigmatisierung ausgesetzt (Schomerus, 2011). Erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts fand eine signifikante Veränderung statt. Stationäre Einrichtungen zur Behandlung von Alkoholkonsumstörungen wurden in ganz Österreich etabliert, entweder als eigenständige Sonderkrankenhäuser oder als spezialisierte Abteilungen in psychiatrischen Kliniken (Beiglböck & Feselmayer, 2012). Die Anerkennung von „Trunksucht" als Erkrankung durch den Obersten Sanitätsrat im Jahr 1953 (in Deutschland 1968) markierte einen Wendepunkt und legte den Grundstein für moderne Behandlungsansätze (Feuerlein et al., 1998; Klement, 2000; Perrez, 1991; Schneider & Gies, 2002). Eine Schlüsselrolle in der Entwicklung der österreichischen Suchtbehandlung spielt das Anton-Proksch-Institut in Wien, das seit seiner Gründung im Jahr 1961 als führende Einrichtung für die Rehabilitation alkoholkranker Menschen gilt (Beiglböck & Feselmayer, 2010). Ein besonderes Merkmal der österreichischen Suchtbehandlung war lange Zeit die starke Dominanz ärztlicher und psychiatrischer Ansätze, während psychologische Interventionen erst verzögert integriert wurden (Beiglböck & Feselmayer, 2010). Dieses Ungleichgewicht spiegelte sich auch in der Struktur der Versorgung wider, was zu einer eher medikamentös orientierten Behandlung führte, die erst später durch verhaltens- und psychotherapieorientierte bzw. klinisch-psychologische Ansätze ergänzt wurde (Beiglböck et al., 1994; Feselmayer & Beiglböck, 2004; 2013; Wendt, 2017). Das erklärt partiell den Entwicklungsstand psychologischer Interventionen in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit.

Die Frage, ab wann eine Behandlungsbedürftigkeit besteht, ist oft schwierig zu beantworten. Alkoholabhängigkeit entwickelt sich häufig über viele Jahre hinweg von gelegentlichem Genuss über riskanten bis hin zu schädlichem Konsum, bevor eine Diagnose gestellt wird (Lindenmeyer, 2016b). Die Eisberg-Metapher von Lindenmeyer (2016b) verdeutlicht, dass ein Großteil der Problematik lange unbemerkt bleibt, bevor die sichtbaren Folgen zu einer Inanspruchnahme von Hilfe führen. Diese späte Einsicht ist zum einen auf eine ambivalente Haltung gegenüber Alkohol in der Gesellschaft zurückzuführen, zum anderen auf die nach wie vor vorherrschende Stigmatisierungsproblematik und auf den Aspekt, dass mit fortschreitender Alkoholabhängigkeit die Fehleinschätzung des eigenen Zustands durch die Betroffenen oft mit Verleugnung und Selbsttäuschung einhergeht (Küfner, 2019; Soyka & Küfner,

2008). Dies führt dazu, dass professionelle Hilfe meist erst bei schwerwiegenden physischen, psychischen oder sozialen Problemen in Anspruch genommen wird (Feuerlein et al., 1998; Kraus et al., 2013; Küfner, 2019; Mutschler et al., 2019; Pabst & Kraus, 2008). Auch der Druck von Angehörigen, dem sozialen Umfeld oder ärztlichen Fachkräften spielt eine zentrale Rolle bei der Entscheidung, eine Behandlung zu beginnen (Soyka & Küfner, 2008). Die Zahlen der Personen, die eine Behandlung in Anspruch nehmen, variieren weltweit je nach Region und Gesundheitsversorgungssystem sehr stark. In Österreich sind es 20 000 bis 25 000 pro Jahr (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie Österreichische Gesellschaft für Suchtmedizin). Trotz Fortschritten in der Versorgung besteht weiterhin Handlungsbedarf, insbesondere hinsichtlich der Früherkennung und der Integration interdisziplinärer Ansätze in der Abhängigkeitsbehandlung (Strizek et al., 2023).

Die Behandlung erstreckt sich in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung und der Motivation des Patienten über Jahre und erfolgt nach z. B. Feuerlein et al. (1998), Feuerlein (2000) oder Soyka und Küfner (2008) in verschiedenen Phasen: der Kontaktphase, der Entgiftungsphase, der Entwöhnungsphase und der Weiter- bzw. Nachbehandlungsphase, in der jeweils andere Ziele und Schwerpunkte im Vordergrund stehen und die sich bei der chronischen Erkrankung Alkoholabhängigkeit nach Rückfall auch wiederholen können. In jedem Fall ist ein multiprofessionelles Vorgehen angezeigt, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten, mit dem übergeordneten Ziel, dass der Patient ein zufriedenes und selbstbestimmtes Leben weitgehend ohne Suchtmittel führen kann (Lachmann, 2004). Als Therapieziele für Alkoholabhängigkeit postulieren Mutschler et al. (2019) die Sicherung des Überlebens, die Behandlung von Folge- und Begleiterkrankungen, die Entwicklung von Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation, die Etablierung von alkoholfreien Phasen, die Optimierung der psychosozialen Situation, möglichst langfristige Abstinenz und die Verbesserung der Lebensqualität. Lebensqualität definiert sich dabei mit unterschiedlichen, aber auch sich überschneidenden Aspekten wie physischer Gesundheit, psychischem Wohlbefinden, stabilen und unterstützenden sozialen Beziehungen, funktionalen Fähigkeiten, persönlicher Sicherheit und Freiheit, materiellem Lebensstandard und u. a. Sinn und Erfüllung (Noll, 2023) Auf die genaueren Inhalte von Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität wird zu einem späteren Zeitpunkt (Kapitel 2.3.1) eingegangen. Für die Behandlungsplanung einer Alkoholabhängigkeit stellen Beiglböck und Feselmayer (2012) einen übersichtlichen Ablaufplan bereit. Zudem veröffentlichten die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-SUCHT) explizite Leitlinien zum Screening, zur Diagnose und zur Behandlung alkoholbezogener Störungen (siehe oben) (Kiefer et al., 2022).

*Kontaktphase* Die Kontaktphase bezieht sich auf den Zeitraum, in dem die betroffene Person Hilfe für ihr Alkoholproblem sucht oder von anderen, zum Beispiel vom behandelnden Hausarzt, darauf aufmerksam gemacht wird. Nach Beiglböck und Feselmayer (2012) findet der erste Kontakt am häufigsten über die Behandlungsbedürftigkeit von körperlichen, organischen Folgeschäden im medizinischen System statt. Es können auch nicht mehr bewältigbare Folgen des Alkoholkonsums wie innerfamiliäre Konflikte, Probleme am Arbeitsplatz oder Gesetzesüberschreitungen oder Führerscheindelikte der Anstoß für einen ersten Kontakt mit einem Arzt, Psychiater, Psychologen, dem Gesundheitsamt, der Suchtberatungsstelle oder dem Psycho-Sozialen Dienst sein (Beiglböck & Feselmayer, 2012; Beiglböck et al., 2006; Kiefer et al., 2022; Soyka & Küfner, 2008). Der Patient kann auch alkoholisiert sein, dann ist stets eine ärztliche Behandlung der erste Schritt. Je nachdem, wie weit die Erkrankung fortgeschritten ist, sind unterschiedliche Behandlungskomponenten möglich bzw. nötig (Bühringer et al., 2015). In dieser Phase fehlt den Betroffenen oft noch die Einsicht in die Schwere ihrer Erkrankung, was häufig zu einer verzerrten Darstellung des Konsumverhaltens führt. Dies macht eine direkte Einleitung einer spezifischen Suchtbehandlung oft schwierig (Soyka & Küfner, 2008).

Daher kommt zu diesem Zeitpunkt, nach Behandlung akuter Anliegen bzw. Krisen, präziser Diagnostik (Screening- und Substanzkonsumstörungs-Instrumente (siehe oben), der Exploration der Gesamtsituation, Beratung und Aufklärung (= Psychoedukation auch, wenn keine Abhängigkeitserkrankung festgestellt werden konnte), speziell der Motivationsarbeit besondere Bedeutung zu. Die sogenannte „motivierende Gesprächsführung“ dient als probates Mittel für Motivationsförderung (Demmel, 2001; Feselmayer & Beiglböck, 2001; Soyka, 1999). Ziel dieser Technik, die von den Psychologen William Miller und Stephan Rollnick (1999, 2012) für die Beratung von Menschen mit Suchterkrankungen entwickelt wurde, ist es, Ambivalenz und kognitive Dissonanz aufzuzeigen, sie aufzulösen und dadurch Motivation für Veränderung aufzubauen, ohne dabei konfrontativ vorzugehen (Arkowitz et al., 2010; Mutschler et al., 2019; Wendt, 2017). Es muss hier zwischen Behandlungs-, Veränderungs- und Abstinenzmotivation unterschieden werden (Feuerlein, 2000). Die Motivationsarbeit bleibt über den gesamten Behandlungsverlauf hinweg relevant, da die Motivation in der Regel nicht stabil ist (Beiglböck & Feselmayer, 2010; Veltrup & Driessen, 1994). Da Alkoholabhängigkeit als chronische Erkrankung gilt, bei der Rückfälle als Teil des Krankheitsgeschehens interpretiert werden, müssen Behandler und Patienten regelmäßig mit unterschiedlichen motivationalen Phasen umgehen (Körkel, 2000; 2001; Prinzleve, 2004).

Das „Transtheoretische Modell (TTM)“ von Prochaska und Di Clemente (1982, 1983, 1986; Velicer et al., 1995) bietet eine strukturierte Orientierung für den Veränderungsprozess. Es unterscheidet sechs Phasen: In der ersten Phase, der „Vorüberlegung“ (Precontemplation)**,** besteht kein Problembewusstsein. In der zweiten Phase, der „Überlegung“ (Contemplation)**,** wird der Wunsch nach Veränderung

erwogen. In der „Vorbereitung“ (Preparation) folgt eine konkrete Planung, die schließlich in der „Handlungsphase“ (Action) und deren Stabilisierung, der „Aufrechterhaltung“ (Maintenance)**,** mündet. Da Rückfälle Teil des chronischen Verlaufs sind, wird die sechste Phase, der „Rückfall“ (Relapse)**,** mit einbezogen, wobei nach einem Rückfall die Phasen erneut durchlaufen werden (Feuerlein, 2000; Soyka & Küfner, 2008). Eine detailliertere Beschreibung der Modelle der Verhaltensveränderung speziell im Gesundheitskontext findet sich weiter unten (Kapitel 2.2.2). In diesem Zeitraum ist es zudem wichtig, die Indikation für eine ambulante oder stationäre Anschlussbehandlung zu klären, welche die langfristige Entwöhnung oder Rehabilitation anstrebt. Schneider, 1982). Neben der Motivationsarbeit dienen sogenannte Kurzinterventionen der Konsumreduktion und der Aufklärung (Psychoedukation) (Berg & Miller, 2009; Kiefer & Barta, 2020; Kiefer et al., 2022a, 2022b). Eine ambulante Therapie ist dann sinnvoll, wenn ein intaktes soziales Umfeld, berufliche Integration, stabile Wohnverhältnisse sowie die Bereitschaft und Fähigkeit zur Abstinenz und aktiven Mitarbeit bestehen (Soyka, 1999).

*Entgiftungs- oder Entzugsphase* Je nach Krankheitsfortschritt ist die ein bis vier Wochen dauernde Entgiftungsphas*e* im stationären Setting (in Ausnahmefällen auch ambulant) der nächste Schritt in der Behandlungskette für abhängige Patienten (Andersohn, 2004; Soyka & Küfner, 2008). Zu unterscheiden sind hier der qualifizierte Entzug in spezialisierten Entzugsstationen und der nicht qualifizierte Entzug in internistischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern (Wendt, 2017). Hauptziel der Entgiftung ist eine Konsumunterbrechung und vorläufige Abstinenz (Feuerlein et al., 1998; Soyka & Küfner, 2008). Der qualifizierte Entzug, der zu der medizinischen Behandlung ein vielfältiges Behandlungsangebot (Gruppentherapie, Einzelgespräche, Ergotherapie, soziale Arbeit usw.) bietet, stellt nach Feuerlein et al. (1998) eine eigene Therapieform und nicht nur einen Zwischenschritt zur Langzeitentwöhnung dar, weil es auch nach qualifizierten Entzugsbehandlungen zu Abstinenzzeiten kommt. Trotzdem empfiehlt sich in den meisten Fällen eine anschließende Entwöhnungsbehandlung (Günthner et al., 2018; Müller, 2021; Soyka & Küfner, 2008; Witkiewitz et al., 2019).

*Entwöhnungsphase* Im Idealfall schließt an die Entgiftungs- bzw. Entzugsphase direkt eine Entwöhnungsphase, auch medizinische Rehabilitation, Postakutbehandlung oder häufig auch Alkoholtherapie genannt, an. Diese Maßnahmen variieren sowohl in der Dauer (sechs Wochen bis 12 Monate) als auch in der Art (ambulant, teilstationär oder vollstationär) (Beiglböck & Feselmayer, 2012; Beiglböck et al., 2006; Brückner, 2004; Soyka & Küfner, 2008; Wendt, 2017). Hauptanliegen des multiprofessionellen Vorgehens ist die Entwöhnung von der psychotropen Substanz. Dies inkludiert je nach Entwöhnungseinrichtung fortlaufende medizinische Versorgung, klinisch-psychologische Behandlung und/oder Psychotherapie, soziale Arbeit, Bewegungstherapie und spezifische weiterführende Gruppen- und Einzelangebote (Enke et al., 2022; Feselmayer et al., 1994; Kleinemeier, 2004b; Monti et al., 2002). Ein

stationäres Setting ist nach Soyka und Küfner (2008) und Mutschler et al. (2019) dann angezeigt, wenn schwere körperliche und neurologische Folgeschäden festgestellt wurden, wenn schwere psychiatrische Störungen vorliegen, wenn schwerwiegende psychologische Folgeschäden festzustellen sind, wenn die soziale Integration nicht gewährleistet ist, wenn die Behandlungsbereitschaft ambivalent ist, und wenn die gesamten Lebensbedingungen gegen eine ambulante Behandlung sprechen oder wenn es keine Möglichkeit zur ambulanten Versorgung gibt (Beiglböck & Feselmayer, 2012; Feuerlein et al., 1998; Mutschler et al., 2019; Soyka & Küfner, 2008). Die Voraussetzung für den Veränderungsprozess ist eine medizinische, finanzielle und soziale Stabilisierung, die durch multiprofessionelles Vorgehen gewährleistet werden muss (Beiglböck & Feselmayer, 2012). Brückner (2004; S. 62) formuliert als Ziel der Entwöhnung: „…gemeinsam mit dem Patienten umfassende und tragfähige Voraussetzungen für eine möglichst anhaltende Abstinenz zu schaffen“. Für die spezifische psychologische Behandlung der Alkoholabhängigkeit stehen mittlerweile immer wiederkehrend Motivationsarbeit (vgl. oben), die Exploration psychologischer Entstehungstheorien, die Arbeit mit Modellen zur Verhaltensveränderung (siehe Kapitel 2.2.2) und die dementsprechenden Interventionen, inklusive die Aktivierung positiver Ressourcen und spezifische Rückfallprävention, im Mittelpunkt (Beiglböck & Feselmayer, 2012; Beiglböck et al., 2006; Bowen et al., 2010; Feuerlein, 2000; Feuerlein et al., 1998; Soyka & Küfner, 2008; Wilson et al., 2017). Der klinisch-psychologischen Behandlung ist nach Beiglböck und Feselmayer (2012) die Diagnostik potenzieller kognitiver Folgeerkrankungen vorangestellt. Es können verschiedene Therapieangebote nur unzureichend genutzt werden, wenn die Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Ein spezielles Training für die meist reversiblen Zustände muss in Betracht gezogen werden. Zu der präzisen Diagnostik gehört auch die Erhebung potenzieller Komorbiditäten, die für die weitere Behandlungsplanung essenziell sind (Schulz, 2000). Daher ist eine umfassende Kenntnis der klinisch-psychologischen Diagnostik notwendig. In der Strukturierung nach Schuckit (vgl. oben) ist es möglich, dass der Alkoholabhängigkeit eine komorbide Störung zugrunde liegt und die psychotrope Substanz als Selbstmedikation funktionalisiert wurde. Die komorbide Störung kann aber auch als Folge der Alkoholabhängigkeit oder gleichzeitig entstanden sein. Es gilt zu entscheiden, ob parallel oder sequenziell behandelt werden kann oder muss und welche Interventionsstrategie für die jeweilige Erkrankung verfolgt wird (Beiglböck & Feselmayer, 2012; Strizek et al., 2023; Wittfoot & Driessen, 2000).

*Weiterbehandlungs- bzw. Nachsorgephase* Die Weiterbehandlungs- bzw. Nachsorgephase bei Alkoholabhängigkeit stellt einen essenziellen Abschnitt der Therapie dar, in dem langfristige Abstinenz und die Integration von Veränderungen in den Alltag im Vordergrund stehen. Laut Soyka und Küfner (2008, S. 345) umfasst diese Phase Ziele wie die „Stabilisierung der Abstinenz, die Umsetzung im Alltag sowie die Behandlung eventueller psychischer Begleiterkrankungen und die Handhabung von Rückfällen“. Da Alkoholabhängigkeit als chronische Erkrankung gilt, bei der Rückfälle nicht die Ausnahme, sondern

eher die Regel darstellen, ist die Rückfallprävention zentral für eine erfolgreiche Nachsorge (Bachmeier et al., 2019; Römer et al., 2002).

*Rückfallprävention.* Der Rückfallprävention, ein Begriff, den der amerikanische Suchtforscher G. A. Marlatt etabliert hat, kommt in der Langzeitbehandlung entscheidende Bedeutung zu (Beiglböck & Feselmayer, 2012; Marlatt & Gordon, 1985). In dem von Marlatt postulierten Ansatz werden mögliche Risikosituationen, Determinanten oder Vorbedingungen benannt, die potenziell zu einem Rückfall führen könnten, inklusive Interventionsstrategien, die dem entgegenwirken sollen. Grundsätzlich unterscheiden die Autoren direkte und verborgene Auslöser („immediate determinants" und „covert antecedents"). Zu ersteren zählen z. B. Hochrisikosituationen und Wirkungserwartungshaltung, zu den zweiteren zählen unter anderem ein unausgeglichener Lebensstil oder Suchtdruck (Larimer et al., 2004). In einer Überblicksarbeit bezeichnen Larimer und Kollegen (2004) das „Relapse-Modell" als ein kognitiv-behaviorales Modell, das mögliche Risikosituationen und das Verhalten des Patienten in den Mittelpunkt stellt. Die Behandlung nach dem „Relapse Modell" beginnt mit der Exploration von Risikosituation und vorhandenen Coping-Strategien. Dies inkludiert primär die Bedingungen, das Umfeld, die Situation etc. und die emotionalen Verbindungen zu potenziellen Risikosituationen und die individuelle Reaktion der betroffenen Person auf diese Situationen. Zudem werden sogenannte „lifestyle factors" erhoben, die zu Hochrisikosituationen führen. Entscheidend ist, ob der betroffenen Person wirksame Coping-Strategien (z. B. Selbstregulationsfähigkeiten) zur Verfügung stehen. Ist dies nicht der Fall, senkt das in einer Hochrisikosituation das Selbstwirksamkeitserleben. In Kombination mit einer erhöhten Wirkungserwartung führt dies wahrscheinlicher zu einem Rückfall, was wiederum zu Scham- und Schuldgefühlen führt (= Abstinence Violation Effect), die wiederum mit erhöhter Wirksamkeitserwartung das Rückfallgeschehen befeuern (Graham et al., 1996; Larimer et al., 2004; Witkiewitz & Marlatt, 2004). Ziel der Behandlung ist es, dem Patienten psychoedukativ dieses Modell zu vermitteln, um damit die Aufmerksamkeit und Achtsamkeit sowohl für Risikosituationen als auch für Bewältigungsstrategien zu erhöhen, und Selbstmanagementfähigkeiten auszubilden, um diese Aspekte positiv zu beeinflussen und damit Rückfällen entgegenzuwirken. Zur Veranschaulichung der Risikofaktoren und Interventionsstrategien dient ein Flussdiagramm. Ein weiteres Beispiel für strukturierte Rückfallpräventionsprogramme ist das S.T.A.R.-Programm nach Körkel und Schindler (2003) oder die achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention (MBRP) (Bowen et al., 2009, 2010, 2014b). Beide Programme legen Wert auf die Entwicklung von Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit, zudem auf das Ausbilden eigener Kompetenzen im Umgang mit risikobehafteten Situationen und Stress. Die zunehmende Bedeutung von Rückfallpräventionsprogrammen verdeutlicht die Erkenntnis, den Fokus auf den Erwerb von Kompetenzen und deren Unterstützungsfaktoren (z. B. Selbstwirksamkeitserwartung) zur autonomen Bewältigung einer Erkrankung zu legen. Der Begriff "Prävention" leitet sich vom

lateinischen Wort „praevenire“ ab, was „zuvorkommen“ bedeutet, und wird als Vorbeugung verstanden (Wirtz, 2021). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterscheidet in diesem Zusammenhang drei Arten der Prävention: Primäre Prävention zielt darauf ab, Risikofaktoren und Bedingungen zu verringern, die zur Entstehung einer psychischen Störung führen können, und setzt somit vor dem Auftreten der Erkrankung an. Sekundäre Prävention konzentriert sich darauf, eine bestehende Erkrankung möglichst frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, um den Genesungsprozess zu fördern und Rückfälle zu vermeiden. Tertiäre Prävention bezieht sich auf die Rehabilitation bereits erkrankter Personen und verfolgt das Ziel, das Wiederauftreten der Erkrankung zu verhindern (Caplan et al., 1994; Habermann-Horstmeier & Lippke, 2021; Perrez, 1991; Schneider & Gies, 2002).

Im Rahmen der stationären Alkoholentwöhnung sowie der nachfolgenden Betreuung kommen insbesondere sekundäre und tertiäre Präventionsmaßnahmen zur Anwendung. Eine differenzierte Unterscheidung von Präventionsmaßnahmen wird von Semmer und Zapf (2004) vorgenommen, die zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention unterscheiden. Während Verhältnisprävention auf die Veränderung von Umweltbedingungen abzielt, die ein gesundheitsförderliches Umfeld schaffen, setzt Verhaltensprävention an den individuellen Fähigkeiten und Verhaltensweisen an. Ziel ist es, den Betroffenen Kompetenzen zu vermitteln, die es ihnen ermöglichen, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu etablieren. In der stationären Alkoholentwöhnung wird eine Kombination beider Präventionsansätze verfolgt.

Eine abstinente Lebensweise erfordert in vielen Fällen eine Anpassung der Lebensumstände, was in unterschiedlichen Therapieangeboten thematisiert wird. Insbesondere im Einzelsetting können maßgeschneiderte Strategien entwickelt werden, die auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen eingehen. In der geplanten Trainingsintervention liegt der Fokus hauptsächlich auf der Förderung individueller Fähigkeiten, um Ressourcen für ein stabiles, zufriedenes Leben zu entwickeln, das einen besseren Umgang mit Belastungen ermöglicht und langfristig die Gesundheit unterstützt.

#### 2.1.3.2 Neue Ausrichtung und Entwicklung

Der Umgang mit und die Bewältigung der chronischen und damit lebenslangen Erkrankung Alkoholabhängigkeit stellen für Betroffene eine sehr ernste und komplexe Herausforderung dar. Dies spiegelt sich auch in der Komplexität der Behandlung wider. Vor dem Hintergrund der vielschichtigen Folgen und Schäden ist daher ein multiprofessionelles und multimethodisches Vorgehen obligat. Es müssen unterschiedliche Belange abgedeckt werden, um stabile Voraussetzungen für das Ziel der zufriedenen Abstinenz zu erreichen (Lindenmeyer, 2023). Der Goldstandard der absoluten Abstinenz wurde jedoch mit zunehmender Kenntnis der Erkrankung angepasst und um das Ziel der möglichst ausgedehnten

Abstinenzzeiten erweitert (Marlatt & Witkiewitz, 2002). Dazugehörig adaptierte sich die Einschätzung, dass ein Rückfall als Versagen bzw. als Therapiemisserfolg gewertet wird, hin zu der Anerkennung von Rückfällen als Rezidiv innerhalb einer chronischen Erkrankung. Einen Rückfall möglichst zu begrenzen, sprich kurz zu halten, und Techniken, die dies ermöglichen, rücken daher auch in den Fokus von Langzeitbehandlung und Präventionsarbeit. Zudem wird vermehrt Trinkmengenreduktion diskutiert, da ein Zusammenhang zu späteren Abstinenzzeiten verifiziert werden konnte (Knox et al., 2018; Marlatt et al., 2011; Shmulewitz et al., 2021; Witkiewitz et al., 2017).

Um Abstinenz, möglichst ausgedehnte Abstinenzzeiten oder Trinkmengenreduktion zu erreichen, ist es notwendig, den Patienten dabei zu unterstützen, Herausforderungen ohne erneuten Konsum zu bewältigen (Lindenmeyer, 2023). Aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse wird dem vermehrt mit expliziter Ressourcenarbeit begegnet (Beiglböck & Feselmayer, 2012; Groß et al., 2012). Küfner (2019) definiert Ressourcen als erfolgreiche Kompetenzen des Patienten, die zur Realisierung seiner Ziele führen. Nach Beiglböck und Feselmayer (2012) ist die Aktivierung und bewusste Nutzung von Ressourcen deshalb so zentral, weil sie euthymes Erleben und Verhalten fördert, dem funktionalen Aspekt von Alkoholkonsum entgegenwirken kann, das Coping-Repertoire erweitert und Selbstwirksamkeit sowie Autonomie steigert. Die Autoren zählen die Kenntnisse der Ressourcenarbeit zu den Prämissen der psychologischen Arbeit mit alkoholabhängigen Erkrankten.

Aus diesem Grund ist es wichtig, die Idee der Ressourcenarbeit näher zu betrachten. Es gibt unterschiedliche Definitionen für Ressourcen, die ganz allgemein alles umfassen, was einer Person zur Bewältigung einer Herausforderung zur Verfügung steht (Groß et al., 2012). Um Ressourcenarbeit in die Behandlung einer Erkrankung integrieren zu können, ist eine Strukturierung zielführend (Groß et al., 2012). Eine erste sinnvolle Unterteilung erscheint in externe und interne Ressourcen. Diese Herangehensweise geht auf das salutogenetische Konzept von Aaron Antonovsky zurück (1979), der Krankheit und Gesundheit auf einem Kontinuum verortet und Risiko- und Schutzfaktoren als Determinanten postuliert. Ressourcen, von ihm als generelle Widerstandsressourcen bezeichnet, zählt er zu den Schutzfaktoren (siehe Kapitel 2.1.1). Externe Ressourcen umfassen dabei soziale Unterstützungsnetzwerke, materielle Ressourcen, die Verfügbarkeit von Information/Bildung, außerdem kulturelle Stabilität und Werte, meinend Normen, Traditionen und Werte, die Orientierung und ein Gefühl von Zugehörigkeit bieten. Interne Ressourcen inkludieren z. B. ein stabiles und positives Selbstkonzept und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Herausforderungen zu meistern (= Selbstwirksamkeitserwartung), Optimismus, Resilienz, Problemlösefähigkeiten, Selbstmanagementkompetenzen und körperliche Fitness bzw. ein Gefühl von Vitalität. Diese internen und externen Ressourcen interagieren miteinander, unterstützen sich gegenseitig und fördern das von Antonovsky definierte Kohärenzgefühl.

Damit wird im Wortsinn der Salutogenese (lat. Salus = Wohlergehen/Gesundheit und griech. Genesis = Entstehung/Ursprung) Gesundheit generiert. Klaus Grawe und dessen Forschung zur Wirksamkeit von Psychotherapie heben ebenso die Aktivierung von Ressourcen als entscheidenden Faktor hervor. Grawe (1995a; 1995b), Grawe und Grawe-Gerber (1999), Grawe et al. (1999) unterteilt in persönliche, materielle und soziale Ressourcen, wobei letztere nach vorheriger Definition zu den externen Ressourcen gezählt würden. Lorenz und Petzold (2004) unterscheiden zwischen personalen und situativen Ressourcen und betonen die Kontextabhängigkeit. Weitere wissenschaftliche Studien zeigen, dass vor allem das subjektive Gefühl der Ressourcenverfügbarkeit entscheidend ist: Nicht nur objektiv vorhandene Ressourcen – das sogenannte Ressourcenpotenzial – sind von Bedeutung, sondern insbesondere die sogenannte Ressourcenrealisierung – inwieweit sieht sich der Patient in der Lage, die Ressourcen auch wirklich zu nutzen (Deppe-Schmitz, 2008; Jerusalem, 1990; Leppin, 1997; Trösken, 2002). Dies postuliert auch Schwarzer (1992, 2004) und betont Optimismus und Selbstwirksamkeitserwartung in besonderem Maße. Ressourcenarbeit, Aktivierung und Förderung und besonders auch die Ressourcenrealisierung sind daher in besonderem Fokus moderner Abhängigkeitsbehandlung.

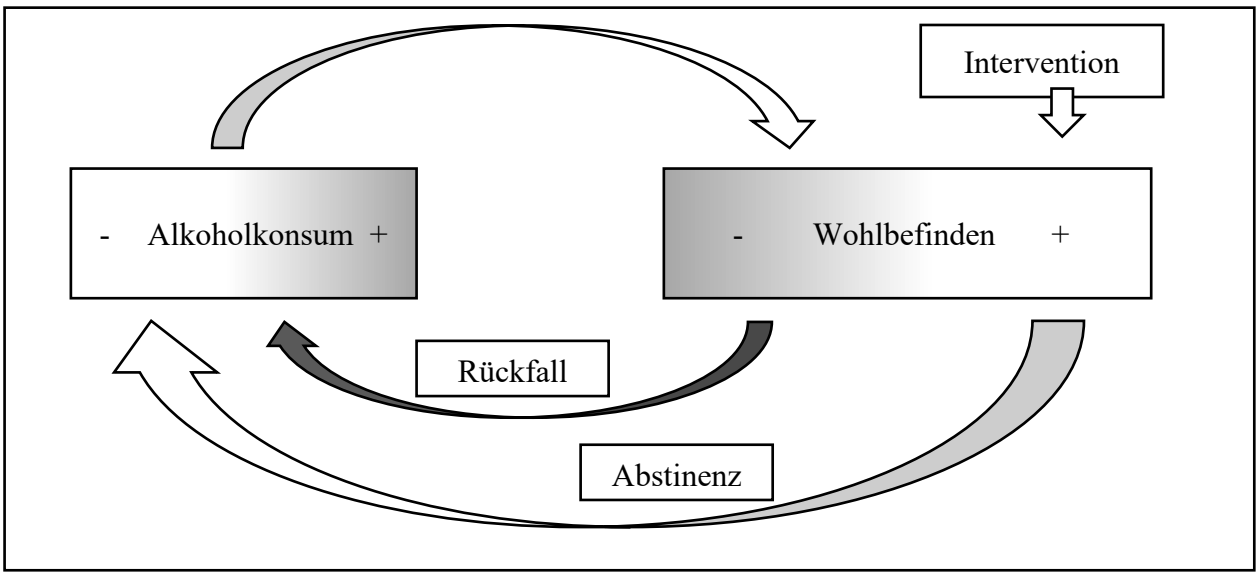
Die sogenannte Recovery-Bewegung, die ihren Ursprung in den 1990er Jahren hat, unterstützt diese Richtung in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Witkiewitz und Kollegen (2020) bieten eine Übersicht über verschiedene Definitionen des „Recovery-Movements“ und betonen als Ziel „the importance of functioning and general well-being“ (Witkiewitz et al., 2020, S. 4). Das Konzept des „Recovery-Kapitals“, bestehend aus psychischen, physischen, sozialen und kulturellen Ressourcen, spielt eine zentrale Rolle bei der Unterstützung der Bewältigung von Abhängigkeitserkrankungen (Best & Laudet, 2010; Bunaciu et al., 2023; Granfield & Cloud, 1999; Hennessy, 2017). Dieser Prozess wird durch verschiedene Elemente gefördert und unterstreicht damit auch die Notwendigkeit der Beteiligung verschiedener Professionen und Methoden. Dementsprechend beinhaltet dies medizinische und psychologische Behandlungen, soziale Arbeit, verschiedene Therapieformen und Selbsthilfegruppen (Amering & Schmolke, 2012). Nach Amering und Schmolke (2012, S. 18) ist das Ziel Patienten dabei zu unterstützen, Resilienz aufzubauen und ein „selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben zu führen“. Witkiewitz et al. (2020, S. 9) zitieren in diesem Kontext Martin Seligman und betonen die Bedeutung der Integration eines „broader strengths-based, resilience-building approach to behavior change“. Dies verdeutlicht die Verbindung zur jungen psychologischen Teildisziplin Positive Psychologie, deren erklärtes Ziel Wohlbefinden und das menschliche Aufblühen ist (siehe Kapitel 2.3). Amy Krentzman (2013) hat in ihrer Forschung speziell die Verbindung zwischen der Positiven Psychologie und der Recovery-Bewegung untersucht und betont die wertvolle Entwicklung, die diese Verknüpfung für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen bietet. Die Ansätze der Positiven Psychologie, deren dezidiertes Ziel es ist, Wohlbefinden und das menschliche Aufblühen zu fördern, bieten einen

umfassenden ressourcenorientierten Rahmen in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit, um Heilungs- und Wachstumsprozesse zu unterstützen. Die Techniken dieser jungen Wissenschaft adressieren viele in der Bewältigung einer Alkoholabhängigkeit relevante Aspekte.

Aktuelle Forschung, wie von Krentzman und Kollegen (2013, 2015, 2019, 2021, 2022, 2023, 2024), zeigt, dass Positive-Psychologie-Interventionen (PPIs), wie etwa das Training von Dankbarkeit, persönlicher Stärken, die Förderung von Lebenssinn oder das sogenannte „Positive Journaling" zu einer Reduktion von Rückfällen und einer Verbesserung des Wohlbefindens beitragen können. Alkoholabhängigkeit geht häufig mit negativen Emotionen einher. Techniken der Positiven Psychologie beinhalten das Kultivieren positiver Emotionen, was negativen Emotionen entgegenwirken kann und insgesamt für eine bessere emotionale Stabilität sorgt. Krentzman kritisiert jedoch die bisher begrenzte Umsetzung und fordert die verstärkte Integration dieser Ansätze in die Behandlungspraxis.

Die Integration der Förderung von Kompetenzen die Wohlbefinden generieren in die Behandlung von Alkoholabhängigkeit ist zum einen angezeigt, weil ganzheitliches Wohlbefinden von der WHO als Gesundheit definiert ist, und zum anderen, weil es als Schutzfaktor und Ressource im Umgang mit Alkoholabhängigkeit gewertet werden kann. Wohlbefinden ist durch die Erkrankungen auf verschiedenen Ebenen eingeschränkt und diese Einschränkungen des Wohlbefindens sind häufig Auslöser erneuten Konsums bzw. für längere Rückfälligkeit. Eine Förderung von Techniken, die Wohlbefinden steigern, könnte dieser Dynamik entgegenwirken (siehe Abbildung 3). Entsprechend ist es angezeigt, wissenschaftliche Forschung voranzutreiben, um evidenzbasierte Interventionen zu entwickeln und zu evaluieren, insbesondere im Bereich der klinischen Psychologie (Krentzman, 2020; Witkiewitz et al., 2019).

*Abbildung 3:Zusammenhang Wohlbefinden & Alkoholabhängigkeit*



Um eine Veränderung hin zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen, die zu ganzheitlicher Gesundheit führen, zu erklären und entsprechende Interventionen zu konzipieren, werden unterschiedliche Modelle der Verhaltensveränderung herangezogen. Die Modelle werden spezifisch im Kapitel 2.2.1 zur Gestaltung von klinisch-psychologischen Interventionen dargestellt. Ein weiterer Fokus der Behandlung liegt vermehrt auf dem Aufbau von Selbstregulationsfähigkeiten (Küfner, 2019). Als Teil des Selbstmanagementansatzes wird auf das Konzept der Selbstregulation gesondert im Kapitel 2.4.1 eingegangen.

#### 2.1.3.3 Ausgewählte Wirkfaktoren und Erfolgskriterien in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit

In der Behandlung von Alkoholabhängigkeit spielen Wirkfaktoren und Erfolgskriterien eine entscheidende Rolle für die Entwicklung und Optimierung klinisch-psychologischer Interventionen, einschließlich Therapie und Training. Vor dem Hintergrund, dass diese immer multifaktoriell, d. h. die Summe aus Einzelkriterien, multidimensional, d. h. aus unterschiedlichen Perspektiven unterschiedlich bewertet werden können, und multimethodisch erfasst werden, ist es sinnvoll, für ein Forschungsvorhaben eine Auswahl an Aspekten zu treffen, die besonders relevant sind (Gottschalk-Windelen, 1992).

*Wirkfaktoren.* Wirkfaktoren wurden in der Psychotherapieforschung ausführlich untersucht, wobei die sogenannte „Common-Factors“-Forschung allgemeine, übergreifende Faktoren fokussiert und nicht schulen-spezifisch die Wirksamkeit beleuchtet. Entscheidende Forschung zur Wirksamkeit von Therapie liefern Klaus Grawe (1992, 1995b, 1996, 1999) und Grawe und Kollegen (1999a, 1999b), die unabhängig von der Ausrichtung *Therapeuten*- und *Therapievariablen* extrahierten. Grawe, ein angesehener Psychologe und Pionier in der Psychotherapieforschung, identifizierte mehrere therapeutische Faktoren, die sich als allgemeine Wirkmechanismen herausgestellt haben und in verschiedenen Therapieansätzen von Bedeutung sind. Eine der zentralen Komponenten in Grawe's Modell ist die Ressourcenaktivierung (siehe oben), welche die Nutzung und Stärkung der bereits vorhandenen Potenziale und Stärken eines Patienten betont. Indem diese positiv hervorgehoben werden, wird das Selbstvertrauen des Patienten gestärkt und seine Motivation zur Veränderung gefördert. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Problemaktualisierung, die darauf abzielt, die aktuellen Problemstellungen des Patienten nicht nur theoretisch zu diskutieren, sondern sie im therapeutischen Kontext erfahrbar zu machen. Dies hilft den Patienten, sich direkt mit ihren Schwierigkeiten auseinanderzusetzen. Ergänzend dazu steht die motivationale Klärung, die den Fokus darauflegt, die zugrundeliegenden Motive hinter den Verhaltensweisen und Problemen des Patienten zu verstehen und zu klären. Durch dieses tiefergehende Verständnis entwickeln Patienten eine erhöhte Selbstwahrnehmung und Einsicht in ihre persönlichen Herausforderungen. Ein weiterer Schlüsselfaktor ist die

Problembewältigung, die darauf hinausläuft, dass Patienten Strategien und Fähigkeiten zur effektiven Bewältigung ihrer Schwierigkeiten entwickeln. Dies umfasst sowohl kurzfristige Bewältigungsmechanismen als auch langfristige Lösungskompetenzen, die ihnen helfen, ihre Herausforderungen erfolgreich zu meistern. Besonders hervorzuheben ist auch die Bedeutung der therapeutischen Beziehung, die Grawe als essenziell für den Therapieerfolg ansah. Diese Beziehung sollte auf Vertrauen, Empathie und Kooperation zwischen Therapeut und Patient basieren, da sie das Fundament für eine effektive Therapie bildet. Zusammenfassend bieten diese von Grawe identifizierten Wirkfaktoren einen integrativen Ansatz, der kognitive, emotionale und verhaltensorientierte Interventionen miteinander kombiniert, um eine effektive und ganzheitliche psychotherapeutische Behandlung zu gewährleisten.

In der Verarbeitung der vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse hat Sidiropoulou (1998) Kategorien zur Erfassung und Wirksamkeit des therapeutischen Prozesses gebildet. Diese umfassen Klientenvariablen, Therapeutenvariablen und Strukturvariablen. Zusätzlich können Umfeldvariablen, Therapievariablen und soziale Unterstützungsvariablen als Wirkfaktoren herangezogen werden (Bachelor & Horvath, 2001; Czogalik, 1988; Enke & Czogalik, 1994; Fydrich et al., 2007; Garfield, 1982; Gottschalk-Windelen, 1992; Grawe, 1995a, 1996, 2000, 2004; Rogers, 1961, 1974; Sidiropoulou, 1998). Haller (2011) untersuchte Wirkfaktoren in der stationären Alkoholentwöhnung und postuliert, dass Patienten mit ihren persönlichen Eigenschaften und Erfahrungen den Therapieerfolg mit determinieren und damit Alter, Geschlecht, Familienstand, Wohnsituation, sozioökonomischer Status und vorangegangene Entwöhnungsbehandlungen zu sogenannten Klientenvariablen gezählt werden. Unter Umfeldvariablen subsummiert er die Zufriedenheit mit den Behandlungsgegebenheiten sowie die Interaktion mit den Mitpatienten. Zu den Therapievariablen zählt er die vorher beschriebenen Aspekte von Grawe (Problemklärung, Problembewältigung, Ressourcenaktivierung und Kompetenzerweiterung). Therapeutenvariablen inkludieren eine Einschätzung des Patienten über die Kompetenz und die Qualität der Beziehung, und unter sozialen Unterstützungsvariablen wird die tatsächlich empfundene potenzielle Unterstützung verstanden.
Die Diskussion von Persönlichkeitseigenschaften als Wirkfaktoren in der Therapie ist zugunsten von Prozessmodellen in den Hintergrund gerückt. Dennoch gibt es Stimmen, die die klassischen fünf Persönlichkeitsdimensionen – Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit – nicht außer Acht lassen wollen (Bandura, 2005).

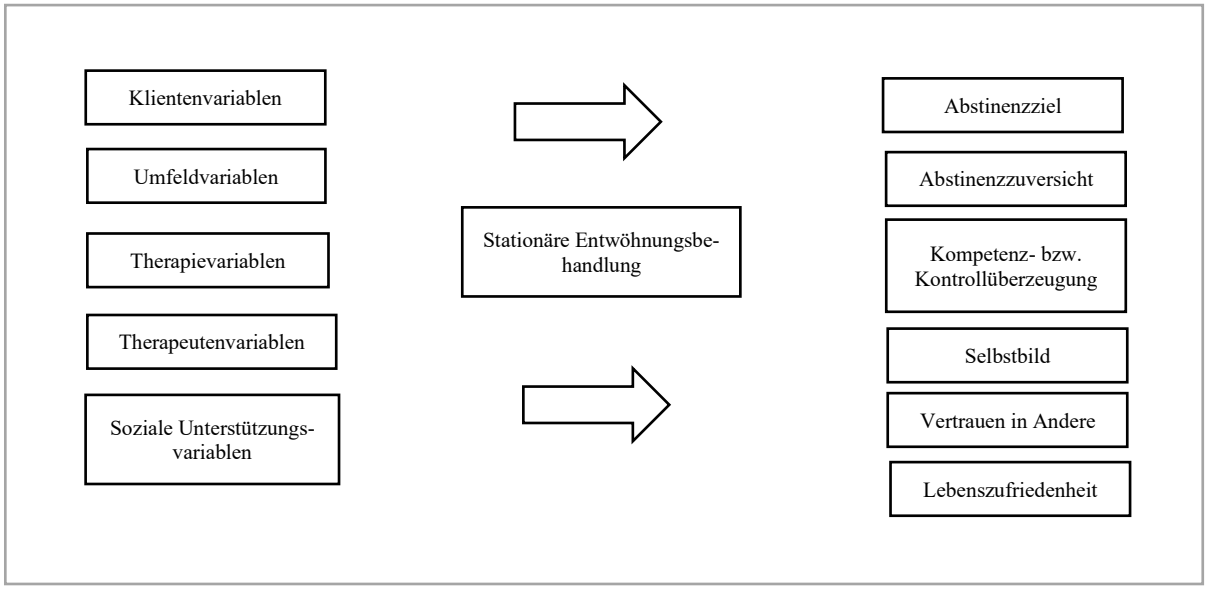
*Erfolgskriterien.* In der Behandlung von Alkoholabhängigkeit stellt *Abstinenz* als absolutes Therapieziel, auch in der Fachwelt kontrovers diskutiert, nach wie vor ein Erfolgskriterium dar. Rückfälligkeit wird mittlerweile als Teil des Krankheitsgeschehens gewertet. Trotzdem sind möglichst lange Abstinenzzeiten und die möglichst kurze Dauer einer Rückfälligkeit erstrebenswert. Die Haltung der

Patienten gegenüber Abstinenz und die diesbezügliche Motivation sind häufig schwankend und reichen von Trinkmengenreduktion, kontrolliertem Trinken und Intervalltrinken bis zur strikten Alkoholkarenz (Knox et al., 2018; Shmulewitz et al., 2021; Süß, 2004). Daher kommt der Motivationsarbeit in der Behandlung (siehe Kapitel 2.1.3) große Bedeutung zu, wobei sowohl die Formulierung eines klaren Abstinenzziels als auch die tatsächliche zeitliche Abstinenz als Erfolg gewertet werden können.

*Abstinenzzuversicht* stellt einen weiteren wichtigen Faktor in der erfolgreichen Behandlung von Alkoholabhängigkeit dar. Nach Körkel und Schindler (1996, 2003), die einen entsprechenden Fragebogen entwickelten (KAZ-359), ist Abstinenzzuversicht die Überzeugung eines Patienten, herausfordernde Situationen ohne den Konsum von Alkohol bewältigen zu können. Dies steht in engem Zusammenhang mit dem Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung und „Kompetenzüberzeugung" nach Bandura (1977, 1992). Dieser Zusammenhang wurde unter anderem in einer Langzeitstudie von Zingg und Kollegen (2009) nachgewiesen. Die Kompetenzerwartung ist verbunden mit der Theorie der Kontrollüberzeugung nach Rotter (1967, 1971) und deren Weiterentwicklung zum Erwartungs-Wert-Modell nach Krampen (1987), der den Aspekt der Erwartung an die eigenen Fähigkeiten, sprich an das Vorhandensein und die Verfügbarkeit der individuellen Kompetenzen, hervorhebt (Krampen, 1991, 1997). Ebenso steht in diesem Kontext das Konstrukt des Selbstvertrauens. Fuchs (1998) postuliert eine positive Veränderung des Selbstbildes als Erfolg in der Therapie von Alkoholabhängigkeit, die selbstbezogene Kognitionen miteinbezieht. Sogenannte „dysfunktionale Kognitionen" konnten häufig in Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit dokumentiert werden (Knox et al., 2018). Die Reduktion dieser kann damit ebenfalls als Erfolgskriterium gewertet werden. Etwaige Komorbiditäten (Angsterkrankungen, Depression) gelten wie oben erläutert als Einflussfaktor für Alkoholabhängigkeit (Schwoon, 2001). Das Reduzieren ebendieser wird daher auch zu den Erfolgskriterien gezählt. 1991 wurde von der *Division of Mental Health and Prevention of Substance Use* der WHO in Genf ein Fragebogen zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität entwickelt, um diese, im deutschsprachigen Raum als Lebenszufriedenheit bezeichnete, in der Behandlung von Abhängigkeit zu erheben. Das Konzept der Lebenszufriedenheit als Kriterium heranzuziehen, fußt auf der oben beschriebenen ganzheitlichen WHO-Definition von Gesundheit (= physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden) (WHO, 1947). Auf die Schnittmengen und Zusammenhänge von Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden wird im Kapitel 2.2.1 näher eingegangen. Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, ist Wohlbefinden damit nicht nur ein anstrebenswerter Zustand und Erfolgskriterium an sich, sondern kann auch als Ressource und Schutzfaktor interpretiert werden. Es können somit eine Vielzahl an Wirkfaktoren und Erfolgskriterien herangezogen werden. Eine Darstellung nach Haller findet sich in Abbildung 4. Für die vorliegende

Arbeit wird eine Auswahl zur Untersuchung herangezogen und in einem Modell zusammengeführt. Dieses wird am Ende des theoretischen Hintergrunds ausführlich dargestellt.

*Abbildung 4:Wirkfaktoren und Erfolgskriterien nach Haller 2011*



## 2.2 Entwicklung und Evaluierung von klinisch-psychologischen Interventionen

Die Behandlung von Alkoholabhängigkeit im stationären Rahmen wird dem Feld der klinischen Psychologie zugeschrieben und beinhaltet damit auch klinisch-psychologische Interventionen. In folgendem Kapitel werden klinisch-psychologische Interventionen definiert, ihre Konzipierung und Evaluierung erläutert und im Zuge dessen auf Modelle der Verhaltensveränderung eingegangen.

### 2.2.1 Definition von klinisch-psychologischen Interventionen

Die Teildisziplin *Klinische Psychologie* umfasst verschiedene Bereiche wie die Ätiologie, die Epidemiologie sowie Klassifikation bzw. Diagnostik und die Behandlung von psychischen Leidenszuständen und Störungen (Perrez, 1991; Perrez & Baumann, 2011). Damit sind auch klinisch-psychologische Interventionen in diesen Bereich integriert. Eine Intervention, vom *Lateinischen „intervenire"* (Hau et al., 2012) – übersetzt „dazwischenkommen", „dazwischentreten", „sich einschalten" – ist ein gezielter Eingriff, um das Erleben und/oder Verhalten einer Person oder Gruppe positiv zu verändern (Perrez, 1991). Nach Bastine (1992) sind damit sämtliche Formen professioneller psychologischer Unterstützung bei der Bewältigung psychischer, aber auch sozialer und körperlicher Beeinträchtigungen und Störungen zusammengefasst. Nach Diagnostik und Indikationsstellung, sind Interventionen der nächste Schritt im Behandlungsprozess, welcher mit einer Evaluation abschließt. Klinisch-psychologische Interventionen werden einerseits durch die Definition von Gesundheit der WHO charakterisiert, die psychische, körperliche und soziale Aspekte umfasst, und andererseits als spezifische psychologische Maßnahmen betrachtet, die gemäß Perrez und Baumann (2011) durch sechs Merkmale gekennzeichnet sind: die Wahl der Mittel, die spezifische Interventionsfunktion, die Zielorientierung, die theoretische Fundierung, die empirische Evaluation und die Professionalität des Handelns. Letzteres beinhaltet die Prämisse des Expertenwissens, das sich nach Perrez und Baumann (2011) aus nomologischem, nomopragmatischem und Tatsachenwissen zusammensetzt. Der behandelnde Psychologe muss eine Expertise über gesetzesartige Zusammenhänge, über praktische Verwertbarkeit und z. B. Epidemiologie besitzen, um eine erfolgreiche Behandlung gewährleisten zu können. Die entsprechenden Interventionen benötigen eine wissenschaftliche Fundierung und sind durch die Spezifität der Methode charakterisiert (Perrez & Baumann, 2011). Zu den klinisch-psychologischen Interventionsformen zählen unter anderem Beratung, Mediation, Psychotherapie, Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen, Psychoedukation, Training und zunehmend auch Online-Interventionen (Andersson, 2018).

Eine spezifische Form ist das Training. Eine Trainingsintervention in der klinischen Psychologie, wie sie in der vorliegenden Arbeit konzipiert und evaluiert werden soll, ist ein strukturiertes Programm, das evidenzbasiert entwickelt wird, um spezifische Fähigkeiten, Verhaltensweisen oder kognitive Strategien bei Klienten zu verbessern. Diese Definition eines Trainings beschreibt auch das systematische Einüben von Techniken bzw. erlenen von Kompetenzen um bestimmte Ziele, wie die Förderung des Wohlbefindens oder die Reduktion psychischer Belastung, zu erreichen. Der Fokus liegt auf praktischen Übungen und Aktivitäten, die die Teilnehmer aktiv mit einbeziehen und dabei ein Erlernen von neuen Fähig- und Fertigkeiten unterstützen.

### 2.2.2 Entwicklung von klinisch-psychologischen Interventionen

Die Entwicklung klinisch-psychologischer Interventionen, einschließlich spezifischer Trainingsprogramme, basiert auf einem systematischen, evidenzbasierten Ansatz, der sorgfältig auf die Bedürfnisse der Zielpopulation abgestimmt ist. Der Prozess beginnt zunächst mit einer umfassenden Bedarfsanalyse, bei der die spezifischen psychologischen oder klinischen Bedürfnisse der Zielgruppe identifiziert werden. Dies geschieht durch die Auswertung von Literatur, epidemiologischen Daten und direkten Patientenberichten oder Expertenbefragungen. Ziel ist es, ein klares Verständnis der Probleme und Bedürfnisse zu gewinnen, auf deren Basis spezifische Ziele der Intervention definiert werden (Jacobi, 2011).

Die theoretische Grundlage bildet das Herzstück der Intervention. Hierbei werden psychologische Theorien und Modelle herangezogen, um die relevanten Mechanismen zu erklären. Für die vorliegende Arbeit sind zum einen Modelle der Verhaltensanpassung relevant, die entscheidende Faktoren identifizieren, die die Adaption des Verhaltens ermöglichen und die in der Intervention moduliert werden sollen. Konkret bedeutet das: „Was macht es möglich, dass ein Patient sein bisheriges Verhalten zu Gunsten eines passenderen Verhaltens verändert?“ In der klinisch-psychologischen Praxis werden hier häufig Erkenntnisse zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens verwendet. Für die Bewältigung und den Umgang mit einer chronischen Erkrankung sind sie essenziell. Zum anderen werden Modelle herangezogen, die spezifische Ziele adressieren. Damit ist gemeint: „Was soll mit dem veränderten Verhalten erreicht werden?“ In dieser Forschungsarbeit wird das Modell des Positiven Selbstmanagements nach Braun (2019, 2021) und Braun und Kollegen (2017, 2020, 2023) verwendet (siehe kap. 2.4) Mithilfe der Modelle und der Bezeichnung der Faktoren bzw. Ziele kann eine adäquate Planung, Konzipierung und Evaluierung gewährleistet werden. In folgendem Abschnitt werden Modelle der Verhaltensveränderung skizziert.

In der Erforschung von Verhaltensanpassung gibt es grundsätzlich zwei Richtungen: kontinuierliche und dynamische Modelle und aufgrund wissenschaftlicher Weiterentwicklung auch integrative Modelle, die beide Ansätze kombinieren. Jede Theorie bzw. jedes Modell hebt spezifische Dimensionen hervor, die entscheidend bei der Planung und Durchführung von Interventionsmaßnahmen sind. Kontinuierliche Modelle beinhalten hauptsächlich kognitive und affektive Variablen, wie Risikowahrnehmung, Selbstwirksamkeitserwartung und Einstellungen, die als prädikativ für gewünschtes Verhalten betrachtet werden (Lippke & Schüz, 2022). Beispiele für kontinuierliche Prädikationsmodelle sind die Theorie der Schutzmotivation (PMT) nach Rogers (1975), die Theorie des geplanten Verhaltens (TPB) nach Ajzen (1991), das Health-Belief-Modell (HBM) nach Becker (1974) sowie die sozial-kognitive Theorie nach Bandura (1997). Diese Modelle gehen davon aus, dass Individuen auf den entsprechenden Variablen auf einem Kontinuum positioniert werden können, welches eine Verhaltensprädikation ermöglicht (Lippke et al., 2021; Scholz & Schwarzer, 2005).

Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (HBM) betont beispielsweise die Bedeutung der Wahrnehmung von Risiken und des Schweregrads von Erkrankungen. In einer klinischen Intervention sollte daher zunächst eine Aufklärung darüber erfolgen, wie eine individuelle Erkrankung das Leben der Betroffenen beeinflussen kann. Durch gezielte Informationen lässt sich das Bewusstsein für eigene Risiken schärfen, und die Vorstellungen über den Schweregrad möglicher gesundheitlicher Probleme können modifiziert werden. Das Modell berücksichtigt jedoch weder Intention noch Selbstwirksamkeitserwartung, was unter anderem nach Kok und Kessel (2018) entscheidend wäre. In der Theorie der Schutzmotivation (PMT) ist es hingegen entscheidend, den Patienten zu zeigen, dass ihre Verhaltensänderungen tatsächlich wirksam gegen die identifizierten Risiken sind. Für eine Intervention könnte man demnach auch Techniken zur Stärkung der Selbstwirksamkeit einbeziehen, um den Patienten zu helfen, Vertrauen in ihre Fähigkeit zur Verhaltensänderung zu entwickeln. Die Theorie des geplanten Verhaltens (TPB) hebt die Rolle von Einstellungen dem Verhalten gegenüber, subjektiven Normen und wahrgenommener Verhaltenskontrolle hervor. Interventionsstrategien könnten darauf abzielen, positive Einstellungen gegenüber gesundheitsförderlichem Verhalten zu fördern. Außerdem sollte die wahrgenommene Kontrolle über das Verhalten positiv beeinflusst werden, indem Patienten Werkzeuge und Strategien zur Verfügung gestellt werden, die ihre Fähigkeiten unterstützen. In der sozialkognitiven Theorie liegt der Fokus auf Selbstwirksamkeit und Zielsetzung. Eine effektive Intervention sollte daher die Patienten dazu ermutigen, klare und erreichbare Ziele zu setzen, während gleichzeitig Vertrauen in ihre Fähigkeiten gefördert wird. Beispielhafte Zielsetzungen und Feedback zu Fortschritten können helfen, die Motivation aufrechtzuerhalten. Die sozial-kognitive Theorie betont besonders Ziele und Selbstwirksamkeitserwartung als Prädikatoren für Verhalten. Eine Meta-Analyse von Young et al. (2014) zeigt Selbstwirksamkeit, Wahrnehmung von Barrieren (Hürden/Herausforderungen) und

soziale Unterstützung als signifikant, welche dementsprechend in eine Intervention integriert werden sollten. Andere Modelle postulieren, Phasen zu berücksichtigen, um spezifische Strategien für jede Phase entwickeln zu können – von der Aufklärung und Motivation in der prä-kontemplativen Phase bis hin zu konkreten Handlungsplänen in der Aktionsphase. Ein Hybridmodell ist das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens, auch bekannt als Health Action Process Approach (HAPA) nach Schwarzer (2008), welches eine integrative Perspektive auf die Veränderung von Gesundheitsverhalten bietet, indem es sowohl lineare als auch stadienbasierte Annahmen kombiniert. Entwickelt von Ralf Schwarzer beschreibt das Modell einen strukturierten Prozess, der aus prä-dezisionalen und volitionalen Phasen besteht (Schwarzer, 2008). Ein zentrales Element des HAPA-Modells ist die Risikowahrnehmung, die als subjektive Einschätzung des eigenen Risikos für gesundheitliche Probleme angesehen wird. Ein erhöhtes Bewusstsein für diese Risiken führt dazu, dass Individuen die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung intensiver wahrnehmen. Darüber hinaus spielen die Ergebniserwartungen eine entscheidende Rolle. Menschen wägen die positiven und negativen Konsequenzen eines spezifischen Gesundheitsverhaltens ab, was ihre Entscheidung beeinflusst, ob sie eine Verhaltensänderung anstreben. Die Selbstwirksamkeitserwartung ist ein weiterer Schlüsselfaktor, der die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass eine Intention zur Verhaltensänderung entwickelt wird. Nachdem eine Zielsetzung erfolgt ist, wird die genaue Planung – wann, wo, wie – entscheidend für die Umsetzung des gewünschten Verhaltens. Konkrete Handlungspläne, die durch spezifische „Wenn-Dann“-Strukturen charakterisiert sind, erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Intentionen erfolgreich in Verhalten umgesetzt werden. In der folgenden aktionalen Phase wird die Handlung initiiert und aktiv verfolgt. Hierbei übernehmen die Individuen die Kontrolle über ihre Intentionen und passen ihre Strategien bei Bedarf an. Die Selbstwirksamkeit bleibt während dieser Phase ein fortlaufender Schlüssel zum Erfolg. Ein weiterer wichtiger Aspekt des HAPA-Modells ist das Barrierenmanagement. Um das angestrebte Verhalten langfristig aufrechtzuerhalten, müssen sowohl individuelle als auch Umweltressourcen mobilisiert werden, um Hindernisse zu überwinden. Metakognitive Strategien zur Selbstkontrolle und Motivation sind hierbei von großer Bedeutung (Schwarzer, 2008). Die Erkenntnisse aus dem HAPA-Modell können effektiv in klinisch-psychologischen Interventionen integriert werden. Damit können Experten Patienten dabei unterstützen, effektive Verhaltensänderungen zu erreichen. Interventionen sollten zunächst mit umfangreichen Aufklärungsprogrammen beginnen, die die Patienten über ihre spezifischen Gesundheitsrisiken informieren. Der Einsatz visueller Hilfsmittel sowie persönlicher Erfolgsgeschichten von Betroffenen kann dabei helfen, emotionalen Bezug herzustellen und das Risiko stärker zu vergegenwärtigen. Um das Vertrauen der Patienten in ihre Veränderungsfähigkeit zu stärken, sollten Interventionen Übungen und Gruppenaktivitäten beinhalten, die positive Erfahrungen ermöglichen und Selbstwirksamkeitserwartungen fördern. Ein weiterer zentraler Bestandteil von Interventionen

besteht darin, die Patienten bei der Entwicklung konkreter Handlungspläne zu unterstützen. Hierzu gehören die Identifizierung realistischer Schritte zur Umsetzung des Verhaltens sowie das Festlegen von Zeitrahmen (Fuchs et al., 2012). Zusätzlich sollten Interventionen die Antizipation möglicher Hindernisse berücksichtigen. Therapeuten können Strategien zur Überwindung dieser Herausforderungen bereitstellen und Patienten anleiten, wie sie mit Rückschlägen umgehen können. Regelmäßige Rückmeldungen und Bewertungen des Fortschritts in der aktionalen Phase sind ebenso wichtig, um den Patienten zu motivieren und gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen. Durch die konsequente Integration dieser Elemente in klinisch-psychologische Interventionen wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Patienten ihre Intentionen in tatsächliche Verhaltensänderungen umsetzen können. Dies trägt nicht nur zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens bei, sondern stärkt auch die allgemeine Lebensqualität der Betroffenen auf lange Sicht.

Neben den in den angeführten Modellen beschriebenen Variablen ist zusätzlich die Berücksichtigung externer Einflussfaktoren von entscheidender Bedeutung. Beispielsweise ist das soziale Umfeld, in dem sich Patienten bewegen, oft entscheidend für den Erfolg der Intervention. Soziale Unterstützung durch Familie und Freunde kann die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Patienten ihre Ziele erreichen (Lippke et al., 2021).

In der Konzeptionsarbeit von Interventionen werden konkrete Strategien und Techniken entwickelt, die darauf abzielen, die identifizierten Ziele zu erreichen. Diese können eine Vielzahl an Methoden umfassen, wie etwa Psychoedukation, kognitive Umstrukturierung, Verhaltensaktivierung, Selbstmanagementtechniken, Implementierungsintentionen (Wenn-Dann-Pläne) und praktische Übungen, z. B. Rollenspiele. Die Entwicklung dieser Komponenten orientiert sich an der Evidenzlage und wird durch theoretische und praktische Überlegungen unterstützt.

### 2.2.3 Evaluation von klinisch-psychologischen Interventionen

Um Behandlung erfolgreich weiterentwickeln zu können und dem Anspruch einer Qualitätssicherung gerecht zu werden, hat sich die Wissenschaft, besonders die Psychotherapieforschung, mit der Beurteilung von Interventionen beschäftigt. Die Evaluierung ist auch vor dem Hintergrund der Gesundheitspolitik gefordert, da die Kostenträger Effektivität und Effizienz dokumentiert sehen wollen (Jäckel et al., 2002).

In der Psychotherapieforschung ist es üblich, analog zur Pharmaprüfung die Entwicklung und Evaluierung in vier Phasen zu gliedern (Buchkremer & Klingberg, 2001). In Phase I werden Psychotherapiekonzeptionen erarbeitet. Diese Phase umfasst die Beschreibung des Forschungsgegenstands

basierend auf klinischer Erfahrung, Plausibilität und bestehenden Erkenntnissen aus Analogstudien. Untersuchungen zur Verträglichkeit und Akzeptanz eines Verfahrens finden ebenfalls in dieser Phase statt. Ziel ist es, die Intervention theoretisch und praktisch zu konstruieren, wobei explizite Regeln und Anwendungsmanuale entwickelt werden (siehe Kapitel 2.2.2). In Phase II wird die Exploration systematisch fortgesetzt, indem Patienten mit klar definierten Einschlusskriterien beobachtet werden, meistens in Einzelfall- oder Zeitreihenstudien. Hierbei werden mögliche Risiken und Nebenwirkungen exploriert, ohne strenge experimentelle Kontrolle. Grob zusammengefasst gewährleistet nach der Bedarfserhebung und Festlegung der theoretischen Grundlagen eine Pilotierung der Intervention oder des Trainings, dass die geplanten Ansätze funktionieren und von der Zielgruppe akzeptiert werden bzw. entsprechend adaptiert werden müssen. In dieser Phase werden qualitative und quantitative Daten gesammelt, um die Durchführbarkeit, Akzeptanz und erste Wirksamkeit zu bewerten. Feedback von Teilnehmern und Therapeuten spielt eine entscheidende Rolle bei der Optimierung des Programms. In Phase III wird die Wirksamkeit der Intervention in umfangreichen klinischen Prüfungen, meist als randomisierte kontrollierte Studien (RCT), bestätigt. Diese Phase ist entscheidend für den wissenschaftlichen Nutzen eines Verfahrens. Solche Studien adressieren methodische Anforderungen wie Poweranalyse und Dropout-Analyse. Zudem werden Begleitstudien zur Prozess-Outcome-Forschung empfohlen. Einzelfallstudien können auch als Wirksamkeitsnachweis dienen, obwohl sie weniger verbreitet sind. Nach der erfolgreichen Phase III kann eine Intervention anerkannt werden. In Phase IV wird die klinische Nützlichkeit und Effektivität unter Praxisbedingungen untersucht. Hier wird der Fokus von strengen Wirksamkeitsprüfungen zu einem breiteren Verständnis von Lebensqualität und Kosten-Nutzen-Aspekten verschoben. Die externe Validität wird priorisiert, während interne Validitätskriterien flexibilisiert werden (Jacobi, 2011). Ebenfalls ähnlich zur Medikamentenprüfung gibt es detailliert ausgearbeitete Checklisten, die wissenschaftliche Standards zur Sicherstellung hoher Studienqualität gewährleisten. Einer dieser Standards verlangt die transparente und nachvollziehbare Berichterstattung von Studienergebnissen. Dafür existiert der sogenannte CONSORT-Leitfaden (Consolidated Standards of Reporting Trials statement), der detaillierte Berichtsstandards bietet, um Verzerrungen in der Schätzung von Behandlungseffekten zu vermeiden. Dazu gehört zum Beispiel eine präzise Dokumentation aller einbezogenen Fälle, einschließlich Abbrecher und nicht auswertbarer Fälle (siehe Anhang) (Moher et al., 2004, 2010; Schulz et al., 2011).

Grawe (1997) postuliert vor allem die Prozessforschungsphase, die sich auf die Wirkmechanismen und Veränderungsprozesse konzentriert. Sie ist besonders relevant, um neue Erkenntnisse zur Wirksamkeit zu gewinnen und Behandlungsmethoden fortlaufend anzupassen und zu erweitern (Kazdin, 2019). Es geht um den innovativen Ausbau durch zum Beispiel ein neues Verständnis einer psychischen Erkrankung und den Nachweis der Wirksamkeit. Für das vorliegende Forschungsprojekt trifft das auf das

justierte Verständnis der Alkoholabhängigkeitserkrankung als chronische Erkrankung zu und die daraus entstandene Forderung, die Behandlung zu ergänzen und/oder anzupassen bzw. weiterzuentwickeln bzw. absolute Abstinenz nicht als einziges Erfolgskriterium zu werten. Lutz (2005) unterscheidet zwei Hauptkategorien der Evaluation von Interventionen: die tatsächliche Wirksamkeitsprüfung, d. h. meist den Vergleich verschiedener Anwendungen hinsichtlich Effektivität, und die Konzentration auf die Wirkungsweise, d. h. das Beleuchten der wirksamen Prozesse und Wirkungsparameter. Diese Arbeit beinhaltet beide Aspekte, sowohl die Bewertung der Effektivität der konzipierten Intervention als auch die Auseinandersetzung mit Wirkprinzipien und Veränderungsmechanismen.

Für die Beurteilung von Interventionen differenziert Scriven (1991, 2007) zwischen formativer und summativer Evaluation. Erstere dient der Adaptation laufender Prozesse, während die summative Evaluation die Wirksamkeit eines abgeschlossenen Projekts bewertet. Für eine Wirksamkeitsprüfung, eine summative Evaluation, werden häufig klinisch-experimentelle Settings gewählt, um einen Effekt dezidiert einer Intervention zuschreiben zu können. Die oben angeführten sogenannten Randomized Controlled Trials (RCT) zeichnen sich durch hohe interne Validität, homogene und randomisiert zugeteilte Stichproben und manualisierte Interventionen aus, um konfirmatorisch deduktive Hypothesen zu überprüfen (Jacobi, 2011). Dem gegenüber steht die quasi-experimentelle oder naturalistische Forschung, die meist eine gute externe Validität aufweist. Hier wird untersucht, inwieweit Interventionen auch unter nicht kontrollierten Bedingungen wirksam sind. Für die Evaluation von Maßnahmen werden nach Tolin et al. (2015) sowohl experimentelle als auch naturalistische Settings und auch die Überprüfung des Fortschritts im Einzelfall empfohlen. Zudem wird darauf hingewiesen, dass eine umfassende Evaluation nur stattfinden kann, wenn Replikationen umgesetzt und entsprechende Meta-Analysen durchgeführt werden.

Die Bewertung von Trainingsmaßnahmen nach dem Modell von Donald Kirkpatrick (Kirkpatrick & Craig, 1970; Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006, 2016) ist ein gängiges Verfahren in der Praxis, um die Wirksamkeit von Schulungen und Trainingsinterventionen systematisch zu evaluieren. Das Modell umfasst vier Ebenen, die von der unmittelbaren Reaktion der Teilnehmer (Ebene I), dem Gelernten (Ebene II), dem Verhalten (Ebene III) bis hin zu langfristigen Ergebnissen (Ebene IV) reichen. Diese Bewertungsansätze sind auch im klinisch-psychologischen Setting von Bedeutung, insbesondere bei der Einführung und Überprüfung von Trainingsinterventionen zur Förderung psychischer Gesundheit. Die erste Ebene, „Reaktion“, erfasst die unmittelbare Rückmeldung der Teilnehmer auf das Training, wobei Aspekte wie Relevanz, Zufriedenheit und Nützlichkeit im Fokus stehen (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006, 2016). In einem klinischen Kontext können Feedbackbögen oder qualitative Interviews zur Datenerhebung eingesetzt werden, um zu verstehen, wie die Teilnehmer das Training bewerten

und ob sie sich davon angesprochen fühlen. Die zweite Ebene, „Lernen“, bezieht sich auf den Wissens- und Kompetenzerwerb der Teilnehmer. Diese Ebene misst, ob die vorgesehenen Lernziele erreicht wurden, etwa durch Vorher-Nachher-Vergleiche oder standardisierte Tests. Im klinisch-psychologischen Bereich könnten diese Tests beispielsweise das Erlernen spezifischer kognitiver Techniken oder Coping-Strategien betreffen, die für die Behandlung von psychischen Störungen von zentraler Bedeutung sind (Sitzmann & Weinhardt, 2019; Sitzmann et al., 2010). Dies inkludiert auch den Erwerb von Selbstmanagementkompetenzen. Die dritte Ebene, „Verhalten“, ist von besonderer Relevanz im klinischen Setting, da sie sich darauf konzentriert, inwiefern die Teilnehmer das Gelernte in ihrem Alltag umsetzen. Eine Veränderung des Verhaltens ist ein zentraler Indikator für den Erfolg klinischer Interventionen, wie beispielsweise bei der Rückfallprävention in der Suchttherapie oder bei der Anwendung von Achtsamkeitstechniken bei Angststörungen (Blume, 2020). Hier können Selbsteinschätzungsfragebögen, Langzeitbeobachtungen, (Follow-up-)Befragungen und Verhaltensanalysen nützliche Instrumente zur Evaluation sein. Die vierte und letzte Ebene, „Ergebnisse“, bewertet die übergeordneten Auswirkungen des Trainings. Im klinisch-psychologischen Kontext könnten solche Ergebnisse durch eine Verbesserung der Lebensqualität, eine Reduktion der Symptomatik oder eine Erhöhung der Resilienz gemessen werden (Donaldson & Grant-Vallone, 2002). Diese Ebene ist wichtig, um den Gesamterfolg der Intervention zu beurteilen, etwa indem klinische Outcome-Messungen wie der WHO-5-Well-Being-Index eingesetzt werden.

Eine weitere Methode der Evaluierung beschreibt der „Zehn-Schritte-Plan“ von Beywl und Balzer (2015) bzw Beywl et al. (2020). Der Evaluationsrahmen kann effektiv auf die Evaluierung klinisch-psychologischer Interventionen angewendet werden, um deren Qualität und Wirksamkeit systematisch zu bestimmen. Der Prozess beginnt mit der Klärung des Evaluationsgegenstands, bei dem präzise festgelegt wird, welche klinisch-psychologische Intervention untersucht wird, sei es etwa eine spezifische Therapieform oder ein gesamtes Behandlungsprogramm. Dazu gehört auch die Entscheidung, welche Aspekte, wie zum Beispiel die Wirksamkeit, Effizienz oder Patientenzufriedenheit, im Mittelpunkt stehen. Im Anschluss wird der Evaluationszweck festgelegt, der klärt, warum die Evaluation durchgeführt wird. Mögliche Gründe können die Verbesserung der Therapie, die Validierung eines neuen Ansatzes oder das Erfüllen regulatorischer Anforderungen sein. Daraufhin werden spezifische Evaluationsfragen entwickelt, um gezielt Informationen zu generieren. Solche Fragen könnten beispielsweise lauten: „Welche Auswirkungen hat die Intervention auf die Symptomreduktion?“ oder „Wie zufrieden sind die Patienten mit der Behandlung?“. Die nächste Phase umfasst die Festlegung von Indikatoren, also messbaren Kriterien, die den Erfolg oder Misserfolg der Intervention evaluierbar machen. Beispielsweise könnten die Reduktion von Symptomen, die Verbesserung der Lebensqualität oder die Therapietreue zu den Indikatoren gehören. Darauf aufbauend werden Methoden zur Datenerhebung und -

analyse ausgewählt, darunter quantitative Ansätze wie Fragebögen und qualitative Methoden wie Interviews oder Fallstudien. Es folgt die Entwicklung spezifischer Erhebungsinstrumente, die auf die Intervention abgestimmt sind, wie etwa validierte Skalen zur Messung psychischer Symptome. Eine detaillierte Planung der Datenerhebung sorgt dafür, dass alle zeitlichen und logistischen Aspekte im Rahmen des klinischen Settings berücksichtigt werden, während gleichzeitig ethische Standards und Datenschutzrichtlinien eingehalten werden müssen. Die anschließende Phase der Datenerhebung beinhaltet die systematische Sammlung der notwendigen Informationen unter Beachtung dieser Normen. Die gesammelten Daten werden analysiert, um Antworten auf die Evaluationsfragen zu generieren und die Effektivität der Intervention anhand der zuvor festgelegten Indikatoren zu bewerten. Abschließend wird ein detaillierter Bericht erstellt, der die Ergebnisse klar präsentiert und Entscheidungsträgern sowie klinischen Praktikern dabei hilft, informierte Entscheidungen über die klinische Praxis oder zukünftige Forschungsrichtungen zu treffen. Durch diese strukturierte Vorgehensweise können gezielte Verbesserungen vorgenommen und die Qualität und Wirksamkeit von klinisch-psychologischen Behandlungsprogrammen fundiert bewertet werden, was zu einer optimierten Patientenversorgung führt.

## 2.3. Positive Psychologie

Das relativ junge Feld der Positiven Psychologie erforscht, was ein „gelingendes Leben“ ausmacht. Zentrale Themen sind dabei das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit sowie das menschliche Gedeihen und Aufblühen (Thriving/Flourishing). Das Hauptziel der Positiven Psychologie besteht darin, diese Aspekte zu fördern und zu verbessern, um Menschen dabei zu unterstützen, ihr volles Potenzial zu entfalten. Diese Teildisziplin basiert auf einem erweiterten Verständnis von Gesundheit, das nicht nur die Abwesenheit von Krankheit umfasst, sondern auch positive Aspekte wie Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit mit einbezieht (siehe Kapitel 2.1). Im Zusammenhang mit der Behandlung von Alkoholabhängigkeit bietet die Positive Psychologie sowohl in der Theorie als auch in der Praxis wertvolle Ansätze, um diese Ausrichtung sinnvoll zu ergänzen und zu bereichern.

Im folgenden Kapitel werden zunächst verschiedene positiv-psychologische Ansätze zu Wohlbefinden, als eines der dezidierten Ziele der Positiven Psychologie, dargestellt. Anschließend werden ausgewählte Konzepte und Themenfelder der Positiven Psychologie inklusive Positiv Psychologische Interventionen (PPIs), die Wohlbefinden und damit auch Gesundheit generieren und beeinflussen, umrissen und abschließend die Verbindung der beiden Felder Klinische Psychologie und Positive Psychologie als die Positive Klinische Psychologie erläutert. Die beschriebenen Aspekte sind in das Konzept der positiv-klinisch-psychologischen Intervention dieser wissenschaftlichen Arbeit eingeflossen.

### 2.3.1 Wohlbefinden, Glück, Gedeihen und Aufblühen

Das Streben nach Wohlbefinden und Glück ist tief im Menschen verankert und lässt sich historisch in verschiedenen Kulturen und Gesellschaften finden. In "Glücksvorstellungen in Hochkulturen" liefert Alfred Bellebaum einen Überblick über Glückskonzepte in verschiedenen Gesellschaften. In ägyptischen Schriften ist Glück mit einem erfüllten Jenseits verbunden, abhängig von ethischem Handeln im Diesseits (Assmann, 1994). Indische Texte betonen inneren Frieden und spirituelle Erleuchtung als Pfad zum Glück (von Stietencrom, 1994). Die chinesische Philosophie hebt ein ausgewogenes Leben und Harmonie mit der Natur hervor (Bauer, 1994). In der griechischen Philosophie wird Eudaimonia, ein erfülltes Leben, das auf Tugenden basiert, durch Aristoteles betont (Aristoteles, 2016). Jüdische und christliche Traditionen legen den Fokus auf moralisches Handeln, Nächstenliebe und spirituelle

Erfüllung (Lang, 1994; Veltri, 1994). Diese vielfältigen Ansätze zeigen die kulturelle und zeitliche Varianz in der Definition von Glück und Wohlbefinden.

Die für diese Arbeit relevante wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Wohlbefinden und Glück war ursprünglich und die längste Zeit in der Philosophie beheimatet und ist erst spät in den Fokus der Psychologie gelangt. Psychologie befasste sich in ihren Anfängen hauptsächlich mit der Erforschung von psychischen Störungen und Pathologien, also mit der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten. Vorherrschend waren die psychoanalytischen und behavioristischen Ansätze (Froh, 2004). Mitte des 20. Jahrhunderts mit der Entstehung der *Humanistischen Psychologie* und Vertretern wie Abraham Maslow und Carl Rogers justierte sich die Ausrichtung und integrierte auch Selbstverwirklichung, persönliches Wachstum und positive Aspekte des menschlichen Lebens. Damit war der Grundstein für sowohl Positive als auch Positive Klinische Psychologie gelegt (Froh, 2004; Gable & Haidt, 2005; Jørgensen & Nafstad, 2004; Linley et al., 2006). Maslow war Motivationspsychologe und veröffentlichte 1954 in seinem Werk „Motivation and Personality " ein Kapitel mit dem Titel *„Towards a positive psychology*" und kann daher als einer der Urväter der Positiven Psychologie bezeichnet werden (Froh, 2004; Gable & Haidt, 2005; Maslow, 1978).

Carl Rogers prägte ebenfalls ein Kernkonzept, das sowohl die Klinische Psychologie als auch die Positive Psychologie und deren Verbindung beeinflusst. In seiner „Personenzentrierten Therapie" definierte er die Idee der „fully functioning person", die durch Merkmale wie ein positives und realistisches Selbstkonzept, Selbstaktualisierung, Offenheit für Erfahrung, Akzeptanz, Selbstwirksamkeitserwartung, Empathie und Einfühlungsvermögen gekennzeichnet ist (Froh, 2004; Linley et al., 2006; Proctor et al., 2016; Rogers, 1991, 1995a, 1995b). Auch der österreichische Neurologe und Psychiater Viktor E. Frankl gehört zu den Wurzeln der heutigen Positiven Psychologie (Abrami, 2016; Frankl, 1985; Froh, 2004; Linley et al., 2006; Wong, 2010, 2011, 2020, 2021). Sein zentrales Thema war die Suche nach Sinn und Bedeutung, durch die der Mensch ein tieferes Verständnis für sich selbst entwickeln kann, was zur psychischen Gesundheit beiträgt. Frankls Arbeit hat wesentlich dazu beigetragen, Wohlbefinden als umfassenderes Konzept zu verstehen, das auch das Streben nach Sinn und Erfüllung einschließt (Froh, 2004).

Neben diesen bekannten Vertretern zählen nach Daniela Blickhan (2018, S. 23) auch die Arbeiten von Erik Erikson zu „Lebenslanger Entwicklung", „Seelische Gesundheit" von Marie Jahoda, „Lebensqualität und Wohlbefinden" von Ed Diener, Peter Becker und Beate Minsel und Ressourcenorientierung von Klaus Grawe und Maja Storch zu dem Fundament der Positiven Psychologie. Alan Carr beschäftigt sich in seinem Buch *„Positive Psychology – The Science of Well-Being and Human Strength"* ebenfalls mit den historischen Ursprüngen, nennt es eine Wissenschaft mit „…short history and long past" und führt dabei unterschiedliche Wissenschaftler, wie Maslow, Rogers oder Frederick Fordyce an, die sich

schon früh mit Themen der heutigen Positiven Psychologie beschäftigten. Letzterer veröffentlichte eine Arbeit zur Steigerung des Wohlbefindens und Glücks. Ebenso wird Michael Argyle mit seinem Buch *„Psychology of Happiness“* aus dem Jahr 1987 erwähnt (Carr, 2022, S. 20).

Der amerikanische Psychologe Martin Seligman distanzierte sich bewusst von früheren Arbeiten und der humanistischen Psychologie, als er 1998 in seiner Antrittsrede als Präsident der American Psychological Association (APA) die Positive Psychologie als eigenständige Teildisziplin etablierte (Blickhan, 2018). Dabei legte er Wert auf hohe wissenschaftliche Standards und positionierte die Positive Psychologie als komplementäres Gegenstück zur klassischen und klinischen Psychologie (Carr, 2022; Froh, 2004; Jørgensen & Nafstad, 2004; Linley et al., 2006). Seligmans Ziel war es, die Aufmerksamkeit auf dieses zuvor wenig beachtete Feld zu lenken und finanzielle Mittel für dessen Erforschung und Weiterentwicklung zu mobilisieren (Duckworth et al., 2005). Seligman beschäftigte sich ursprünglich mit Depressionen und dem Konzept der *Erlernten Hilflosigkeit*, was der damals vorherrschenden krankheitsorientierten Ausrichtung der Psychologie entsprach (Seligman, 1975). Doch er forderte, dass psychotherapeutische Interventionen sich nicht nur auf die Behandlung von Störungen beschränken sollten, sondern auch die Förderung von Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und psychischer Leistungsfähigkeit beinhalten müssten (Carr, 2022; Froh, 2004; Gable & Haidt, 2005; Linley et al., 2006).

In dem sogenannten Akumal-Manifest, einem Resultat einer Konferenz zur Präzisierung der neuen Teildisziplin, wurde eine Definition der Positiven Psychologie festgelegt:

> „Positive Psychology“ is the scientific study of optimal human functioning. It aims to discover and promote the factors that allow individuals and communities to thrive. The positive psychology movement represents a new commitment on the part of research psychologists to focus attention upon the sources of psychological health, thereby going beyond prior emphases upon disease and disorder*“* (Sheldon et al., 2002; Sheldon et al., 2011; S. 455–456)

Wie zuvor dargelegt, ist die Entstehung der Positiven Psychologie eng mit einem Paradigmenwechsel im Verständnis von Gesundheit und Krankheit verbunden. Diese ganzheitlichere Perspektive betont die Bedeutung verschiedener positiver und protektiver Faktoren im Leben und bildet die Grundlage für die Integration von Klinischer und Positiver Psychologie (Seligman & Csikszentmihályi, 2000).

Die Definition des Konstrukts Wohlbefindens ist sowohl für die Prävention als auch für die Behandlung von Patienten mit psychischen Leidenszuständen bzw. Störungen zentral. Eine präzise wissenschaftliche Untersuchung des Wohlbefindens erfordert eine systematische Messung von Konzepten wie Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Aufblühen. Die Grundlagen hierfür wurden maßgeblich durch die Arbeit des amerikanischen Psychologieprofessors Ed Diener in den 1980er Jahren gelegt, der die unzureichende Analyse von Wohlbefinden im Vergleich zu „menschlichem Unglück“ kritisierte (Diener, 1984, 2000; Diener et al., 1985, 1991, 1997, 1999, 2000, 2009). Diener führte den Begriff des

*Subjektiven Wohlbefindens (SWB)* ein, der aus einer affektiven und einer kognitiven Komponente besteht. Die affektive Komponente bezieht sich auf die Bilanz zwischen positiv und negativ erlebten Emotionen über einen bestimmten Zeitraum, während die kognitive Komponente die subjektive Einschätzung der Lebenszufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen umfasst, d. h. die individuellen Lebensbedingungen und die persönliche Lebensgestaltung (Diener, 1984, 2000). Im Englischen wird dieses Konstrukt auch als „Hedonic Well-being" bezeichnet (Delle Fave, 2020; Delle Fave et al., 2011; Hefferon, 2013). Zur Messung der allgemeinen Lebenszufriedenheit führten Diener und seine Kollegen den „Satisfaction with Life Scale" (SWLS) ein, einen kurzen, aber validen Fragebogen, der aus fünf Items besteht (Diener, 1984, 2000; Diener et al., 2010). Dieser Fragebogen ist inzwischen ein weit verbreitetes Instrument in der Psychologie und ermöglicht eine präzise Erfassung der Lebenszufriedenheit. Zur Erfassung speziell der affektiven Komponente des Wohlbefindens entwickelten Larsen und Eid (2008) Methoden, die auf der Schätzung des Anteils glücklicher, neutraler oder unglücklicher Gefühle innerhalb eines bestimmten Zeitraums basieren.

Caroll Ryff hat die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Konzept des Wohlbefindens maßgeblich vorangetrieben und ihre Theorien in dem einflussreichen Werk „Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being" (1989) vorgestellt. Ryff kritisiert, dass das Konzept des *Subjektiven Wohlbefindens (SWB*), wie es von Ed Diener beschrieben wurde, lediglich ein Abbild der momentanen Gefühlslage bietet und wenig über tiefere, langfristige Aspekte aussagt, die das Leben prägen. Ihr Modell des *Psychologischen Wohlbefindens (PWB)* erweitert daher den Fokus und integriert sechs zentrale Dimensionen: Selbstakzeptanz, positive Beziehungen, Autonomie, Selbstwirksamkeit, Sinn im Leben und persönliches Wachstum. Diese Dimensionen lehnen sich stark an das griechische Konzept der Eudaimonia an und streben ein umfassendes Verständnis von Wohlbefinden an, das über die momentane Glücksempfindung hinausgeht (Ryff, 1989, 1995, 2018; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008). Ryffs Kritik, dass das SWB-Modell vor allem kurzfristige Emotionen widerspiegelt, während ihr PWB-Modell tiefere und längerfristige Lebensaspekte berücksichtigt, stellt einen wichtigen Beitrag zur aktuellen Debatte über die Definition und Messung von Wohlbefinden dar. Diese Unterscheidung ist nach wie vor ein zentrales Thema in der wissenschaftlichen Diskussion und beeinflusst sowohl theoretische Überlegungen als auch empirische Studien (Blickhan, 2018; Carr, 2022; Delle Fave, 2020; Hefferon, 2013; Huta & Waterman, 2014; Kashdan et al., 2008; Ryan & Deci, 2001; Ryff & Singer, 2008; Seligman & Csikszentmihályi, 2000).

Corey Keyes, ein weiterer Forscher auf dem Gebiet des Wohlbefindens, postuliert, dass das Wohlbefinden sowohl aus emotionalem Wohlbefinden als auch aus funktionalem Wohlbefinden besteht, wobei die emotionale Komponente mit dem Konzept der Affektbilanz von Ed Diener (SWB) und die

funktionale Komponente mit dem psychologischen Wohlbefinden (PWB) nach Ryff vergleichbar ist. Keyes inkludiert im funktionalen Wohlbefinden noch eine interpersonelle Komponente, ein soziales Wohlbefinden (Keyes, 1998). Dieses soziale Wohlbefinden wird über fünf Bereiche generiert. Dazu gehören soziale Kohärenz, soziale Akzeptanz, soziale Aktualisierung, sozialer Beitrag und soziale Integration. Zur Erfassung dieser Dimensionen entwickelte Keyes das Instrument Mental Health Continuum (MHC), das in seiner Kurzform (MHC-SF) emotionales Wohlbefinden über zwei Items, Lebenszufriedenheit über ein Item und funktionales Wohlbefinden (psychologisches und soziales Wohlbefinden) über elf Items erfasst (Keyes, 2002).

In der Weiterentwicklung wurde das Konstrukt des Wohlbefindens umfassender konzeptualisiert und unter dem Begriff „flourishing“ zusammengefasst. Flourishing beinhaltet sowohl SWB als auch PWB sowie psychische Leistungsfähigkeit und persönliches Wachstum (Diener et al., 2009; Huppert & So, 2013; Huppert & Whittington, 2005; Keyes, 2002, 2005, 2007; Seligman & Csikszentmihályi, 2000). Keyes formulierte in diesem Zusammenhang das Doppelkontinuum der psychischen Gesundheit (Dual Continua Model of Mental Health), welches zwei Dimensionen unterscheidet: Die horizontale Achse reicht von psychisch krank bis psychisch gesund, während die vertikale Achse von Aufblühen (Flourishing) bis Verkümmern (Languishing) reicht (Keyes, 2002; Keyes & Michalec, 2009). Dieses Modell betont, dass psychische Gesundheit nicht nur durch das Fehlen von psychischen Krankheiten gekennzeichnet ist, sondern auch durch das Vorhandensein von Flourishing, welches durch positive Emotionen, Lebenszufriedenheit und funktionales Wohlbefinden (PWB und SWB) definiert wird. Außerdem wird hervorgehoben, dass Flourishing trotz bestehender psychischer Erkrankung möglich ist und damit in jedem Fall anstrebenswert. Hintergrund seiner Arbeit sind die Diagnosekriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM), in dem Diagnosekriterien für eine bestimmte psychische Störung, in diesem Fall Depression, festgelegt sind. Keyes argumentiert, dass es gleichermaßen Kriterien psychischer Gesundheit geben müsse, die er durch das oben beschriebene Mental Health Continuum erhebt und die im Grunde die Spiegelung der Kriterien für eine schwere Depression sind (Blickhan, 2017, 2018; Hefferon, 2013; Keyes, 1998, 2002, 2007; Keyes & Michalec, 2009). In einer breit angelegten Studie führte Keyes den Nachweis, dass Personen mit einer diagnostizierten Depression nicht automatisch die Kriterien für „langushing“ erfüllen und bestätigte damit das Konzept seines Doppel-Kontinuum-Models (Keyes, 2002, 2005, 2007). Vor diesem Hintergrund ist es wichtig bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen die Förderung von „flourishing“ zu integrieren.

Ähnlich wie Keyes versuchte Felicia Huppert, Diagnosekriterien aus den Diagnosemanualen ICD und DSM für Depression und Angststörungen zu spiegeln und daraus Kriterien für Wohlbefinden zu

extrahieren (Huppert & So, 2013; Huppert & Whittington, 2005). Huppert und Kollegen untersuchten aber nicht einzelne Personen, sondern konzentrierten sich auf ganze Populationen und entnahmen die Daten einer großen Erhebung (European Social Survey) im Jahr 2006 und 2007. Die Ergebnisse bezüglich der Kriterien waren die Kernmerkmale positive Emotionen, Sinn und Engagement und die Zusatzmerkmale Optimismus, Resilienz, Vitalität, positive Beziehungen, Kompetenz und emotionale Stabilität, die zum Flourishing beitragen. Ihre Analyse zeigt ebenfalls, dass wenig Personen an den Rändern der Verteilungskurve waren. In Kombination mit den Daten zum Anstieg der psychischen Erkrankungen schlussfolgerte die Forschergruppe, dass es als Präventionsmaßnahme angezeigt sei, Flourishing zu fördern.

Eine weitere Herangehensweise, das Konstrukt Flourishing zu erfassen, unternahm eine Forschungsgruppe um Ed Diener (Diener et al., 2010), die den umfangreichen Fragebogen zu psychischem Wohlbefinden (PWB) von Carol Ryff (1989) auf wenige Items konzentrieren und zusätzlich die Aspekte des sozialen Wohlbefindens (SWB) von Corey Keyes (2002) integrieren wollte. Es entstand ein acht-Itemlanger Fragebogen (Flourishing Scale, FS), der das Konstrukt als Gesamtwert generiert. In der Weiterentwicklung entstand der Fragebogen Inventory of Thriving, der als Kurzform (Brief Inventory of Thriving, BIT) 10 Items umfasst (Su et al., 2014). Dieser erhebt als sehr ökonomisches Instrument, ähnlich wie der oben beschriebene MHC, alle drei Facetten des Wohlbefindens und wird daher in dieser Arbeit eingesetzt.

Martin Seligman, Mitbegründer der Positiven Psychologie, postuliert als erklärtes Ziel, Wohlbefinden bzw. Flourishing zu erhöhen (Seligman, 2011a, 2011b, 2012). Er beschreibt sowohl in seinen Büchern „Authentic Happiness“ (2004), als auch in „Flourish. Wie Menschen aufblühen“ (2012) Faktoren, die zu Wohlbefinden und Flourishing beitragen. Das Resultat seiner Arbeit ist das PERMA-V-Modell, in dem zunächst fünf (dann sechs) messbare Faktoren, die zu flourishing führen, definiert und operationalisiert sind. In dem Akronym PERMA-V steht P für Positive Emotionen, E für Engagement, R für Beziehungen (relationship), M für Sinn (meaning), A für Leistung bzw. Ziele (accomplishment) und V für Vitalität. Vitalität wurde später neben Selbstwirksamkeit diskutiert und final in das Modell integriert. Positive Emotionen beziehen sich auf das Erleben von positiven Gefühlen wie Freude, Liebe, Zufriedenheit o. Ä., die zur Anhebung der Stimmung beitragen. Engagement meint das Eintauchen in Tätigkeiten oder Aktivitäten, das Aufgehen in einem Tun oder sogenannte Flow-Zustände. Der Aspekt „Relationship“ bezieht sich auf Verbundenheit mit anderen, auf positive und unterstützende Beziehungen in der Familie, unter Freunden oder in einer Gemeinschaft. Mit Meaning ist das Streben nach Sinn und Bedeutung im Leben gemeint, wie zum Beispiel Engagement in sinnvollen Aktivitäten oder einen Beitrag zu leisten. Achievement bezieht sich auf das Setzen und Erreichen von Zielen und das Erleben von Erfolg. Das Modell betont, dass diese fünf Elemente in Kombination dazu beitragen, ein umfassendes

und nachhaltiges Wohlbefinden zu schaffen. Nach Seligman müssen diese Säulen im Streben nach einem erfüllten Leben berücksichtigt werden. Zur Einschätzung des Wohlbefindens nach dem PERMA-Modell wurde 2013 der PERMA-Profiler entwickelt, der über 23 Items den Status separat für die fünf Säulen angibt. Dadurch können Interventionen angesetzt werden, die spezifisch Inhalte der separaten Säulen bedienen.

Die multidimensionale Natur des Konstrukts Wohlbefinden hat auch die Entwicklung entsprechender Erhebungsinstrumente geprägt, deren Einsatz die Möglichkeit bietet, ein umfassendes und differenziertes Bild zu zeichnen und damit die Validität und Reliabilität von Daten erhöht.

Es haben sich in den letzten Jahrzehnten viele Wissenschaftler, speziell der Positiven Psychologie, mit dem Thema Wohlbefinden, dem menschlichen Gedeihen und Aufblühen, mit dem Erleben von Zufriedenheit und Glück auseinandergesetzt, ganzheitliche Konzepte von Gesundheit entwickelt, Einflusskomponenten auf die Genese von Gesundheit definiert und Gründe benannt, warum es in vielen Bereichen erstrebenswert ist, Wohlbefinden zu fördern. Sonya Lyubomirsky erläutert und fasst in *„The How of Happiness A new approach to getting the life you want“* (2008) unter anderem die positiven Effekte von Wohlbefinden auf Psyche, Verhalten, Gesundheit und Beziehungen zusammen. Der Paradigmenwechsel, Gesundheit nicht mehr nur als bloße Abwesenheit von Krankheit zu sehen, wird von den Arbeiten dieser Forscher getragen und trägt zu einem neuen Umgang mit betroffenen Personen, speziell in der klinisch-psychologischen Behandlung, bei. Das inkludiert auch die Behandlung von Alkoholabhängigkeit, da diese, wie in Kapitel 2.1 beschrieben, das Wohlbefinden auf unterschiedlichen Ebenen beeinträchtigt, häufig von komorbiden psychischen Störungen begleitet ist und Wohlbefinden als protektiver Faktor für Rückfälligkeit gewertet werden kann.

### 2.3.2 Ausgewählte Konzepte und Interventionen der Positiven Psychologie für die klinisch-psychologische Behandlung

Die Positive Psychologie hat sich mittlerweile etabliert und umfasst viele Themenbereiche, die Wohlbefinden fördern, Gesundheit generieren und das gelingende Leben unterstützen und daher berechtigt in der Behandlung von Erkrankungen Anwendung finden. Mit dem ganzheitlichen Konzept von Gesundheit werden Positive Psychologie und die klassische Herangehensweise der Klinischen Psychologie verbunden und dabei Behandlungsmöglichkeiten ergänzt und erweitert. Im Folgenden werden ausgewählte Konzepte umrissen, die der im Zuge dieser Arbeit konzipierten und evaluierten Trainingsintervention als Hintergrund dienten.

*Positive Emotionen.* Das Erleben positiver Emotionen spielt eine zentrale Rolle in Genesungsprozessen, da es wesentliche Beiträge zu Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit leistet (Blickhan, 2018; Cohn & Fredrickson, 2009; Fredrickson, 2001; 2004; 2010; 2013; Huppert & Whittington, 2005; Keyes, 2002; Lyubomirsky, 2008; Lyubomirsky et al., 2005a, 2005b; Seligman, 2011a; 2011b; Sheldon & Lyubomirski, 2006, 2007). Aus evolutionsbiologischer Perspektive sind positive Emotionen weniger vorrangig in der menschlichen Wahrnehmung als negative Emotionen. Negative Emotionen, die intensiver und länger nachwirkten, waren für das Überleben essenziell, da sie als Reaktionen auf Gefahren entwicklungsbedingt eine höhere Priorität erhielten. Positive Emotionen hingegen hatten eine nachrangige Bedeutung, was sich in der neuronalen Architektur des Gehirns widerspiegelt. Blickhan (2018) bringt dies auf den Punkt: „Das Gehirn hat sich nicht entwickelt, um das Leben zu feiern“ (S. 73). Im Rahmen der praktischen Anwendung der Positiven Psychologie ist es daher entscheidend, die Aufmerksamkeit gezielt auf positive Emotionen zu lenken und Menschen zu unterstützen, solche Emotionen aktiv zu generieren. Zu den am häufigsten untersuchten positiven Emotionen zählen Freude, Dankbarkeit, Liebe, Inspiration, Stolz, Vergnügen, Ehrfurcht, Hoffnung, Heiterkeit und Interesse. Diese Emotionen beeinflussen die Art und Weise, wie das Gehirn Informationen verarbeitet, erweitern die kognitive Perspektive und fördern flexible Denkweisen sowie Kreativität. Untersuchungen zeigen, dass positive Emotionen zu veränderten Reaktionszeiten und erhöhter visueller Aufmerksamkeit führen, was Menschen offener für neue Ideen und Lösungen macht (Blickhan, 2018; Fredrickson, 2001; 2004; 2010; 2013; Quoidbach et al., 2015; Betka & Critchley, 2019). Positive Emotionen tragen zudem zum Aufbau von Ressourcen bei, was zu gesteigerter Resilienz und besseren Bewältigungsstrategien führt (Tugade & Fredrickson, 2004). Die bewusste Zuwendung zu positiven Emotionen, wie sie etwa in Achtsamkeitsübungen praktiziert wird, intensiviert deren Wahrnehmung und wirkt sich gesundheitsförderlich aus. Achtsamkeitstraining wird daher explizit zur Förderung positiver Emotionen empfohlen (Fredrickson & Kurtz, 2011).

Barbara Fredrickson, eine führende Forscherin auf diesem Gebiet, entwickelte die sogenannte Broad-and-Build-Theorie, die besagt, dass positive Emotionen das Wahrnehmungsspektrum erweitern („broaden“) und Ressourcen aufbauen („build“) (Fredrickson, 2001, 2004, 2010, 2013). Sie postuliert, dass positive Emotionen eine Aufwärtsspirale erzeugen können, indem sie die kognitive Bewertung einer Situation beeinflussen, was wiederum die nächste Bewertung positiv prägt. Fredrickson zeigt in Langzeitstudien, dass durch positive Emotionen sowohl körperliche Ressourcen wie Immunstärke und Herzratenvariabilität (HRV) als auch soziale, intellektuelle und emotionale Ressourcen wie Beziehungsqualität, Sinnerleben und Selbstwirksamkeit aufgebaut werden (Fredrickson, 2001, 2004, 2010). Eine zentrale Erkenntnis ihrer Forschung ist, dass es nicht nur auf die Qualität der positiven Emotionen ankommt, sondern auch auf deren Quantität – je mehr positive Emotionen, desto besser.

Dankbarkeit ist eine der zehn positiven Emotionen, die Fredrickson in ihrer Forschung eingehend untersucht hat. Sie beschreibt Dankbarkeit als die bewusste Wertschätzung und Anerkennung positiver Aspekte im Leben, sei es in Bezug auf Personen, Erfahrungen oder materielle Güter (Fredrickson, 2001, 2004, 2010, 2013). Die Kultivierung von Dankbarkeit wird als wirkungsvolle Methode zur Förderung des psychischen und physischen Wohlbefindens sowie zur Steigerung der Lebenszufriedenheit und zur Stärkung sozialer Beziehungen angesehen (Emmons, 2003, 2008; Lyubomirsky, 2008). Dankbare Menschen zeigen nicht nur eine bessere Grundstimmung und stärkere Resilienz, sondern erleben positive Aspekte ihres Lebens auch intensiver und länger. Zudem wurde ein Zusammenhang zwischen Dankbarkeit und Spiritualität festgestellt, der darauf hindeutet, dass dankbare Menschen ein tieferes Verständnis für den Sinn und die Bedeutung ihres Lebens entwickeln, was wiederum ihr Wohlbefinden und ihre Lebenszufriedenheit stärkt (Emmons, 2008). Robert Emmons, ein führender Experte auf dem Gebiet der Dankbarkeitsforschung, betont, dass Dankbarkeit mehr ein bewusster Lebensstil als eine gelegentliche Handlung sein sollte, um ihre positiven Effekte vollständig zu entfalten (Emmons, 2008; Emmons et al., 2003). In der asiatischen Kultur, insbesondere in Japan, wird Dankbarkeit ebenfalls als wesentlicher Bestandteil eines glücklichen Lebens beschrieben. Beispielsweise gilt „arigato“ (=Danke) (Plaut, 1904) als eine der Säulen des Glücklichseins (Antoni, 1994). Emmons entwickelte verschiedene Interventionen zur Förderung von Dankbarkeit, darunter das Dankbarkeitstagebuch, das einmal wöchentlich mit der Frage „Für was bin ich diese Woche in meinem Leben dankbar?“ geführt werden sollte. Weitere Interventionen sind der Dankbarkeitsbesuch und der Dankbarkeitsbrief, die sowohl von Seligman (2005) als auch von anderen Forschern wie Parks und Biswas-Diener (2013) und Peterson (2006) empfohlen werden. Das regelmäßige Ausdrücken von Dankbarkeit dient der Bewusstmachung dieser Emotion und hat positive Effekte sowohl auf den Dankenden als auch auf den Empfänger, was zu einer positiven Rückkopplung führt.

Das Konzept des Genießens (Savouring) steht in engem Zusammenhang mit dem Erleben positiver Emotionen und Dankbarkeit. Bryant und Veroff (2017) haben das Genießen differenziert betrachtet. Genießen bedeutet die aktive Zuwendung, bewusste Wahrnehmung und das Auskosten positiver Emotionen im Hier und Jetzt. Sie postulieren eine zeitliche Dimension des Genießens, die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft umfasst, sowie eine Dimension „innen/außen“ und „kognitiv/emotional“, aus denen vier Prozesse entstehen: „Dankbar sein“ (kognitiv nach außen gerichtet), „Stolz sein“ (kognitiv nach innen gerichtet), „Staunen und Bewundern“ (emotional nach außen gerichtet) und „Sinnlich Genießen“ (emotional nach innen gerichtet) (Blickhan, 2018). Bryant und Veroff empfehlen verschiedene Strategien, um das Genießen zu verlängern, zu vertiefen und bewusster zu machen. Dazu gehören das Erinnern an positive Emotionen, das Mitteilen dieser Emotionen, das Minimieren von Ablenkungen, das gemeinsame Erleben positiver Ereignisse und die bewusste Planung von

Genussmomenten (Bryant & Smith, 2015; Bryant & Veroff, 2017; Bryant et al., 2011). Interventionen zur Förderung des Genusses umfassen beispielsweise den „Mini-Urlaub“, das „Wahrnehmen des Schönen im Leben“ und den „Genussspaziergang“. Eine detaillierte Beschreibung dieser Interventionen findet sich bei Blickhan (2018).

*Hoffnung, Optimismus.* Hoffnung und Optimismus beziehen sich auf den Glauben an die Möglichkeit eines positiven Ausgangs in der Zukunft. Hoffnung stellt zusätzlich einen nach vorne gerichteten, positiv-motivationalen Zustand dar, der Menschen Energie für die Verfolgung eines Ziels bereitstellt, auch wenn Hindernisse auftauchen (Gallagher, 2017; Snyder, 1994, 2000; Snyder et al., 2000a, 2000b, 2002). Hoffnung ist somit eng verbunden mit der Motivation und Zielverfolgung, was in der Behandlung psychischer Störungen zunehmend Bedeutung erlangt (Snyder et al., 2002). Wie andere psychologische Themen wurde Hoffnung früher vorwiegend durch die Reduktion von Hoffnungslosigkeit adressiert, heute jedoch geht die Forschung weiter und fokussiert sich zunehmend auf die Förderung von Hoffnung selbst (Snyder et al., 2000a, 2000b; Weis & Speridakos, 2011). Richard Snyder hat in seiner Forschung das Thema Hoffnung intensiv untersucht und auf Basis umfangreicher Befragungen seine *Hope Theory* formuliert. Diese beschreibt drei Komponenten, die zu Hoffnung oder Zuversicht führen: „Denken in Zielen“, „Denken in Wegen“ und „Denken in Handlungsfähigkeit“ (goals, pathways, agency) (Snyder, 1994; Snyder et al., 2000a; 2000b). Damit Hoffnung entstehen kann, sollten Ziele klar, intrinsisch motiviert und mit angemessener Schwierigkeit formuliert sein. „Denken in Wegen“ beschreibt die Entwicklung eines konkreten Plans zur Erreichung der Ziele. „Denken in Handlungsfähigkeit“ bezieht sich schließlich auf die Überzeugung des Einzelnen, dass er in der Lage ist, das Ziel trotz Schwierigkeiten zu erreichen (Motivation und Selbstwirksamkeitserwartung). Diese Gedanken sind entscheidend für das Entstehen von Hoffnung.

*Optimismus* ist ein weiteres, eng verwandtes Konstrukt. Es beschreibt die generelle Tendenz, positive Ereignisse in der Zukunft zu erwarten (Carver & Scheier, 2014). Optimistische Menschen haben oft eine positive Lebenseinstellung, was zu einem verstärkten psychischen Wohlbefinden beiträgt. Studien belegen, dass Optimismus mit Resilienz, körperlicher Gesundheit und besserem Umgang mit Stresssituationen korreliert (Gallagher & Lopez, 2017). Bandura (2012b) und Carver und Scheier (2014) betonen, dass Optimismus und die sogenannte Selbstwirksamkeitserwartung Hand in Hand gehen: Optimismus beeinflusst, wie Menschen Herausforderungen angehen und Lösungen suchen, was wiederum ihre Überzeugung stärkt, diese Herausforderungen zu bewältigen (= Selbstwirksamkeitserwartung).

In der Kombination aller genannten Konzepte zeigt sich, dass Hoffnung, Selbstwirksamkeitserwartung und Optimismus zusammen einen bedeutenden Einfluss auf die Zielverfolgung und das psychische Wohlbefinden ausüben (Bandura, 2012a; Carver & Scheier, 2014; Snyder et al., 2000a 2000b). Sie bilden zentrale Elemente in der Positiven Psychologie und werden in Therapieansätzen zur Stärkung der Motivation und der psychischen Gesundheit genutzt (Laireiter & Furchtlehner, 2018).

*Ziele, Motivation, Selbstbestimmungstheorie.* Die Selbstbestimmungstheorie (Self-Determination Theory, SDT) von Deci und Ryan (1985, 2000, 2008, 2017) definiert drei grundlegende psychologische Bedürfnisse, die für das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit zentral sind: Autonomie, Kompetenz und soziale Verbundenheit. Autonomie bezieht sich auf die Wahrnehmung, dass man eigene Entscheidungen trifft und nicht von äußeren Kräften bestimmt wird. Handeln bzw. Aktivitäten sind selbst gewählt und nicht oktroyiert. Wichtig hierbei ist die Unterscheidung zwischen selbstbestimmtem Handeln und dem Gefühl der Freiwilligkeit, das auch in Situationen gegeben sein kann, in denen man äußeren Anforderungen nachkommt, beispielsweise durch einen Kompromiss (Blickhan, 2018). Das Bedürfnis nach Kompetenz wird erfüllt, wenn eine Person erlebt, dass ihre eigenen Fähigkeiten zum Erfolg führen. Soziale Verbundenheit beschreibt das Gefühl von Unterstützung und das Erleben positiver sozialer Interaktionen.

Ein zentrales Element der Selbstbestimmungstheorie ist die Motivation, die das Verhalten einer Person steuert (Baumeister & Leary, 2017; Deci & Ryan, 1985, 2000, 2008, 2017; Ryan & Deci, 2001, 2021; Vansteenkiste et al., 2004, 2006). Deci und Ryan entwickelten ein Motivationskontinuum, das verschiedene Grade von Motivation umfasst, von Amotivation (keine Motivation) über extrinsische Motivation bis hin zu intrinsischer Motivation. Dabei wird der Ursprung der Motivation entweder als extern oder als intern verortet. Extern motivierte Handlungen können zum Beispiel durch die Vermeidung von Strafen, das Erreichen von Belohnungen oder durch Druck und Zwang geprägt sein. In diesen Fällen fühlt sich die Person fremdbestimmt. Bei weniger extrinsischen, aber immer noch nicht vollständig autonomen Handlungen, etwa wenn die Person Schuldgefühle oder Angst vermeiden möchte oder versucht, ihr Selbstwertgefühl zu steigern, wird von introjizierter Motivation gesprochen. Intrinsische Motivation hingegen ist dann gegeben, wenn eine Person eine Tätigkeit aus Freude oder eigenem Interesse ausführt (Deci & Ryan, 1985, 2000, 2008, 2017).

Im Zusammenhang mit der Zielverfolgung bietet die Selbstbestimmungstheorie wichtige Einsichten. Je höher die intrinsische Motivation einer Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie ein gesetztes Ziel erreicht (Deci & Ryan, 2000). Personen, die hingegen ausschließlich extrinsisch motiviert sind, neigen eher dazu, ihre Ziele nicht vollständig zu verwirklichen. Besonders effektiv ist es, wenn Ziele an die drei Grundbedürfnisse Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit geknüpft werden.

Dies fördert die intrinsische Motivation und steigert die Wahrscheinlichkeit, dass die Zielerreichung gelingt.

Das oben beschriebene Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung von Bandura (1977, 1986, 1992, 1997) kann ebenso mit der SDT in Verbindung gebracht werden. Hohe Selbstwirksamkeit führt zu mehr Ausdauer, Anstrengung und Konzentration bei der Zielverfolgung, selbst bei Hindernissen. Bandura (1997) zeigte, dass Selbstwirksamkeit stark mit dem Erleben von Autonomie und Kompetenz korreliert, was die Integration der SDT und des Selbstwirksamkeitskonzepts in psychologischen Interventionen nahelegt (Schwarzer & Jerusalem, 1995).

Obwohl die SDT in vielen kulturellen Kontexten repliziert wurde, ist es wichtig, kulturelle Unterschiede in der Wahrnehmung von Autonomie und sozialer Eingebundenheit zu berücksichtigen. Während Autonomie in individualistischen Kulturen wie den USA stark mit Wohlbefinden korreliert, ist dies in kollektivistischen Kulturen nicht immer der Fall (Chirkov et al., 2003). In kollektivistischen Kulturen kann soziale Eingebundenheit eine wichtigere Rolle spielen als individuelle Autonomie. Dies zeigt, dass bei der Implementierung von SDT-basierten Interventionen kulturelle Sensibilität erforderlich ist, um die Bedürfnisse und Werte der betroffenen Personen zu berücksichtigen.

Insgesamt liefert die Selbstbestimmungstheorie wertvolle Erkenntnisse zur Förderung von Wohlbefinden und Zielerreichung, insbesondere durch die Erfüllung der psychologischen Grundbedürfnisse. Interventionsstrategien, die die Autonomie der Betroffenen stärken und gleichzeitig das Kompetenzerleben und die soziale Eingebundenheit fördern, sind weitaus effektiver, da sie die intrinsische Motivation ansprechen und langfristige Verhaltensänderungen unterstützen. Dies ist besonders auch im Gesundheitskontext relevant. Ng und Kollegen (2012) fassen in der Meta-Analyse *„Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis“* die Effektivität zusammen. Zu den bereits erfolgreich eingesetzten Interventionen, die auf der Selbstbestimmungstheorie und Konzepten zu Motivation und Zielen fußen, gehören unter anderem das sogenannte“ Motivational Interviewing MI“ (siehe Kapitel 2.1.4) nach Miller und Rollnick (1999) und die sogenannte Acceptance and Commitment Therapy (ACT) nach Hayes (2011). Zudem wird die SDT mittlerweile in die klassische Cognitive Behavioral Therapy (CBT) integriert (Zuroff et al., 2007) oder in Selbstmanagement-Programmen im Gesundheitskontext verwendet (Lorig & Holman, 2003).

*Stärken und Flow.* Die Fokussierung auf und die Entfaltung persönlicher Stärken sind zentrale Elemente der Positiven Psychologie, die Wohlbefinden als erklärtes Ziel postuliert. Martin Seligman und Christopher Peterson entwickelten im Rahmen ihrer Forschung zur „optimalen Förderung der Entwicklung von Jugendlichen“ das Konzept der „persönlichen Stärken“ (signature strengths), das 24 Charakterstärken definiert (Blickhan, 2018; Peterson & Seligman, 2004). Laut ihrer Theorie sind diese Stärken

bei jedem Menschen unterschiedlich stark ausgeprägt, und die individuelle Kombination der Stärken bildet die Schlüsselaspekte der Persönlichkeit. Die Identifizierung und Nutzung dieser Charakterstärken sind entscheidend, um Aufblühen (Flourishing) und Wohlbefinden zu fördern. Um die Erhebung dieser Stärken zu erleichtern, wurde der VIA (Values in Action) Survey entwickelt, der als wissenschaftliches Instrument zur Erfassung der Charakterstärken dient (Blickhan, 2018; Peterson & Seligman, 2004). Stärkenbasierte Ansätze sind in klinische Behandlungen vielseitig integriert, um Wohlbefinden zu fördern sowie Ressourcen und Resilienz aufzubauen (Rashid & Ostermann, 2009). Die Strength-Based Therapy (Jones-Smith, 2013; Murphy & Sparks, 2018), die Positive Psychotherapie (Rashid, 2015, 2020), die Well-Being-Therapy (Fava, 1999, 2016a, 2016b; Fava et al., 1998, 2005; Fava & Linden, 2011) oder die Acceptance-and-Commitment-Therapy (Hayes, 2011) sind nur wenige Beispiele.
Eng mit dem Konzept der Charakterstärken ist der Begriff „Flow“ verbunden, der von Mihály Csíkszentmihályi geprägt wurde. Flow beschreibt einen Zustand völliger Vertiefung und des Aufgehens in einer Tätigkeit, wobei die Aufmerksamkeit vollständig auf die jeweilige Aktivität gerichtet ist (Csíkszentmihályi, 1990). Flow entsteht, wenn die wahrgenommenen Anforderungen der Tätigkeit und die eigenen Kompetenzen in einem optimalen Verhältnis stehen. In diesem Zustand erfahren Menschen weder Stress/Angst noch Langeweile, sondern empfinden Selbstvergessenheit, ein Verschmelzen von Handlung und Bewusstsein und eine autotelische Erfahrung (Csíkszentmihályi, 2013). Der Flow-Zustand trägt sowohl emotional als auch kognitiv positiv zum Wohlbefinden bei und fördert Lebenszufriedenheit und Gesundheit (Bannink, 2012; Blickhan, 2018; Csíkszentmihályi, 2013; Pfeifer, 2017). Flow tritt insbesondere dann auf, wenn Menschen ihre Fähigkeiten im Einklang mit ihren Charakterstärken einsetzen. Ist sich eine Person ihrer Stärken bewusst, wählt sie eher Aktivitäten, die ihren natürlichen Neigungen und Fähigkeiten entsprechen. Dies unterstützt den Prozess der Selbstentfaltung, der oft mit einem Flow-Gefühl einhergeht (Blickhan, 2018). Der PERMA-V-Ansatz von Martin Seligman (siehe Kapitel 2.3.1) integriert Flow als „Engagement“ (E), eine der fünf Säulen des Wohlbefindens. Seligman betont, dass Engagement in Tätigkeiten, die die eigenen Stärken widerspiegeln und den Flow-Zustand fördern, eine wichtige Voraussetzung für Zufriedenheit und Wohlbefinden ist (Seligman, 2011). Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass das bewusste Erleben von Flow und die aktive Nutzung persönlicher Stärken das Wohlbefinden signifikant steigern und zu einem höheren Maß an psychischer Gesundheit beitragen (Csíkszentmihályi, 2013; Pfeifer, 2017; Seligman, 2011a, 2011b).

*Relationship – Positive Beziehungen und Verbundenheit.* Positive Beziehungen sind ein weiterer zentraler Bestandteil der Positiven Psychologie, der maßgeblich zu einem erfüllten und gesunden Leben beiträgt. Zahlreiche empirische Untersuchungen belegen die positiven Auswirkungen von sozialen Bindungen auf das psychische und physische Wohlbefinden (Fredrickson, 2001; 2004; Holt-Lunstad et al., 2010; Lyubomirsky, 2018). Gute Beziehungen zeichnen sich durch gegenseitige Wertschätzung,

Dankbarkeit, Verbundenheit und einen positiven Kommunikationsstil aus. Sie stärken die Resilienz, fördern den Selbstwert und helfen in Stress- und Belastungssituationen, indem sie das Erleben positiver Emotionen verstärken (Blickhan, 2018; Fredrickson, 2001, 2004, 2013). Im PERMA-V-Modell kommen sozialen Beziehungen eine tragende Rolle im „Flourishing"-Prozess zu (Seligman, 2012). Die oben erläuterte „Broaden and Built"-Theorie von Barbara Fredrickson (2001, 2004, 2010, 2013) postuliert intensiv die positiven Auswirkungen von gelingenden Beziehungen auf sowohl körperlich als auch geistige Gesundheit. Durch die positiven Gefühle, die durch positive Beziehungen entstehen, wird das Denken und Verhalten erweitert und dadurch werden Ressourcen aufgebaut. Sich seinen bestehenden Beziehungen, unabhängig davon, ob freundschaftlich, familiär oder romantisch, zuzuwenden, diese auf Qualität zu überprüfen und aktiv positiv zu gestalten, beeinflusst somit das Wohlbefinden und die Gesundheit und ist damit auch essenzieller Teil in der Behandlung von psychischen Leidenszuständen (Fredrickson, 2001, 2004, 2010, 2013; Holt-Lunstad et al., 2010; Kok et al., 2013; Lyubomirsky, 2018). In seiner Forschung zur Paartherapie hat John Gottman evidenzbasierte Strategien entwickelt, um Beziehungen gelingend zu gestalten. Dazu gehören aktives Interesse an den Belangen des Partners, der Austausch positiver Momente, ein positiver Kommunikationsstil und ein konstruktiver Umgang mit Konflikten (Gottman, 2014, 2018). Zudem fördern geteilte Lebensziele und Sinnerfahrungen eine tiefere Verbundenheit. Ein weiterer wesentlicher Aspekt positiver Beziehungen ist „Kindness" (Freundlichkeit) (Blickhan, 2018; Lyubomirsky & Layous, 2013). Random Acts of Kindness (zufällige Akte der Freundlichkeit) spielen eine besondere Rolle in der Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie. Studien zeigen, dass Freundlichkeit sowohl das Wohlbefinden des Gebenden als auch des Empfängers stärkt (Lyubomirsky & Layous, 2013). Solche Akte fördern positive soziale Interaktionen und erhöhen das Gefühl der Verbundenheit, was wiederum Resilienz und psychische Gesundheit verbessert (Blickhan, 2018).

*Meaning – Sinn.* Ein weiteres zentrales Konzept der Positiven Psychologie ist das Erleben von Sinn. Menschen generieren Wohlbefinden und Zufriedenheit, wenn sie neben den auf Hedonismus fußenden positiven Gefühlen das Gefühl von Sinn, oben als Eudaimonia beschrieben, in ihrem Leben verankern können. Sowohl im Konzept von Carol Ryff (1989, 2018; Ryff & Singer, 2008) (vgl. Kapitel 2.3.1) zum Psychologischen Wohlbefinden als auch im PERMA-V-Modell von Seligman erhält Sinnerleben im Flourishing-Prozess eine entscheidende Rolle. Paul Wong (2010, 2011, 2016a, 2016b) hat sich besonders mit Viktor Frankls Theorien in der Logotherapie und damit mit dem Thema Sinn auseinandergesetzt. Er postuliert den Zusammenhang zwischen Sinn und Lebenszufriedenheit bzw. positivem Affekt und anderen Indikatoren für Wohlbefinden und mentale Gesundheit (Wong, 2016b). Er identifiziert mehrere Bereiche, über die Menschen Sinn generieren können, darunter die Erreichung wichtiger persönlicher Ziele, eine Übereinstimmung zwischen Handlungen und Werten sowie die Pflege enger

sozialer Beziehungen. Wong beschreibt auch, dass Selbsttranszendenz und Spiritualität als zentrale Quellen für Sinnerleben dienen können (Wong, 2016a). Diese Selbsttranszendenz, die Frankl ebenfalls als Schlüssel zur psychischen Gesundheit sieht, bezeichnet das Überwinden egozentrischer Motive zugunsten eines höheren, altruistischen Ziels (Frankl, 2006; Wong, 2010, 2011, 2021). Wong (2021) beschreibt in seinem Artikel *„The Frankl Cure for the 21st Century: Why Self-Transcendence is the Key to Mental Health and Flourishing“*, dass das Selbsttranszendenzmodell entscheidend für das Erreichen von psychischer Gesundheit und Wohlbefinden sei. Er argumentiert, dass Selbsttranszendenz als therapeutisches Paradigma in die klinische Praxis integriert werden sollte, um den Menschen zu helfen, ein bedeutungsvolles Leben zu führen, was wiederum einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben kann.
Auch Robert Emmons (s.o.)**,** der sich auf das Thema Dankbarkeit und Sinn spezialisiert hat, formuliert ähnliche Mechanismen, durch die Sinn erlebt werden kann. Zu den wichtigsten Bereichen zählen hier Leistung und Arbeit**,** Beziehungen und Nähe**,** Religion und Spiritualität sowie **S**elbsttranszendenz und Generativität (Emmons, 2008; Emmons et al., 2003). Diese Aspekte verdeutlichen die enge Verbindung zwischen Sinn und Wohlbefinden, da sinnstiftende Handlungen zu einem tieferen Lebenssinn beitragen, der wiederum eng mit psychischer Gesundheit korreliert.

Im psychotherapeutischen Kontext spielt der Verlust von Sinn eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von psychischen Störungen**.** Irvin Yalom (2020) sieht „Sinnlosigkeit“ als einen bedeutenden Faktor für die Entstehung von Psychopathologien. Yalom argumentiert, dass ein Mangel an Sinnerleben sowohl Ursache als auch Folge psychischer Erkrankungen sein kann und deshalb in der Therapie aktiv behandelt werden sollte. Sinninterventionen finden zunehmend Eingang in psychotherapeutische Settings, insbesondere in die Behandlung von Depressionen und Angststörungen. Interventionsstudien zeigen, dass das Fördern von Sinn als zentraler Bestandteil der Therapie das psychische Wohlbefinden verbessert und langfristig stabilisieren kann (Baumeister et al., 2016; Huta & Ryan, 2010). Aktuelle Forschungsarbeiten bestätigen zudem, dass sinnstiftende Interventionen, wie das Schreiben über bedeutungsvolle Lebensereignisse oder das Erstellen von Lebenszielen, zu einem signifikanten Anstieg von Wohlbefinden führen (Della Fave, 2014, 2016; Steger et al., 2009**).**

*Selbstfürsorge, Achtsamkeit, Selbstmitgefühl.* Das Thema Selbstfürsorge ist ein weit gefasster Begriff, der oft wenig trennscharf definiert wird. Es können damit philosophische, medizinische oder psychologische Aspekte, auf individueller, gesellschaftlicher oder institutioneller Ebene gemeint sein. Selbstfürsorge tritt seit der Antike, damals als Selbstsorge bezeichnet, immer wieder in Erscheinung. In der heutigen individualisierten Gesellschaft gewinnt das Thema Selbstfürsorge an Bedeutung, da es zunehmend als Selbststeuerungsprozess und als Teil der Eigenverantwortung des Einzelnen angesehen

wird (Küchenhoff, 1999). Hoffmann und Hofmann (2020) betonen, dass Selbstfürsorge bedeutet, die eigenen Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen und sich mit Achtsamkeit und Mitgefühl zu begegnen. Sie umfasst sowohl die innere Reflexion (Selbsterkenntnis) als auch das Handeln im Sinne der Selbstfürsorge, wobei beide Aspekte sich gegenseitig beeinflussen. Diese Haltung muss dabei immer wieder erarbeitet werden und setzt die Bereitschaft voraus, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Mangelnde Selbstfürsorge ist häufig mit der Entstehung psychischer und physischer Leiden verbunden (Dahl, 2019). Selbstfürsorge wird daher in der Prävention sowie in der Behandlung von Erkrankungen thematisiert, um Wohlbefinden und Resilienz zu fördern. Nach Dahl (2019) beinhaltet Selbstfürsorge drei Komponenten: „sich selbst liebevoll und wertschätzend zu begegnen, das eigene Befinden ernst zu nehmen und aktiv zum eigenen Wohlergehen beizutragen“ (S. 69). Verschiedene Techniken der Positiven Psychologie wie Dankbarkeit, positive Beziehungen und das Stärken persönlicher Ressourcen können als Ausdruck von Selbstfürsorge verstanden werden (Fredrickson, 2001, 2004, 2010, 2013; Seligman, 2011a, 2011b).

Basis von adäquatem Selbstfürsorgeverhalten ist Achtsamkeit (Balz & Heisig, 2022). Achtsamkeit ist in verschiedenen Kulturen und Religionen seit langem verankert. In den letzten 25 Jahren hat dieses Konzept vor allem durch die Arbeit von Jon Kabat-Zinn (1982; 2003a; 2003b; 2015; 2018), dem Begründer der MBSR-Methode (Mindfulness Based Stress Reduction), eine neue Zuwendung erfahren. Nach ihm wird unter Achtsamkeit das bewusste, urteilsfreie Wahrnehmen und Akzeptieren des gegenwärtigen Moments verstanden (Grossman et al., 2004; Kabat-Zinn, 1982, 2003a, 2003b, 2015, 2018; Kabat-Zinn et al., 1985). Durch Achtsamkeitspraktiken werden Menschen dabei unterstützt den aktuellen Moment, das „Hier und Jetzt“ und somit das Leben und sich selbst bewusster wahrzunehmen bei gleichzeitiger Schaffung eines Raums für ein nicht wertendes Bewusstsein. Dies trägt unter anderem zu einer Reduktion von Stress, zur Steigerung der Akzeptanz und Selbstakzeptanz und damit zu einer inneren Beruhigung bei. Achtsamkeit erfordert regelmäßige Übung und wird sowohl in formellen als auch in informellen Übungen kultiviert. Formelle Praktiken wie der *Body Scan* (Dreeben et al., 2013) oder Atemübungen (Mundle, 2017; Mundle et al., 2014) helfen, sich auf den aktuellen Moment zu konzentrieren. Informelle Praktiken, wie das achtsame Essen oder Gehen, zielen darauf ab, Achtsamkeit in alltägliche Aktivitäten zu integrieren. Forschungsergebnisse zeigen, dass regelmäßige Achtsamkeitsübungen die Fähigkeit fördern, emotionale Herausforderungen zu bewältigen, und zu einem besseren Wohlbefinden führen (Garland et al., 2015; Kabat-Zinn, 1982, 2003a, 2003b, 2015, 2018; Kabat-Zinn et al., 1985). Einen Überblick über die positiven Effekte von Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit liefern Keng und Kollegen (2011).

Achtsamkeitsbasierte Interventionen verbinden Achtsamkeitstechniken mit Konzepten der Positiven Psychologie, wie zum Beispiel der Wahrnehmung positiver Emotionen im gegenwärtigen Moment. Die

Identifizierung, Beachtung und Förderung von individuellen Stärken oder die Konzentration auf Flow-Erlebnisse. Ebenso die Idee, durch Achtsamkeit Ressourcen aufzubauen und dadurch resilienter zu werden. Einen Überblick bieten Baer und Lykins (2011). Nach der Mindfulness-to-Meaning-Theory (MMT) nach Garland et al. (2015) ermöglicht Achtsamkeit mentale Flexibilität und dadurch die differenzierte Bewertung von Situationen von einer Metaebene aus. Achtsamkeit fördert zusätzlich die Selbstakzeptanz und das (Selbst)Mitgefühl durch die wertfreie Annahme dessen, was ist. Achtsamkeit neben „Freundlichkeit sich selbst gegenüber“ und „dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit bzw. Verbundenheit mit anderen Menschen“ als Komponenten von Selbstmitgefühl wurden von der amerikanischen Psychologieprofessorin Kirstin Neff (2011) postuliert. Ihr Konzept des Selbstmitgefühls ist eng mit dem des Selbstwerts verwandt (Neff & Vonk, 2009), unterscheidet sich aber durch das Fehlen von Anspruch an Perfektionismus an sich selbst oder durch Vergleiche mit anderen. Es fußt auf Wärme und Freundlichkeit sich selbst gegenüber, vor allem auch bei Belastung und Misserfolgen. Selbstmitgefühl zu praktizieren ist daher ein Präventions- und Unterstützungsinstrument (Neff & Germer, 2018). Die Praxis des Selbstmitgefühls wird durch Techniken wie die Metta-Meditation (Fredrickson, 2001, 2004, 2010, 2013; Kok & Fredrickson, 2010; Salzberg & Kabat-Zinn, 2004) gefördert. Die positiven Auswirkungen der Metta-Meditation, auch die „Meditation der Liebenden Güte genannt“, wurden unter anderem im Zuge der Forschung zu positiven Emotionen von Barabara Fredrickson untersucht (Blickhan, 2018; Fredrickson, 2001, 2004; Garland et al., 2015; Kok & Fredrickson, 2010).

Insgesamt verdeutlicht die Verbindung von Achtsamkeit, Selbstfürsorge und Selbstmitgefühl, dass diese Konzepte zentrale Bestandteile der Positiven Psychologie sind. Sie tragen nicht nur zur Verbesserung des Wohlbefindens bei, sondern können auch in der klinischen Praxis gezielt eingesetzt werden, um psychische Störungen zu behandeln und die Resilienz von Patienten zu stärken (Fredrickson, 2013; Garland et al., 2015).

*Körperliche Komponenten.* „Mens sana in corpore sano“ – „Ein gesunder Geist wohnt in einem gesunden Körper“ ist ein oft verwendetes Zitat, das die wechselseitige Beziehung zwischen Körper und Psyche beschreibt. Die Auswirkungen körperlicher Zustände auf die psychische Gesundheit sind in der Psychosomatik, der Somatopsychologie und der Health Psychology ein zentrales Thema. Da die Positive Psychologie Wohlbefinden und „optimale Funktionsfähigkeit“ thematisiert, bezieht sie auch physische Komponenten mit ein (Blickhan, 2018; Fredrickson, 2001, 2004; Hefferon, 2013; Hefferon & Boniwell, 2011; Seligman, 2011a, 2011b; Wells, 2017). Positive Psychologie unterstützt gesundheitsförderliche Verhaltensweisen wie regelmäßige körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, erholsamen Schlaf und die Reduktion von Genussmitteln wie Tabak und Alkohol.

Bewegung zählt zu den wichtigsten Einflussfaktoren auf das körperliche Wohlbefinden und die Gesundheit. Greg Wells (2017) unterstreicht in seinem Buch „The Ripple Effect“ diese Erkenntnis, gestützt durch ein Zitat von Hippokrates: „If we could give every individual the right amount of nourishment and exercise, not too little and not too much, we would have the safest way to health“ (S. 69). Zahlreiche Studien belegen, dass regelmäßige körperliche Aktivität eine Vielzahl positiver Effekte hat. Empfohlen wird eine Kombination aus Kardiotraining, Beweglichkeitstraining und neuromotorischem Training (Garber et al., 2011; Hefferon, 2013). Diese Aktivitäten führen auf körperlicher Ebene zu einer verbesserten Herzgesundheit (Herzfrequenzvariabilität, HRV), einer Stärkung des Immunsystems, einer Verringerung des Krebsrisikos sowie einer Minderung des Risikos für Diabetes und Demenz. Neben den physischen Vorteilen hat Bewegung auch psychologische Effekte: Die Freisetzung von Endorphinen und Serotonin verbessert die Stimmung, während das Stresshormon Cortisol reduziert wird. Dies führt zu einer Verminderung von Angst, Depression und Stress, einer Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit sowie einem verbesserten Selbstwertgefühl und einer erhöhten Selbstwirksamkeitserwartung (Blickhan, 2018; Fredrickson, 2001, 2004, 2010, 2013; Hefferon, 2013; Wells, 2017). Dadurch werden Ressourcen aufgebaut, die im Sinne der „Broaden and Built Theorie“ von Barbara Fredrickson (siehe Kapitel 2.3.2) eine Aufwärtsspirale in Gang setzen und die Wahrnehmung und das Lernen fördern. Regelmäßige Bewegung als festen Bestandteil in sein Leben zu integrieren, ist ein vielseitig wertvolles Werkzeug der Positiven Psychologie, der klinisch-psychologischen Behandlung und anderer beratender Settings.

Eine weitere Komponente, der als Einflussgröße auf ganzheitliche Gesundheit große Bedeutung zukommt und die vielfach wissenschaftlich belegt ist, ist adäquate *Ernährung* (Hefferon, 2013; Zielinski, 2024; Naidoo, 2020; 2022; Wells, 2017). Die positiven Effekte auf die körperliche Gesundheit sind vielschichtig. Zudem wird die Verbindung zwischen der Darm-Hirn-Achse und der psychischen Gesundheit zunehmend in der Wissenschaft beachtet. Studien zeigen, dass das Mikrobiom im Darm eine wesentliche Rolle bei der Regulation des Nervensystems und der psychischen Gesundheit spielt (Cryan & Dinan, 2012). Die Aufnahme spezifischer Nährstoffe wie Omega-3-Fettsäuren, B-Vitamine und Antioxidantien ist mit einer Reduktion von Angst- und Depressionssymptomen sowie mit einer verbesserten Stressbewältigung verbunden (Naidoo, 2022; Zielinski, 2024). Eine ausgewogene Ernährung stabilisiert zudem den Energielevel und verhindert Müdigkeit, was sich positiv auf die Stimmung und Produktivität auswirkt (Sarris et al., 2015). Das Konzept der „emotionalen Ernährung“ untersucht die Rolle von Essen und Ernährung in der Stressbewältigung. Forscher wie Zielinski (2024) weisen darauf hin, dass eine ausgewogene Ernährung auch den Appetit kontrolliert, das Gewicht reguliert und zu einer verbesserten Selbstwahrnehmung beiträgt.

Ein dritter wesentlicher Faktor für das Wohlbefinden ist erholsamer Schlaf. Wissenschaftlich belegt ist, dass guter Schlaf, damit ist ausreichend und erholsam gemeint, medizinische Parameter wie Blutzuckerspiegel, Blutdruck und Immunsystem beeinflusst (Havard Medical School, 2009; Walker, 2017; Wells, 2017). Schlaf spielt auch eine Rolle bei der Gewichtsregulation: Schlafmangel führt häufig zu einem erhöhten Appetit auf kalorienreiche Nahrungsmittel. Auf psychischer Ebene ist Schlaf entscheidend für die Emotionsregulation und die kognitiven Funktionen wie Konzentration, Problemlösungsfähigkeit und Gedächtnis (Hefferon, 2013; Tan, 2004; Wells, 2017). Schlafmangel erhöht die Anfälligkeit für Stress und hat Auswirkungen auf die psychische Gesundheit: Rund 50 % bis 80 % der Menschen mit psychischen Problemen leiden an Schlafstörungen, während Schlafmangel umgekehrt psychische Erkrankungen begünstigen kann (Wells, 2017).

Die Positive Psychologie unterstützt also ein gesundheitsförderliches Verhalten, das sowohl auf körperliches als auch auf psychisches Wohlbefinden abzielt. Die Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung und erholsamem Schlaf stellt ein wertvolles Instrument dar, um Wohlbefinden und Gesundheit langfristig zu fördern (Blickhan, 2018; Fredrickson, 2001, 2004, 2010, 2013; Hefferon, 2013; Lyubomirsky & Layous, 2013; Lyubomirsky 2005a, 2005b; Naidoo, 2022; Seligman, 2011a; 2011b; Wells, 2017).

### 2.3.3 Positive Klinische Psychologie

Dieses Kapitel behandelt die Verbindung der zwei Felder Klinische Psychologie und Positive Psychologie. Letztere hat in ihrer jungen Geschichte wichtige Erkenntnisse für die Behandlung psychischer Leidenszustände und Störungen gewonnen und damit das Repertoire wertvoll erweitert. Es wird ein Überblick der Therapieansätze mit positiv-psychologischen Elementen gegeben und einzelne praktische Anwendungen, sogenannte Positiv Psychologischer Interventionen (PPIs), mit speziell klinisch-psychologischer Relevanz, werden gezeigt.

*Synergien und Herausforderungen.* Klinische und Positive Psychologie sind eng verbundene Disziplinen, die sich jedoch historisch zeitlich versetzt und aufgrund von gegenseitiger Skepsis sowie Kritik zunächst unabhängig voneinander entwickelt haben. Trotz ihrer inhaltlichen Überschneidungen prägte vor allem die Klinische Psychologie, basierend auf einem krankheitsorientierten Paradigma, lange Zeit den psychologischen Diskurs. Positive Ansätze zur Gesundheitsförderung und der Fokus auf Wohlbefinden konnten sich zunächst nicht durchsetzen – die Vorbehalte, Positives überzubewerten und wichtige Aspekte von Pathologien dadurch zu vernachlässigen, überwogen (Seligman, 2005). Wie bereits in Kapitel 2.3.1 zum Thema Wohlbefinden erörtert, existierten jedoch schon früh

Bestrebungen, psychische Gesundheit umfassender zu verstehen. Forscher wie Maslow, Rogers und Antonovsky sowie internationale Institutionen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betonten die Notwendigkeit, Gesundheit ganzheitlich zu begreifen, also positive psychologische Elemente und Wohlbefinden stärker in den Fokus zu rücken. Diese Ansätze bildeten die Grundlage für die spätere Entwicklung der Positiven Klinischen Psychologie. Erst mit der formalen Etablierung der Positiven Psychologie durch Martin Seligman im Jahr 1998 begann ein systematischer wissenschaftlicher Diskurs über die Integration der positiv-psychologischen Ansätze in die Klinische Psychologie. Seither wird die Verbindung der beiden Felder aktiv diskutiert und immer erfolgreicher umgesetzt, wobei positive Effekte dieser Synergie zunehmend durch wissenschaftliche Evidenz gestützt werden (Johnson & Wood, 2017; Wood & Tarrier, 2010). Für einen vertieften Überblick über die Entwicklung der Positiven Klinischen Psychologie verweisen Arbeiten wie „Positive Clinical Psychology“ (Seligman et al., 2005), „Positive Psychology in Clinical Practice“ (Duckworth et al., 2005), „Positive Psychology and the Illness Ideology: Towards a Positive Clinical Psychology“ (Maddux, 2008), „Positive Clinical Psychology: A new vision and strategy for integrated research” (Wood & Tarrier, 2010). „Assessment of positive functioning in clinical psychology: Theoretical and practical issues” (Joseph & Wood, 2010) oder “Integrating Positive and Clinical Psychology: Viewing Human Functioning...” (Johnson & Wood, 2017). In der Diskussion gibt es ein intensives Engagement, den Vorbehalten der Verbindung zu begegnen und ihnen mit Argumenten entgegenzuwirken. Es wird dabei betont, dass die Positive Psychologie als Erweiterung zu sehen und nicht als konkurrierende Disziplin zu verstehen ist und, auch dass das „Positive“ ebenso wie das „Negative“ in Betracht gezogen werden muss, um ein ausgewogenes neues Feld, die Positive Klinische Psychologie zu formieren. *„Positive Clinical Psychologys` aim is that positive psychology will not be (or be seen to be) a separatist endeavor but would instead both influence and work with the existing field of clinical psychology.”* (Wood & Johnson, 2016b, S. 7). Wood und Johnson (2016a) widmen ein gesamtes Handbuch der “Positive Clinical Psychology” und fassen sowohl die Entwicklung inklusive der Entwicklungsschwierigkeiten und die Argumente bzw. Vorteile dieses neuen Feldes zusammen, geben im Zuge dessen einen Einblick in die praktischen Anwendungsmöglichkeiten einzelner Interventionen und thematisieren auch durch positive-psychologische Aspekte erweiterte bisherige Therapieansätze. Detailliert führen sie die Behandlung einzelner Störungsbilder wie z. B. Depression, Angst, bipolare Störung oder Psychosen an. Eine zentrale Erkenntnis dieser Diskussion ist, dass Wohlbefinden und positive Emotionen einen wesentlichen Beitrag zur psychischen und physischen Gesundheit leisten, selbst bei bestehenden Erkrankungen, und dass, wie das oben beschriebene Dual-Kontinuum-Modell nach Keyes (2002) verdeutlicht, Flourishing trotz psychischer Erkrankung möglich ist. Insbesondere bei der Behandlung von Depressionen und Angststörungen zeigt die

Integration positiv-psychologischer Ansätze signifikante Erfolge, indem das Wohlbefinden der Betroffenen gefördert wird (Carr et al., 2021; Chakhssi et al., 2018; Hendriks et al., 2020).

*Positive Klinische Psychologie in der Praxis*. Zu den Behandlungsmöglichkeiten gehören eigene Therapien mit Elementen und Interventionen der Positiven Psychologie wie z. B. die *Positive Psychotherapie* nach Rashid (Rashid & Seligman, 2013, 2018), die *Well-being-Therapy* nach Fava (Fava, 2016a, 2016b; Fava & Linden, 2011; Fava & Tomba, 2009; Ruini & Fava, 2009), die *Positive Therapie* nach Joseph und Linley (2011), die *Quality-of-Life-Therapy* von Frisch (Frisch, 2006), die *Positive-Kognitiv-Behaviorale Therapie* (Bannink, 2012) oder achtsamkeitsbasierte Therapien und einzeln eingesetzte Interventionen in der klinisch-psychologischen Behandlung. Die Positive Psychotherapie, entwickelt von Rashid und Seligmann (2013, 2018), zielt darauf ab, durch gezielte Stärkeförderung und positive Interventionen das Wohlbefinden zu steigern und depressive Symptome zu lindern. Diese Therapieform fördert hedonistisches und eudaimonisches Wohlbefinden und fokussiert auch Engagement im Sinne des Einsatzes eigener Stärken und Fähigkeiten. Dies geschieht durch die Identifikation und Integration individueller Charakterstärken in den Alltag sowie durch spezielle Techniken zur Förderung von Hoffnung und Optimismus. Ein weiterer Ansatz ist die Positive Therapie nach Joseph und Linley (2011), die sich auf positive Erfahrungen, Stärken und Ressourcen von Patienten konzentriert, um psychische Leiden und Traumata zu überwinden. Basierend auf Rogers personenzentrierter Theorie fördert diese Therapie Selbstentfaltung und Persönlichkeitsentwicklung. Die *Well-being-Therapy* von Fava (2016a, 2016b) kombiniert verhaltenstherapeutische und positiv-psychologische Elemente, um das psychische Wohlbefinden zu fördern. Diese Therapie konzentriert sich auf Faktoren wie Autonomie, Lebenssinn und positive Beziehungen, um depressive Symptome und affektive Störungen zu behandeln. Sie wird typischerweise in kurzen Behandlungszeiträumen durchgeführt und fokussiert sich auf das psychologische Wohlbefinden. Die Quality-of-Life-Therapy von Frisch zielt darauf ab, die Lebenszufriedenheit durch Verbesserung spezifischer Lebensbereiche zu fördern und integriert kognitive, verhaltensbezogene und humanistische Prinzipien. Die Therapie erweist sich als wirksam bei der Behandlung von Depressionen, Angststörungen und chronischen Erkrankungen, indem sie persönliche Stärken identifiziert und positive Veränderungen im Alltag etabliert. Die positive kognitive Verhaltenstherapie erweitert die klassische kognitive Verhaltenstherapie durch die Integration positiv-psychologischer Perspektiven. Diese Therapie betont die Förderung von Resilienz, Stärken und Ressourcen, um nicht nur Probleme zu reduzieren, sondern auch das Wohlbefinden zu steigern und die Lebensqualität zu verbessern. *Achtsamkeitsbasierte Verfahren* haben ihre Wurzeln in der fernöstlichen Meditationskultur, insbesondere im Buddhismus, und fanden in den letzten Jahrzehnten Eingang in die westliche Psychotherapie. Jon Kabat-Zinn, ein zentraler Vertreter dieser Bewegung, entwickelte in den 1970er Jahren die Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR). Kabat-Zinn integrierte

Achtsamkeit gezielt in die Behandlung chronischer Erkrankungen, insbesondere zur Schmerzbewältigung und Stressreduktion (Kabat-Zinn, 2003a, 2003b; Kabat-Zinn et al., 1985). Die Achtsamkeitspraxis in der westlichen Psychotherapie basiert auf der urteilsfreien Fokussierung auf den gegenwärtigen Moment und dient im therapeutischen Kontext der Verbesserung von Selbstwahrnehmung und Akzeptanz. In der Literatur werden mehrere Wirkmechanismen von Achtsamkeit untersucht. Dazu gehören die Reduzierung von innerem Druck durch eine Einstellung, die nicht auf ein Ziel hinarbeitet (Kabat-Zinn, 2003a), und die erleichterte Verarbeitung unangenehmer Erfahrungen durch eine wertfreie Aufmerksamkeit (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2021; Shapiro et al., 2006). Der Hauptmechanismus wird jedoch meist in der Fähigkeit gesehen, die Aufmerksamkeit zu stabilisieren und zu kontrollieren, was sich wiederum positiv auf Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden auswirkt (Jamieson & Tuckey, 2017). Wissenschaftliche Studien belegen die vielseitigen positiven Effekte der Achtsamkeitspraxis auf die psychische und physische Gesundheit. Dazu zählen die Linderung chronischer Schmerzen (Kabat-Zinn et al., 1985), die Verbesserung von Hautkrankheiten wie Psoriasis (Kabat-Zinn et al., 1998) und die Stärkung des Immunsystems (Davidson et al., 2003) und die positiven Effekte auf die Herzratenvariabilität. Zudem zeigen neurobiologische Untersuchungen positive Effekte auf die Gehirnstruktur, besonders in Regionen, die mit Aufmerksamkeit, Emotionsregulation und Selbstwahrnehmung assoziiert sind (Hanson & Mendius, 2017; Hölzel et al., 2011). Daher kommen Achtsamkeitstechniken zunehmend in der psychosomatischen Medizin zum Einsatz (Meßtorff & Kurzenhäuser-Carstens, 2019). Achtsamkeit wirkt zudem nachweislich lindernd auf depressive Symptomatik und Angststörungen (Hofmann et al., 2010). Eine Metaanalyse von Khoury et al. (2013) belegt die Wirksamkeit für die Behandlung von Depressionen, Ängsten und Stress. Achtsamkeitsbasierte Therapien wie die Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) (Segal et al., 2002) und die Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) kombinieren Achtsamkeit mit kognitiver Verhaltenstherapie.

*Positiv Psychologische Interventionen (PPIs).* In die beschriebenen Therapien wurden positiv-psychologische Elemente oder sogenannte Positive Psychologische Interventionen (PPIs) integriert. Wood und Johnson (2016a) geben im Handbuch „Positive Clinical Psychology“ eine Definition von PPIs, was bei einer insgesamt unüberschaubaren Anzahl von Techniken, die beanspruchen Wohlbefinden zu fördern, hilfreich ist und liefern gleichzeitig einen Überblick und eine Struktur. Die Autoren fassen die Definitionsversuche verschiedener Wissenschaftler (z. B. Bolier et al., 2013; Seligman et al., 2006; Sin & Lyubomirsky, 2009) zusammen und nehmen die Forderungen von Parks und Biswas-Diener (2013) auf, dass neben dem Ziel, Positives zu generieren und nicht Negatives zu reduzieren, eine PPI auf positiv-psychologischen Theorien basieren und ausreichend wissenschaftliche Evidenz für die Effektivität und Nachhaltigkeit mitbringen muss. Die sieben vorgeschlagenen Kategorien für PPIs sind Genießen, Dankbarkeit, Freundlichkeit, Empathie, Optimismus, Stärken und Sinn (Parks & Titova, 2016). Parks

und Schueller (2014) widmen ein gesamtes Handbuch, „Positive Psychological Interventions“, der Beschreibung und Wirksamkeit von PPIs und unterteilen dabei in vielfach untersuchte Interventionen „Established Areas of Intervention (Part I)“ und in Interventionen aus jüngerem Forschungsinteresse „New and Emerging Areas (Part II)“. Part III und IV des Buches behandeln „Anwendungsgebiete“ und ausgewählte Aspekte von hoher Relevanz für PPIs (Parks & Schueller, 2014, S. XVI). Die Bestrebungen, evidenzbasiert einen Überblick über PPIs zu erlangen, finden sich in den Metaanalysen von Sin und Lyubomirsky (2009), Bolier et al. (2013), Chakhssi et al. (2018), Hendriks et al. (2019, 2020), Weiss et al. (2016), Koydemir et al. (2021) oder Carr et al. (2021). Sie zeigen mit der Untersuchung zahlreicher Studien, trotz Kritik an der Methodik mancher Studien, einen Effekt von PPIs auf Wohlbefinden und auf klinische Parameter. Die Analysen inkludieren sowohl klinische als auch nicht klinische Populationen, umfassen Studien mit mehreren PPIs (Multi-Component-Interventions, MPPI) und einzelnen PPIs und sind zum Teil auch kulturübergreifend. Die Ergebnisse der umfangreichsten Meta-Analyse (Carr et al., 2021) betonen verschiedene Aspekte: Sie fordern einen höheren Anspruch an Methodik für zukünftige Forschung, stellen eine stärkere Wirksamkeit bei längeren und Multi-Komponenten-Interventionen im Vergleich zu kürzeren und Einzelinterventionen fest, heben die Wirksamkeit in der Prävention für nicht-klinische Populationen hervor und fassen die Effektivität in der Behandlung von Depression, Angsterkrankungen und Stress zusammen. Damit gibt es eine fundierte Begründung, PPIs in der Behandlung von psychischen Leidenszuständen und Störungen einzusetzen und dies auch weiterhin und ausgedehnter in verschiedenen Bereichen zu untersuchen. In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Wirksamkeit von PPIs wurden auch unterschiedliche Moderatoren untersucht, die die Effekte beeinflussen. Ng (2015) identifizierte verschiedene Moderatoren, die den Erfolg von Interventionen der Positiven Psychologie zur Verbesserung des Wohlbefindens beeinflussen können. Diese Moderatoren werden in internale und externale Faktoren unterteilt. Bei den externen Faktoren nennt Ng (2015) Kultur, soziale Unterstützung sowie Häufigkeit und Variation der Übungen. In westlichen Kulturen zeigen PPIs stärkere Effekte als in asiatischen, was nach Boehm und Kollegen (2011) teilweise auf unterschiedliche Werte kollektivistischer und individualistischer Kulturen bezüglich des Wohlbefindens zurückzuführen ist. Soziale Unterstützung im Umfeld der Teilnehmenden wirkt sich ebenfalls positiv auf die Effektivität von PPIs aus (Sin et al., 2011). Parks et al. (2012) fanden heraus, dass eine Variation der Interventionen effektiver ist als wiederholte Anwendungen einer einzelnen Intervention. Zusätzlich beschreibt Ng (2016) Strategien zur Optimierung von PPI-Effekten, einschließlich wiederholtem Training, das besonders für Personen mit hohen Neurotizismus-Werten relevant ist, sowie der Vermittlung von Informationen über die positiven Auswirkungen von PPIs auf das Wohlbefinden. Unter den internalen Moderatoren sind Persönlichkeit, Motivation und der Aufwand, den die Teilnehmenden in die Interventionen investieren, hervorzuheben. Eine hohe Ausprägung in

Extraversion und eine geringe in Neurotizismus fördern den Erfolg von PPIs, da Extraversion mit positiven und Neurotizismus mit negativen Emotionen korreliert (Watson & Clark, 1992). Studien von Senf und Liau (2013) zeigen, dass Extravertierte eine stärkere Reduktion depressiver Symptome und mehr Frohsinn durch Dankbarkeitsübungen erreichen. Ng (2016) fand heraus, dass Personen mit hohem Neurotizismus geringere Effekte aus einer Dankbarkeitsintervention ziehen, es jedoch gelingt, diesen negativen Einfluss zu mindern, wenn den Teilnehmenden vermittelt wird, dass PPIs das Wohlbefinden verbessern können. Lyubomirsky und Kollegen (2011) heben vor allem Motivation und bereitgestellten Aufwand als entscheidend hervor, da nur motivierte Teilnehmer, die Zeit in die Intervention investieren, einen Anstieg des Wohlbefindens erfahren. Ng (2015) betont die Bedeutung der Passung zwischen den Übungen und den individuellen Merkmalen der Teilnehmenden für den Erfolg von PPIs. Diese moderierenden Effekte zeigen Chancen auf, die Vorteile von PPIs zu maximieren, und identifizieren Faktoren sowie Personengruppen, die besonders von diesen Interventionen profitieren können.

Das klinisch-psychologische Behandlungsfeld der Abhängigkeitserkrankungen hat sich in den letzten Jahren aufgrund einer veränderten Wahrnehmung der Erkrankung (vgl. Kap. 2.1.4) stark in Richtung Ressourcenorientierung und Rückfallprävention verändert (Krentzman, 2013). Die Integration von Techniken der Positiven Psychologie wird als obligat bezeichnet (Beiglböck & Feselmayer, 2012). Eine systematische wissenschaftliche Überprüfung der Effektivität von PPIs im Bereich Abhängigkeitserkrankungen gibt es allerdings kaum. Krentzman (2013) publiziert in ihrem Artikel *„Review oft he Application of Psychology to Substance Use, Addiction, and Recovery Researc*h" einen Überblick über Studien, die PPIs in die Behandlung von Abhängigkeit integrieren und schlussfolgert, dass es dringend weiterer Forschung auf dem Gebiet Positiver Psychologie und Substanzmittelabhängigkeit bedarf. Ihre Aufforderung an Umsetzung und Methodik beinhaltet, dass speziell darauf zu achten sei inwieweit positiv-psychologische „outcome measures" wie positiver Affekt oder Charakterstärken schon von der herkömmlichen Behandlung („treatment as usual = TAU") positiv beeinflusst sind, dass insgesamt die potenziellen „outcome measures" diskutiert werden müssen, dass aber ein zuversichtlicher Blick auf die weitere Integration von PPIs in die Behandlung von Abhängigkeit gerichtet werden kann. In einer weiteren Studie thematisiert die Autorin (Krentzman et al., 2016) die Einschätzung von Therapeuten zu PPIs in der Behandlung von Abhängigkeit. Die Studie zeigt, dass den Therapeuten zufolge negative Stimmung und negatives Denken häufige Ursachen für Substanzmittelkonsum sind, dass PPIs durch das Fördern von Optimismus und Hoffnung, besseren Beziehungen, Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit dem entgegenwirken können, dass diese aber auf die individuelle Person und den Stil des Therapeuten abgestimmt sein müssen. Eine Pilotstudie, die eine positiv-psychologische Gruppenintervention bei alkoholabhängigen Erwachsenen untersuchte, konnte einen signifikanten Einfluss auf

Wohlbefinden und Alkoholabhängigkeit feststellen und empfiehlt mit Nachdruck weitere Forschung auf diesem Gebiet (Akhtar et al., 2010). Positive und Klinische Psychologie haben schon immer eine Schnittmenge, der erst in jüngerer Zeit eine Existenzberechtigung als eigenes Feld zugesprochen wurde. Der Bedarf neuer Behandlungsansätze, der offensichtliche Gewinn und die zunehmende wissenschaftliche Evidenz rechtfertigen die Bestrebungen. Dabei ist es wichtig, weitere Anwendungsmöglichkeiten in Betracht zu ziehen und diese auch auf ein valides Fundament zu stellen.

## 2.4 Positives Selbstmanagement

Positives Selbstmanagement integriert die Prinzipien der Positiven Psychologie und des Selbstmanagements. Im folgenden Kapitel werden das Konzept des Selbstmanagements aus verschiedenen Perspektiven, das Modell des Positiven Selbstmanagements und die Weiterentwicklung zum Modell des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements erläutert und damit der Kontext zu Gesundheitsförderung und Behandlung von Alkoholabhängigkeit hergestellt. Das Modell des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements enthält gesundheitsbezogene, speziell für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit relevante Selbstmanagementkompetenzen, daraus resultierend Facetten des Konstrukts mentale Stärke, die wiederum mediierend/moderierend auf positive Outcomes wirken.

### 2.4.1 Selbstmanagement: Definition und zentrale Konzepte

Das Konzept des Selbstmanagements ist vor allem aus dem arbeits- und organisationalen Rahmen mit dem Ziel der Optimierung und Erfolgssicherung bekannt. Die Fokussierung auf Effizienz und Erfolg als zentralen Bestandteilen des Selbstmanagements sowie die explizite Berücksichtigung „zur Verfügung stehender Handlungsmittel“ (Wiese, 2008, S. 153), „Ressourcen“ und der „Beobachtung des Zielfortschritts“ (Graf, 2012, S. 23) haben den Ansatz in den letzten 25 Jahren maßgeblich in der Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie sowie in verwandten Praxisfeldern verankert (Frayne & Geringer, 2000; Graf, 2012; Graf & Olbert-Bock, 2019; Manz, 1986; Manz & Sims, 1980; 1987; Pscherer, 2015; Stewart et al., 2011; Wiese, 2008).

Eine Definition von Selbstmanagement liefern Kleinmann und König (2018): sie beschreiben Selbstmanagement als „alle Bemühungen einer Person, das eigene Verhalten zielgerichtet zu beeinflussen“ (Schuler, 2006, S. 332), wobei insbesondere die Steuerung des eigenen Verhaltens im Hinblick auf das Erreichen spezifischer Ziele im Vordergrund steht. Pscherer (2015) ergänzt, dass Selbstmanagement die „Fähigkeit [sei], persönliche Werte und Motive so in Einklang zu bringen, dass selbst gesetzte Ziele erreicht und dabei Zufriedenheit erlebt wird“ (S. 7). Frayne und Geringer (2000) definieren Selbstmanagement als das Bestreben, Kontrolle über bestimmte Aspekte der Entscheidungsfindung und des Verhaltens auszuüben. Selbstmanagement umfasst mehrere zentrale Konzepte (*Selbststeuerung*, *Selbstregulation*, *Selbstkontrolle und Selbstführung)*, die eng miteinander verknüpft sind. Eine Differenzierung dieser verdeutlicht aber, dass trotz Überschneidungen und häufig synonymem Gebrauch verschiedene Facetten der Lenkung und Beeinflussung von Verhalten, Kognition und Emotion definiert

werden können. Diese Unterscheidung ist nicht nur theoretisch bedeutsam, sondern spielt auch in der Praxis eine zentrale Rolle.

*Selbststeuerung* bezieht sich auf die Fähigkeit, bewusste Entscheidungen über das eigene Verhalten zu treffen und dieses gezielt zu lenken, um bestimmte Ziele zu erreichen. Hierbei wird der Schwerpunkt auf das Setzen und Verfolgen von Zielen gelegt, wobei bewusste Entscheidungen und Handlungen im Vordergrund stehen. Dies findet insbesondere Anwendung, wenn Individuen eigenverantwortlich und proaktiv Maßnahmen ergreifen, um die Zielerreichung zu fördern (Baumeister & Vohs, 2018; Kuhl, 2009, 2018). Im Gegensatz dazu umfasst *Selbstregulation* die Fähigkeit, kognitive Prozesse, Verhalten und Emotionen zu überwachen, zu steuern und anzupassen. Dies geht über die bloße Verhaltenssteuerung hinaus, indem emotionale Reaktionen und kognitive Strategien in spezifischen Situationen reguliert werden. Wichtige Aspekte der Selbstregulation sind die Steuerung von Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Problemlösestrategien, die es ermöglichen, sich flexibel an wechselnde Bedingungen anzupassen (Baumeister & Vohs, 2018). *Selbstkontrolle* ist eng mit der Fähigkeit verknüpft, impulsive Handlungen zu unterdrücken, um langfristige Ziele zu erreichen. Dies beinhaltet, Versuchungen zu widerstehen, Belohnungen aufzuschieben und Handlungen mit übergeordneten Zielen in Einklang zu bringen. Selbstkontrolle erfordert also nicht nur die Fähigkeit, Impulse zu regulieren, sondern auch, Verhalten entsprechend langfristigen Zielsetzungen zu strukturieren (Baumeister & Vohs, 2018; Reinecker, 2009). Kuhl (2018) vergleicht den Modus der Selbstkontrolle mit einer „inneren Diktatur“, bei der zugunsten eines Ziels nicht alle inneren Stimmen berücksichtigt werden. Im Gegensatz dazu erfolgt im Modus der Selbstregulation eine „demokratische“ Zielerreichung, bei der verschiedene innere Aspekte und Motivationen einbezogen werden. Die Theorie der Selbstführung, wie sie von Manz (1986) und Neck und Manz (1992, 1996) entwickelt wurde, legt den Schwerpunkt auf die kognitiven Aspekte der Selbstregulation. Selbstführung wird als gezielte und bewusste Lenkung der eigenen kognitiven Prozesse verstanden, die es ermöglicht, das eigene Verhalten im Einklang mit persönlichen und beruflichen Zielen zu gestalten. Manz und Sims (1980, 1987, 1991; Sims & Manz, 1991) entwickelten im Unternehmenskontext das Konzept des „Führens durch Selbstführung“ (engl. „Superleadership“), das darauf abzielt, Mitarbeitende in die Lage zu versetzen, sich selbst effizient zu steuern. Selbstführung umfasst dabei sowohl bewusste als auch unbewusste Prozesse, einschließlich Selbstbeobachtung, Willenssteuerung, Gefühlsregulation, Selbstmotivierung und proaktiver Denkhaltung (Balz & Heisig, 2022).

Die eingangs genannten Definitionen wurden meist im Arbeitskontext formuliert, seine Ursprünge hat das Konzept Selbstmanagement aber in klinisch-psychologischen Fragestellungen und der Verhaltenstherapie. Es wurde entwickelt, um in einem therapeutischen Prozess dem Patienten Kompetenzen zu vermitteln, die ihn dazu befähigen, zukünftig im besten Fall selbstständig mit Herausforderungen

umzugehen und/oder einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu generieren. „Selbstmanagement ist ein Sammelbegriff für solche Therapieansätze, die alle gemeinsam haben, dass Klienten zu besserer Selbststeuerung angeleitet und möglichst aktiv zur eigenen Problembewältigung fähig werden“ (Kanfer et al., 2012b). Die wörtliche Übersetzung, „Manus“, im Lateinischen „die Hand“ und „agere“ „führen“, also „sich selbst an der Hand führen“, legt die Idee des Ansatzes nahe (Hau et al., 2012). Die Methode basiert auf behavioralen Prinzipien, die die Auftretenswahrscheinlichkeit eines bestimmten Verhaltens durch Belohnung, Bestrafung oder Stimuluskontrolle postulieren. Es wird dabei die Beziehung zwischen Umweltreiz, Verhalten und Konsequenz betont. Ein Verhalten tritt dann häufiger auf, wenn es positiv verstärkt wird oder wenn eine negative Konsequenz ausbleibt (= Belohnung), bzw. bleibt ein unerwünschtes Verhalten dann eher aus, wenn es durch eine negative Konsequenz oder das Ausbleiben einer Belohnung quittiert wird (= Bestrafung). Eine dritte Steuerungsmöglichkeit besteht darin, den auslösenden Reiz zu kontrollieren (König & Kleinmann, 2006; Reinecker, 2009). Im Kontext des Selbstmanagements umfasst das Verhalten nicht nur äußerliche Handlungen, sondern auch Kognitionen und Emotionen (Mahoney, 1972). Das bedeutet, dass Individuen versuchen, das Auftreten von Verhaltensweisen, Gedanken oder Emotionen durch Stimuluskontrolle, Belohnung oder Bestrafung zu beeinflussen. Nach dem Premack-Prinzip (Angermeier et al., 1994) kann ein weniger attraktives Verhalten durch ein bevorzugtes Verhalten verstärkt werden, beispielsweise indem eine angenehme auf eine unangenehme Aufgabe folgt. Im klinisch-psychologischen Setting wurden die beschriebenen behavioralen Prinzipien zur sogenannten Selbstmanagement-Therapie nach Kanfer weiterentwickelt, welche zu den Wurzeln des Selbstmanagementkonzepts zählt (Kanfer et al., 2012a, 2012b). Dieses Verfahren strebt über Selbstbeobachtung, Selbstinstruktion, Zielklärung und -setzung, Selbstverstärkung und Selbstkontrolle in einer siebenphasigen Therapie eine Kompetenzerhöhung im Sinne einer Steigerung der Selbstregulationsfähigkeit an. Das Modell der Selbstregulation nach Kanfer und Karoly (1972) bildet die Basis der Selbstmanagement-Therapie. Es postuliert drei Determinanten, die menschliches Verhalten regulieren. Die sogenannten Alpha-Variablen, welche externe physikalische Komponenten wie z. B. soziale Situation, Lebensumfeld, Wohnen usw. inkludieren. Beta-Variablen sind interne, kognitive Prozesse, meist aus der Historie eines Menschen resultierend, wie z. B. Erwartungen, Muster, Schemata, Befürchtungen, Überzeugungen u. Ä. Unter Gamma-Variablen werden biologisch-somatische Merkmale einer Person verstanden. Dazu gehören Blutdruck, Wach-Schlaf-Rhythmus etc., Determinanten, die hochgradig automatisiert sind, aber auch z. B. Ernährung (Reinecker, 2009). Nach dem Kanfer-Modell entsteht Selbstregulation über Selbstbeobachtung (Ist-Zustand), Selbstbewertung (Soll-Zustand) und Selbstverstärkung (anhand des Soll-Ist-Vergleichs). Hauptfokus der auf dem Modell aufbauenden Selbstmanagement-Therapie ist die Adaption der Denk- und/oder Verhaltensmuster, also hauptsächlich die Beeinflussung der Beta-Variablen, die in der Behandlung von

Störungen entweder Bestandteil der eigenen pathologischen Muster oder wesentliche Determinanten der Störung sind (Reinecker, 2009). Speziell im Kontext von schwerwiegenden Erkrankungen ist Selbstmanagement, das als erlernbare Fähigkeit verstanden wird, ein wichtiges Instrument, um die zur Genesung notwendige Veränderung in Richtung gesundheitsförderliches Verhalten und Lebensstil zu erlangen. Die Modelle der Verhaltensanpassung und die dazugehörigen Faktoren, die eine Verhaltensveränderung ermöglichen, wurden in Kapitel 2.2.2 beschrieben. Die Autoren Kanfer, Reinecker & Schmelzer erläutern in ihrem Praxislehrbuch „Selbstmanagement-Therapie“ (2012) die Grundlagen und Hintergründe im theoretischen Teil, zudem die exakte Beschreibung der sieben Phasen und in einem weiteren Teil die konkrete Anwendung in Praxisfeldern. Besonders interessant ist die Darstellung der bisherigen empirischen Evidenz für die Wirksamkeit von Selbstmanagement im klinischen Kontext. Es wird eine weite Spanne von klassischen Werken bis zu neuerer Forschung bei klinischen Problemen und dem erfolgreichen Einsatz von Selbstmanagement-Techniken berichtet. Diese reichen von Depressionsprävention, Ärgerkontrolltraining zur Prävention von kindlichem Missbrauch, AIDS-Präventionsprogrammen, Stressbewältigung, Problemlösetraining, Bewältigung von Zwängen, Bewältigung chronischer Schmerzen und Schlafstörungen, Angstbewältigung, Sozialekompetenztraining, Raucherentwöhnung, Aggressionsbewältigung bis hin zu Selbstmanagement im psychosomatischen und im medizinischen Bereich und speziell auch in der Anwendung in der Suchtbehandlung (Kanfer et al., 2012a, 2012b, 2012c). Nach Grawe et al. (1999, 2000), die in einer Meta-Analyse unterschiedliche Therapien untersuchten, ist die Selbstmanagement-Therapie signifikant wirksam. Die Forderung, Selbstmanagement im Gesundheitskontext vermehrt zu integrieren, wird durch eine vom Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegebene Meta-Analyse gestützt, die den Mehrwert detailliert darlegt. Dabei wurden 28 Studien zusammengefasst, die das verbesserte Empowerment der Patienten, d. h. die Befähigung, selbstbestimmt mit einer Krankheit umzugehen, einen verbesserten gesundheitsförderlicheren Lebensstil, verbesserte klinische Outcomes, wie zum Beispiel Depressivität und Ängstlichkeit, eine verbesserte Lebensqualität, eine Reduktion der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und eine Reduktion der Gesundheitskosten beschreiben (Gut et al., 2022). Selbstmanagementförderung im Gesundheitskontext zu etablieren, wird durch empirische Evidenz gestützt und gleichzeitig durch den Bedarf aufgrund steigender Krankheitsraten und damit verbundener Kosten begründet.

Ein zentraler Faktor des Selbstmanagements und daher auch bei dessen Förderung zu berücksichtigen, ist das Konstrukt Selbstwirksamkeit, das durch die Weiterentwicklung des oben beschriebenen behavioralen Ansatzes mit stärkerer Betonung der Kognition in den Fokus gelangt. Selbstwirksamkeit bezeichnet das Vertrauen einer Person in ihre eigenen Fähigkeiten, bestimmte Aufgaben oder Herausforderungen erfolgreich zu bewältigen (Schwarzer & Fuchs, 1996; Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Personen mit hoher Selbstwirksamkeit sind überzeugt, dass sie durch ihre eigenen Fähigkeiten Einfluss auf ihre Lebensumstände nehmen können und dadurch in der Lage sind, gewünschte Ergebnisse zu erzielen. Menschen mit hoher Selbstwirksamkeit zeigen ein höheres Maß an Motivation, setzen sich anspruchsvollere Ziele und erholen sich schneller von Rückschlägen (Bandura, 1992; Krapp, 2005; Maduxx & Kleinmann, 2016; Schwarzer & Jerusalem, 2002). Schunk und DiBenedetto (2020, 2021) zeigen, dass Selbstwirksamkeit ein entscheidender Faktor bei Lernprozessen ist. Den Autoren zufolge beeinflusst es die Bereitschaft, Herausforderungen anzunehmen und langfristige Ziele zu verfolgen. Menschen müssen davon überzeugt sein, dass sie in der Lage sind, die notwendigen Verhaltensänderungen vorzunehmen, um erfolgreich zu sein. Besonders in den kontinuierlichen Modellen zur Verhaltensadaption (siehe Kapitel 2.2.2) wird dies hervorgehoben. Maddux und Kleimann zitieren Bandura in dem Kapitel „Self-efficacy" um den Einfluss von Selbstwirksamkeit auf Verhalten deutlich zu machen: „People, process, weigh and integrate diverse sources of information concerning their capability, and they regulate their choice behavior and expenditure accordingly" (Maddux & Kleiman, 2021, S. 445). Usher und Pajares (2008) betonen, dass Selbstwirksamkeit auch eng mit der emotionalen Regulation und dem Umgang mit Stress verbunden ist, was wiederum auf Lernprozesse und Verhaltensanpassung Einfluss, also auf erfolgreiches Selbstmanagement nimmt und den Autoren zufolge auch Auswirkungen auf Wohlbefinden und Gesundheit hat. Umgekehrt stärkt erfolgreiches Selbstmanagement wiederum das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Wenn Menschen sehen, dass ihre Selbstmanagementstrategien zu positiven Ergebnissen führen, wird ihre Selbstwirksamkeit gestärkt. Die Beurteilung über zukünftige selbst beeinflusste Ereignisse, die sogenannte *Selbstwirksamkeitserwartung*, hat noch mehr Einfluss auf und damit auch eine große Vorhersagekraft für Verhalten (Bandura, 1977; Condiotte & Lichtenstein, 1981; Maddux & Kleiman, 2021). Sie bezieht sich auf die Überzeugung einer Person, dass ihre Bemühungen zu einem bestimmten gewünschten Ergebnis führen. Im Gegensatz zur Selbstwirksamkeit, die sich auf die eigenen Fähigkeiten bezieht, beschreibt die Selbstwirksamkeitserwartung den Glauben daran, dass durch das eigene Handeln konkrete Ergebnisse erreicht, werden können. Es handelt sich dabei also um eine Art "Erfolgserwartung". Selbstwirksamkeitserwartung spielt eine zentrale Rolle in der Motivation, Selbstmanagementstrategien überhaupt anzuwenden. Wenn Menschen glauben, dass ihre Bemühungen zu den gewünschten Ergebnissen führen werden, sind sie eher bereit, in die Umsetzung von Selbstmanagementtechniken zu investieren. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung verstärkt die Motivation, die notwendigen Schritte konsequent zu verfolgen. Das Hybridmodell der Verhaltensanpassung HAPA nach Schwarzer (2008) verifiziert diese Annahmen.

Zur Bedeutung von Selbstwirksamkeit in Zusammenhang mit Selbstmanagement gibt es zahlreiche Studien, die belegen, dass sich die Konstrukte gegenseitig beeinflussen, was die Relevanz bei der

Gestaltung von Interventionen zum Aufbau von Selbstmanagementkompetenzen unterstreicht. Nach Pscherer (2015) ist Selbstwirksamkeit zentraler und indirekter Wirkfaktor in Selbstmanagementtrainings. Schwarzer und Jerusalem (2020) zeigen, dass in Gesundheitsinterventionen sowohl Selbstwirksamkeit als auch Selbstwirksamkeitserwartung eine wichtige Rolle spielen, um positive Verhaltensänderungen zu fördern. Gille et al. (2018) untersuchten den Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz, subjektiver Gesundheit und Selbstwirksamkeit und schlussfolgerten, dass bei der Verbesserung der subjektiven Gesundheit, Gesundheitskompetenz und psychologische Faktoren, wie Selbstwirksamkeit berücksichtigt werden sollten. Die Wechselwirkung zwischen Selbstmanagement und Selbstwirksamkeit/Selbstwirksamkeitserwartung speziell bei chronischen Erkrankungen wurde im Rahmen einer weiteren Studie zu Gesundheitskompetenz von Seidel und Kollegen (2023) untersucht. Dabei konnte gezeigt werden, dass Selbstwirksamkeit/Selbstwirksamkeitserwartung ebenso wie Selbstmanagementkompetenz eine Grundlage bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen ist, weil es den Menschen dabei unterstützt, aktiv selbst an der Genesung und Gesundheitserhaltung mitzuwirken. Die Förderung von Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeitserwartung wird daher eingehend empfohlen. Die weiter oben angeführte Meta-Analyse zum Mehrwert von Selbstmanagement-Förderung beschreibt Selbstwirksamkeit als zentrales Element auf der Empowerment-Wirkebene (Gut et al., 2022). Die Verbesserung der Selbstwirksamkeit bzw. Selbstwirksamkeitserwartung kann nach Blickhan (2018) entweder durch eigene Erfolgserlebnisse, stellvertretende Erfahrung, verbale Ermutigung, positive Emotionen oder imaginäre Erfahrung gesteigert werden. Letztere, von James Maddux in empirischen Studien (2016, 2021) erwiesene Möglichkeit meint die spezifische und detaillierte Vorstellung von erfolgreichem Verhalten. Sich also exakt vorzustellen, wie man eine Herausforderung meistert, erhöht das Zutrauen in die eigene Person, dies auch tatsächlich umzusetzen. Gleichermaßen wirken die Beobachtung von erfolgreichem Verhalten oder die positive Verstärkung und Ermutigung durch nahestehende Personen oder Vorbilder. Die jeweilige Einschätzung beeinflusst die Handlung. Besonders wird der Glaube an die eigene Fähigkeit durch erlebte eigene Erfolge gestärkt, sofern die Person den Erfolg auch der eigenen Fähigkeit zuschreibt (Blickhan, 2018).

Im Zusammenhang mit Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeitserwartung, also dem Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und der dazugehörigen Erfolgserwartung, werden sogenannte Attributionstheorien relevant. Das Modell der Kausalattributionen von Bernhard Weiner (1985) erklärt, wie Menschen die Ursachen eines Umstandes interpretieren und wie sie ihr Verhalten und das Verhalten anderer wahrnehmen. Attributionen erfüllen dabei den Zweck, dem Individuum Orientierung und Kontrolle zu ermöglichen. Attributionstheorien unterscheiden, ob Menschen die Ursachen für Erfolg oder Misserfolg als intern (im eigenen Verantwortungsbereich) oder extern (außerhalb ihrer Kontrolle)

wahrnehmen. Diese Erklärungsmuster, auch Attributionsstile genannt, prägen sich im Laufe des Lebens aus und können bewusst oder unbewusst ablaufen. Neben der Unterscheidung zwischen intern und extern gibt es zwei weitere wesentliche Dimensionen der Kausalattribution, die zeitliche Stabilität und die Kontextualität (Tiedemann & Faber, 1995). Dies bedeutet, dass Ursachen als variabel (veränderbar, z. B. Anstrengung) oder stabil (unveränderbar, z. B. Begabung) angesehen werden und als global (auf viele Lebensbereiche übertragbar) oder als spezifisch (auf eine bestimmte Situation begrenzt) bewertet werden. Die Wahrnehmung von Ursachen als variabel/stabil, intern/extern und global/spezifisch beeinflusst Selbstwirksamkeit, Selbstwirksamkeitserwartung, Motivation und die Anwendung bzw. Umsetzung von Selbstmanagementstrategien (Kanfer et al., 2012a). Menschen, die Erfolge als Folge von variablen, internen Faktoren wie eigenen Fähigkeiten und Anstrengungen betrachten, entwickeln eine höhere Selbstwirksamkeit bzw. Selbstwirksamkeitserwartung und sind motivierter, zukünftige Herausforderungen anzugehen. Umgekehrt kann das Zuschreiben von Misserfolgen auf stabile, interne Faktoren wie mangelnde Fähigkeiten zu Resignation und vermindertem Selbstvertrauen führen (Blickhan, 2018; Dweck, 2021). Carol Dweck bestätigt dies in ihrer Forschung und bezeichnete den konstruktiven Attributionsstil als dynamisch, als sogenanntes „Groth Mindset“ im Gegensatz zum statischen Denken, dem sogenannten „Fixed Midset“ (Dweck, 2021). Die bewusste Reflexion und Modifikation der eigenen Attributionsmuster spielt eine zentrale Rolle bei der Förderung von Selbstwirksamkeit und Selbstmanagementkompetenzen. Empirische Studien, wie die von Harvey et al. (2014) oder Burnette et al. (2013), zeigen, dass die Veränderung dysfunktionaler Attributionsmuster in Richtung eines konstruktiveren Stils die Lernbereitschaft, Motivation, Leistung und das Wohlbefinden signifikant steigern kann. Diese Ergebnisse sind besonders relevant im Kontext von Selbstmanagement, wo es darum geht, sich langfristig auf Ziele zu konzentrieren und Rückschläge als Teil des Lernprozesses zu akzeptieren. Diese Befunde haben daher weitreichende Implikationen, insbesondere für Interventionen im klinischen Bereich, die beanspruchen, den Umgang mit chronischen Erkrankungen zu behandeln.

Im Kontext von Selbstmanagement, Selbstwirksamkeit, Lernprozessen und beschriebenen Attributionsstilen ist es auch sinnvoll, die Konzepte Motivation und Volition näher zu betrachten, da sie miteinander verbunden sind, ineinandergreifen und dementsprechend entscheidenden Einfluss auf Denk- und Verhaltensprozesse nehmen (siehe Kapitel 2.2). Motivation umfasst die Gründe, warum eine Person ein Verhalten beginnt, fortsetzt oder beendet. Volition hingegen bezieht sich auf den Willensbildungsprozess, der notwendig ist, um Hindernisse zu überwinden (Heckhausen & Heckhausen, 2006, 2018). Das Verständnis dieser Dynamiken ist entscheidend für die Entwicklung effektiver Selbstmanagement-Techniken, da sie auch die Thematik der Motivations-Volitions-Lücke adressieren (Achtziger & Gollwitzer, 2018; Heckhausen & Heckhausen, 2006, 2018; Kuhl, 2013). Ein dienliches

Grundgerüst, um die Prozesse zu verstehen, ist das Drei-Komponenten-Modell (3-K-Modell) von Hugo M. Kehr (2002, 2004, 2013, 2014a, 2014b, Kehr & Strasser, 2013). Kehr inkludiert und beschreibt in seinem Modell drei wesentliche Komponenten, die wirksam sind: die impliziten Motive, die expliziten Motive und die wahrgenommenen Fähigkeiten. Erstere sind unbewusst und treten oft spontan auf. Sie sind historisch früh entstanden und beeinflussen oft spontanes und impulsives Verhalten. Beispiele für solche Motive umfassen Macht, Leistung und Zugehörigkeit. Diese Motive wirken ohne bewusste Intention und sind mit positiven affektiven Erfahrungen verbunden. Die impliziten Motive konzeptualisiert Kehr als assoziative Netzwerke, die „situatinal cues" mit „affective reactions" und „implicit behavioral tendencies" (2004, S.479) verbinden. Explizite Motive sind bewusst und mit sozialen Normen und persönlichen Zielen verbunden. Sie verlangen Planung und bewusste Anstrengung. Ein individuelles Ziel, das auf einem expliziten Motiv basiert, wäre etwa der eigene Erfolg bei einem Vorhaben, bei dem gesellschaftliche Normen und persönliche Bestrebungen eine Rolle spielen. Die letzte Komponente des Modells bezieht sich auf das subjektive Empfinden der eigenen Kompetenzen und Fertigkeiten, basierend auf früheren Erfahrungen und Erfolgen. Diese Selbstwahrnehmung beeinflusst, ob und wie Ziele verfolgt werden. Vergleichbar ist dieses Konzept dem der Selbstwirksamkeit (inklusive Attributionsstilen) (siehe oben), welche beschreibt, wie zuversichtlich Personen in der Bewältigung zukünftiger Herausforderungen sind. Grundsätzlich postuliert das Modell: Wenn implizite und explizite Motive übereinstimmen, kommt es zu intrinsischer Motivation. Ist die dritte Komponente auch erfüllt, werden Ziele mit Konzentration und Freude am Tun verfolgt, ähnlich dem in Kapitel 2.3.2 beschriebenen Flow-Zustand (Kehr & Rawolle, 2009, 2012). Entsteht eine Diskrepanz zwischen impliziten und expliziten Motiven, ist es schwierig, Absichten umzusetzen bzw. Ziele zu verfolgen. An dieser Stelle betont das Modell die Bedeutung der Volition. Strategien zur Willensstärkung können helfen, implizite Motive zugunsten von expliziten Zielen zu kontrollieren. Um Ziele erfolgreich verfolgen zu können, kann das Modell helfen, Motivationskonflikte aufzudecken, die das Verhalten einer Person negativ beeinflussen. Insbesondere in Situationen, in denen kurzfristige Impulse die langfristigen Ziele gefährden, können Menschen mithilfe des Modells zu mehr Verständnis ihrer expliziten und impliziten Motive sowie ihrer wahrgenommenen Fähigkeiten gelangen und ihre Selbstmanagementkompetenzen dadurch verfeinern und gezielt an der Erreichung ihrer Ziele arbeiten. Die Unterstützung zur Wahrnehmung und die Förderung individueller Fähigkeiten und Stärken, damit auch der Selbstwirksamkeitserwartung, werden besonders betont. Auf der Grundlage des Kompensationsmodells wurden Selbstmanagement-Trainings (von Rosenstie & Kehrl, 1997) entwickelt, die Ziele und implizite Motive verbinden und eine Umsetzung durch volitionale Strategien vorschlagen (Braun, 2020). Dies ist insofern lohnend, als Ziele, die mit intrinsischer Motivation verfolgt werden, einen geringeren psychologischen Regulationsaufwand erfordern und bessere Erfolgsaussichten haben (Deci & Ryan, 2004; Kehr

& Rawolle, 2012). Das 3-K-Modell wird häufig im Arbeitskontext angewendet, kann aber auch zur Etablierung neuer Gewohnheiten, wie es beim Aufbau eines gesundheitsförderlichen Lebensstils notwendig ist, übertragen werden.

Die Erforschung erfolgreicher und konstruktiver Zielsetzung wurde ebenso besonders im Kontext von Arbeit, oben angesprochener Optimierung und Effizienzsteigerung umgesetzt. Wie in Kapitel 2.2 sind Ziele bzw. Zielsetzungen auch ein entscheidender Erfolgsfaktor im Zuge von Verhaltensanpassung im Gesundheitskontext, zum Beispiel zur Etablierung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils, und sollten in Interventionskonzepten berücksichtigt werden. Ein fundierter Ansatz zur Analyse und Verbesserung von Zielsetzungen wird durch die „Zielsetzungstheorie“ von Edwin Locke und Gary Latham (2002, 2013; Latham & Locke, 2002a, 2002b) geboten. Ihre Theorie legt nahe, dass das Setzen klarer, spezifischer Ziele ein ausgezeichneter Weg ist, um Motivation und Leistung zu steigern. Diese Ziele sollten herausfordernd, erreichbar und von Feedback begleitet sein. In ihrem Artikel "Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation" (2002) fassen Locke und Latham die Erkenntnisse aus 35 Jahren Forschung zusammen. Ein zentraler Aspekt ihrer Arbeit ist der Performance-Zyklus, der beschreibt, wie spezifische, hohe Ziele zu Motivation führen, was wiederum die Zielerreichung fördert und zu Zufriedenheit sowie einer gesteigerten Bereitschaft führt, neue Ziele zu setzen und zu verfolgen. Dabei wird erneut die Selbstwirksamkeit(serwartung) als ein entscheidender Faktor angesprochen. Höhere Selbstwirksamkeit ermöglicht es Individuen, sich höhere Ziele zu setzen, sich stärker mit diesen Zielen zu identifizieren, bessere Strategien zur Zielerreichung zu entwickeln und effektiver mit negativem Feedback umzugehen (Locke & Latham, 2002). Ein weiteres auf Locke und Lathams Forschung aufbauendes Konzept ist die SMART-Methode, die Peter Drucker (2012) entwickelte. Diese Methode ist im Rahmen des Selbstmanagements weit verbreitet und zielt darauf ab, die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung zu erhöhen. Das Akronym SMART steht für Specific (spezifisch), Measurable (messbar), Achievable (erreichbar), Relevant (angemessen) und Time-bound (terminiert). Ziele, die nach diesen Kriterien formuliert sind, werden mit einer höheren Erfolgsquote in Verbindung gebracht.

Der POSITIV-Zielrahmen von Claus Blickhan (2015) stellt eine weitere Methodik zur Zielbestimmung dar, die eine positive Ausrichtung, wie in der Positiven Psychologie, einbezieht. Das Akronym POSITIV umfasst: P für Positiv, O für Ökologisch, S für Sensorisch konkret, I für Individuell, T für Testbar, das zweite I für Interessant und V für Visionär. Genauer ausgeführt steht P für das Ziel, positiv zu formulieren, ohne sprachliche Verneinung, prägnant und im Präsens, als ob das Ziel schon erreicht wäre, O für ökologisch und meint die Formulierung des Ziels, sodass es aus eigener Kraft erreichbar ist. Zusätzlich sind hier Konsequenzen gemeint, die entstehen, sowohl positive als auch negative. S für sensorisch

konkret, das heißt, das Ziel soll möglichst multisensorisch erlebbar gemacht werden, I für individuell, gemeint ist damit ein Reflektieren des Ziels im größeren Zusammenhang, welche persönliche Bedeutung es hat und ob eventuell ein größeres Ziel dahintersteht, T für testbar, damit ist gemeint, dass das Ziel konkret überprüfbar sein sollte, das zweite I steht für interessant, das Ziel soll so formuliert werden, als ob es schon erreicht wäre, und V steht für Verhalten, hier soll die Frage beantwortet werden, wie man sich verhält, wenn das Ziel erreicht ist. Diese Methode hilft dabei, Ziele so zu formulieren, dass sie aus eigener Kraft erreichbar sind und sowohl persönliche Bedeutung haben als auch multisensorisch erfahrbar sind. Die Anwendung dieser zielorientierten Theorien im Gesundheitskontext, insbesondere in Selbstmanagement-Trainings, zeigt, dass die sorgfältige Definition von Zielen wesentlich zur Steigerung von Zielerreichung, Motivation, Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit beiträgt. Dadurch wird der Aufbau eines gesundheitsförderlichen Lebensstils wahrscheinlich unterstützt.

### 2.4.2 Das Modell des Positiven Selbstmanagements

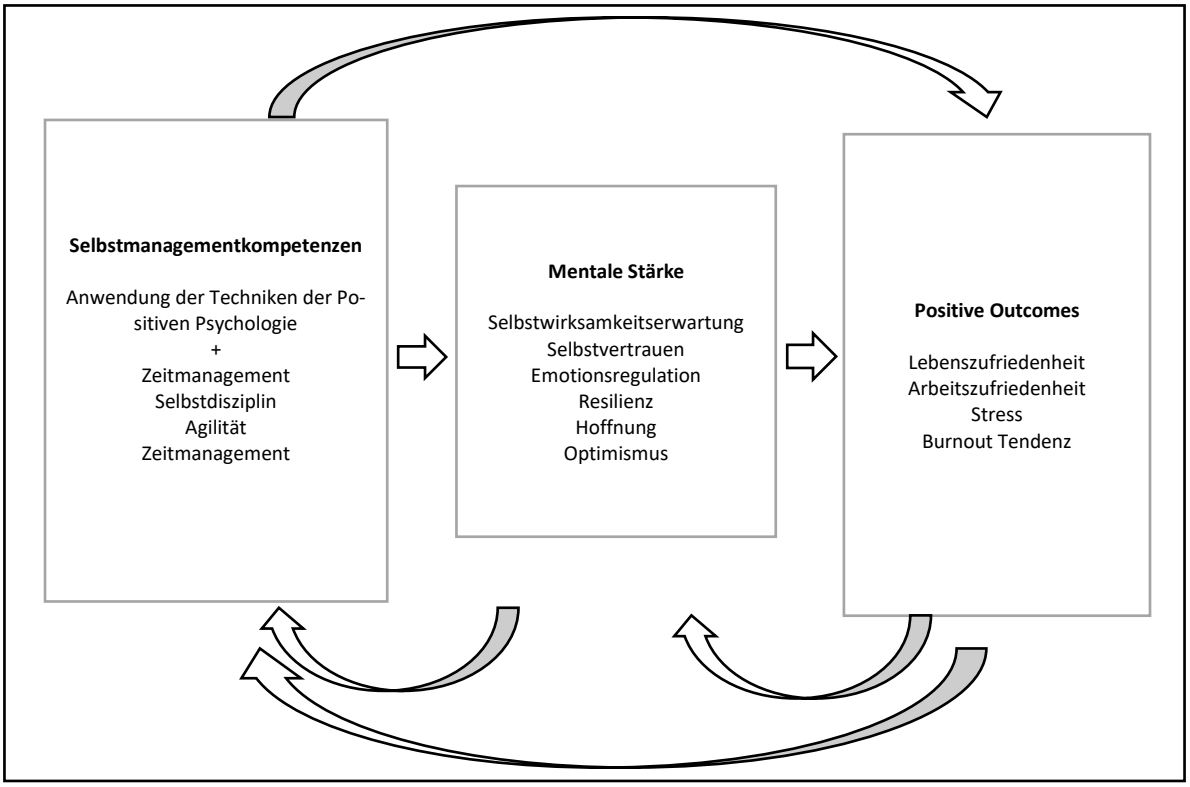
Empirische Studien belegen den Erfolg von Selbstmanagement-Trainings in verschiedenen Bereichen und zeigen, dass solches Training zu höherer Arbeitszufriedenheit (Neck & Manz, 1996; Uhl-Bien & Graen, 1998), gesteigerter Leistungsbereitschaft und Lebenszufriedenheit (Weisweiler et al., 2012), verbessertem Karriereerfolg (Murphy & Ensher, 2001), reduziertem Stress (Saks & Ashforth, 1996), gesteigerter emotionaler Stabilität (McCrae & John, 1992), verringerter Erschöpfungsanfälligkeit (Oaten & Cheng, 2007), besserer Impulskontrolle und weniger psychopathologischen Symptomen (Tangney et al., 2004) führt. Graf (2012) validiert den Zusammenhang zwischen verbessertem Selbstmanagement und mehr zeitlichen Ressourcen im Arbeitskontext. Klein et al. (2003) bestätigen den Aufbau von Selbstmanagementkompetenzen durch spezielle Trainings. Eine Metaanalyse von Friese et al. (2017) wertete 33 Studien zu Selbstmanagement-Trainings aus und fand moderate Effekte. Diese Ergebnisse werden jedoch z. B. von Gouasé (2021) aufgrund von Heterogenität und variierenden Stichprobengrößen kritisch betrachtet, bieten aber dennoch einen wertvollen Hintergrund, um die Weiterentwicklung von Trainings voranzutreiben. Dazu gehört auch die Forschung von Ottmar L. Braun und Kollegen, die das Konzept des Positiven Selbstmanagements postuliert. Das Konzept und dazugehörig das Modell des Positiven Selbstmanagements wurden von Braun erstmals 2015 erarbeitet, um die Entwicklung von Unternehmenskulturen zu fördern und der Zunahme von psychischer Belastung und Erkrankung entgegenzuwirken.

Positives Selbstmanagement meint die Etablierung und aktive Anwendung von Techniken der Positiven Psychologie (vgl. Kap. 2.3) bei gleichzeitiger Entwicklung einzelner Selbstmanagementkompetenzen und damit insgesamt eine Förderung der positiven Selbstentwicklung. Grundlage dafür sind nach Braun (2019, 2022, 2022) und Braun und Kollegen (2017, 2019, 2020, 2022, 2023) Kompetenzmodelle, die beschreiben, welche Kompetenzen Mitarbeiter haben sollten. Sie unterteilen sich in Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenzen, wobei Methodenkompetenz die Fähigkeit der Aufgliederung und Organisation der individuellen Aktivität und Gruppenaktivität meint. Unter Sozialkompetenz wird eine adäquate Interaktion unter den Beteiligten verstanden und Selbstkompetenz bezieht sich auf einen passenden Umgang mit sich selbst und seiner Zeit. Mit dem Modell des Positiven Selbstmanagements werden empirische Ergebnisse zu Selbstmanagement und der Positiven Psychologie verbunden und eine Struktur für weitere Forschung geboten. Das Modell postuliert, dass die Kompetenz Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie in Kombination mit weiteren Selbstmanagementkompetenzen zu gesteigerter mentaler Stärke und langfristig zu unterschiedlichen positiven Auswirkungen führt. Selbstmanagementkompetenzen umfassen hier sowohl Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenzen, da sie nicht trennscharf abgrenzbar sind. Unter dem Konstrukt „Mentale Stärke“ werden Emotionsregulation, Resilienz, Optimismus, Hoffnung, Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstvertrauen zusammengefasst. Die positiven Auswirkungen oder Outcomes von den Kompetenzen (Anwendungen der Techniken der Positiven Psychologie + spezifische Selbstmanagementkompetenzen) und dem Konstrukt Mentale Stärke mit seinen sechs Facetten sind zum Beispiel der Anstieg von Lebenszufriedenheit, Arbeitszufriedenheit, Wohlbefinden, Aufblühen und Gedeihen, Mental Health (vgl. Kapitel 2.3.1 Flourishing & Thriving) und die Reduktion von Stress, Burnout-Tendenz, psychosomatischen Beschwerden, dysfunktionalen Kognitionen und psychischer Belastung (Braun, 2019, 2020, 2022; Braun et al. 2017, 2019, 2020, 2022, 2023). In Abbildung 5 ist das Modell des Positiven Selbstmanagements dargestellt. Das Modell erklärt, dass es durch den Aufbau von Selbstmanagementkompetenzen zur Steigerung von mentaler Stärke und dadurch zu einer Steigerung gewünschter positiver Komponenten und zur Reduktion unerwünschter negativer Aspekte kommt. Es wird ähnlich wie bei der oben erläuterten „Boraden and Built“ Theorie von Barbara Fredrickson (2001, 2004, 2010, 2013) ein Rückkopplungseffekt angenommen (Braun, 2020). Das bedeutet, dass sich die positiven Folgen und positiv erlebten Gefühle wieder positiv auf die Aspekte der mentalen Stärke und den Aufbau von Kompetenzen auswirken, und dass die dadurch erhöhten Facetten der mentalen Stärke sich ebenso positiv auf die Kompetenzen auswirken. Insgesamt führt dies zu einer Erweiterung der Wahrnehmung und von Denk- und Handelsweisen und damit zu einer Aufwärtsspirale. Wie zuvor (Kapitel 2.4.1) beschrieben sind Selbstmanagementkompetenzen erlernbar und können trainiert werden. Die Idee ist nun, die Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie in Kombination mit anderen

Selbstmanagementkompetenzen zu trainieren, damit das Konstrukt Mentale Stärke zu steigern und positive Outcomes zu erwirken (Braun 2019, 2020, 2022; Braun et al. 2017, 2019, 2020, 2022, 2023).

Um das Modell des Positiven Selbstmanagements zu bestätigen und die genannten Veränderungen zu evaluieren, wurde meist ein ähnlicher Versuchsaufbau gewählt. Kontextabhängig wurden passende Selbstmanagementkompetenzen identifiziert und in Präsenz- oder Online-Seminaren trainiert. Das Trainingsprogramm wurde vor dem Hintergrund des Modells des Positiven Selbstmanagements nach dem Trainingskonzept „Career Games – spielend trainieren!“ gestaltet (Braun et al., 2017). Die Struktur der Ganztagesseminare gliedert sich wie folgt: Zunächst wurde zur Transfersicherung die „Methode des Maßnahmenplans“ eingeführt, anschließend werden Techniken der Positiven Psychologie erläutert und angewendet.

*Abbildung 5:Das Modell des Positiven Selbstmanagements*




*Anmerkung: Eigene Darstellung des Rahmenmodells des Positiven Selbstmanagements nach Braun et al. (2017, 2019, 2020, 2022, 2023)*

Der theoretische Teil inkludiert einen kurzen Überblick über die Geschichte der Positiven Psychologie, ihre Vorteile bzw. ihren Nutzen, das Konzept des Wohlbefindens nach Seligman, die Broaden-and-Built-Theorie nach Fredrickson, das Flow-Konzept von Csikszentmihalyi und das Modell des Positiven Selbstmanagements nach Braun. Entscheidend bei diesen Trainings ist die aktive Teilnahme und der Austausch der Trainees, was von der anleitenden Person stets gefördert wird. Zudem kommen

verschiedene Techniken, wie der Charakterstärken-Test nach Park, Peterson & Seligman (2004) und der Positive Tagesrückblick (Seligman, 2012), direkt im Seminar zum Einsatz. Im anschließenden zweiten Block des Seminars werden die spezifisch gewählten Selbstmanagementkompetenzen (siehe Abbildung) in ähnlicher Weise mit einem theoretischen und einem praktischen Teil trainiert. Die zweite Hälfte des Tagesseminares besteht aus dem vorher genannten Brettspiel „Career Games – spielend trainieren!“, das in einer 90-minütigen Spieldauer jeweils vier Personen dazu anhält die zuvor gelernten Inhalte zu vertiefen und im gegenseitigen Austausch darüber noch weiter zu intensivieren. Den Abschluss des Trainings bildet die Erarbeitung eines Maßnahmenplans. Für die Überprüfung des Trainings wird zum einen am Ende des Seminartages ein schriftliches Feedback der Teilnehmenden eingeholt und auf einer zweiten Evaluationsstufe der Trainingserfolg über Fragebögen vor und nach dem Training erhoben. Die Fragebögen beinhalten die trainierten Selbstmanagementkompetenzen, die Facetten der mentalen Stärke und die Outcomes. Für eine valide Evaluation werden die Trainingsgruppen mit entsprechenden Kontroll- oder Vergleichsgruppen verglichen. Die beschriebene Grundstruktur der Trainings kann bei den verschiedenen Settings variieren. Die Ergebnisse können dennoch zur Bestätigung des Modells (Korrelations- und Regressionshypothesen) und der Wirksamkeitsüberprüfung (Veränderungshypothesen) genutzt werden, und es konnte gezeigt werden, „dass es einer empirischen Überprüfung standhält“ (Braun, 2020, S. 12). Erfolgreiche Korrelations-, Regressions- und Längsschnittstudien machten die Erweiterung auf unterschiedliche Zielgruppen möglich. Zudem wurden die inkludierten Selbstmanagementkompetenzen und Outcomes erweitert. (vgl. hierzu z. B. Braun 2019, 2020, 2022; Braun et al., 2017, 2019, 2020, 2022, 2023). In einer Meta-Analyse von Strebel et al. (2023) wurden speziell die Onlineversionen des beschriebenen Selbstmanagementtrainings untersucht. Die acht inkludierten Studien konnten jeweils den vorher angenommenen Anstieg der Kompetenz Anwendung der Positiven Psychologie, der Mentalen Stärke und der positiven Outcomes zeigen. Da die trainierten spezifischen Selbstmanagementkompetenzen zu einem Indexwert zusammengefasst, aber nicht faktorenanalytisch untersucht wurden, sind die Ergebnisse nur eingeschränkt interpretierbar (Braun et al., 2023). Dennoch wurde ein mittlerer positiver Effekt dargestellt. Die bisherigen empirischen Untersuchungen umfassen mittlerweile eine enorme Bandbreite an Teilnehmern und eine Vielzahl von Selbstmanagementkompetenzen, die in Kombination mit Techniken der Positiven Psychologie zu wertvollen positiven Folgen führen und damit die Durchführung von Selbstmanagement-Trainings in dieser Art rechtfertigen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die bisherige empirische Evidenz das Modell des Positiven Selbstmanagements als eine gute Grundlage für weitere Forschung darstellt. Dabei werden Selbstmanagementkompetenzen als Prädikatoren, die Facetten der mentalen Stärke als Moderatoren und die Folgen als Outcomes bezeichnet (Braun, 2019, 2020; Braun et al., 2017, 2021, 2022, 2023, Gouasé, 2021; Pilger, 2023). Die bisherigen Anwendungen zielten

hauptsächlich auf die Vorteile von gesteigerten spezifischen Selbstmanagementkompetenzen und der verbesserten Kompetenzanwendung der Positiven Psychologie, dadurch gesteigerter mentaler Stärke und positiver Outcomes im Arbeitskontext ab. Im folgenden Abschnitt soll das Modell des Positiven Selbstmanagements in den Kontext von Gesundheit bzw. der medizinischen Rehabilitation gebracht werden. Konkret in die Behandlung von Menschen mit Alkoholabhängigkeitserkrankung. Die Bedeutung der einzelnen Variablen für die Krankheitsbewältigung wird erklärt, um im Anschluss die Ableitung des Trainingskonzepts darstellen zu können.

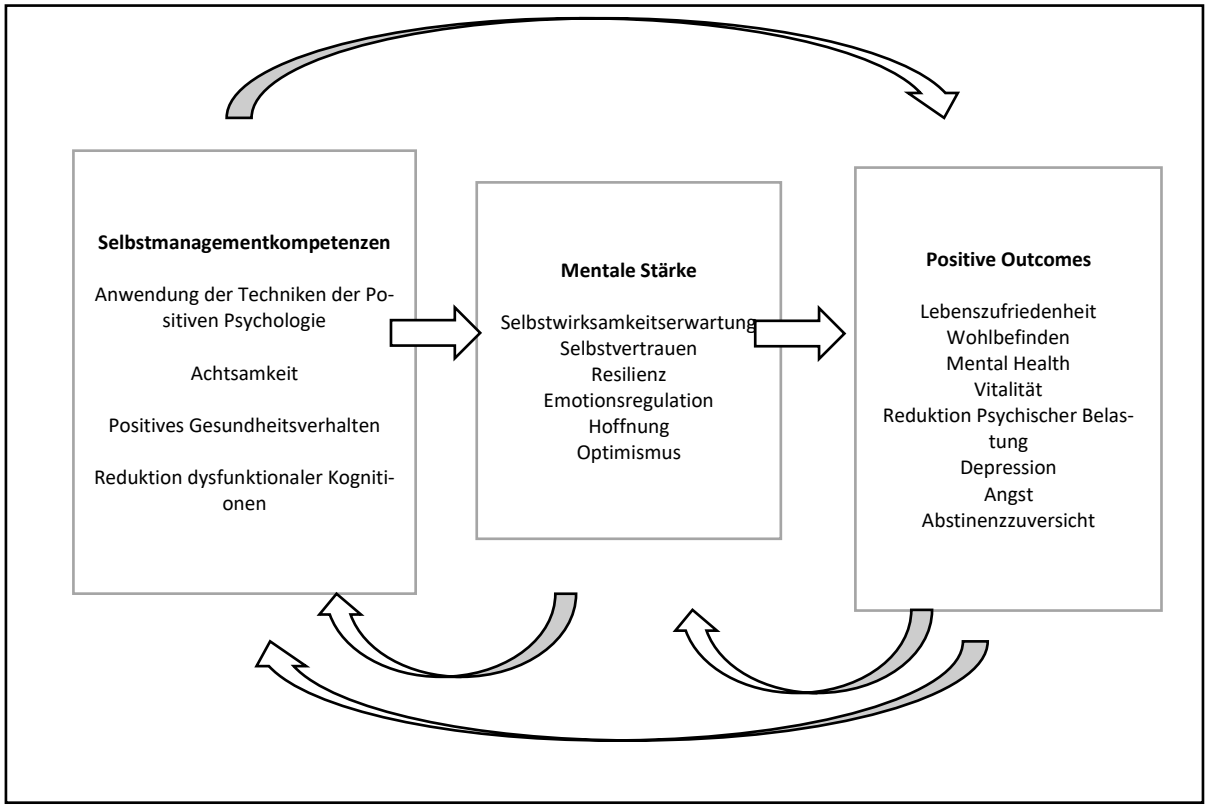
### 2.4.3 Das Modell des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagement (GPS)

Die Idee, den Aufbau von Selbstmanagementkompetenzen in die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen zu inkludieren, besteht seit den Anfängen der Selbstmanagement-Therapie (vgl. Kapitel 2.4.2). Frederick H. Kanfer war selbst an der Entstehung der ersten deutschen Suchtklinik 1977 in Furth im Wald beteiligt (Schneider, 2022). Aufbauend auf dem Krankheitsmodell der Verhaltenstherapie, welches von unterschiedlichen Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen (Kapitel 2.1.2) ausgeht, die miteinander in Wechselwirkung stehen, wird Abhängigkeit unter anderem als Resultat mangelnder Selbststeuerung (Kapitel 2.4.1) betrachtet und dies als Ziel der Selbstmanagement-Therapie in der Suchtbehandlung postuliert (Sadowski, 2007, 2013; Schneider, 1982; Vollmer & Domma-Reichart, 2016). Der Aufbau von Kompetenzen, die eigenständig und damit über die Dauer der Therapie hinaus angewendet werden können, ist bei chronischen Erkrankungen besonders relevant. Die angeführte Meta-Analyse von Gut et al. (2022) konnte dies erneut bestätigen und führt als verifizierte aufeinander aufbauende Wirkebenen Empowerment und Lebensstiländerung, klinische Outcomes, Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Lebensqualität und Kosten an. In einer Studie von Sadowski (2007; Sadowski & Zimmermann, 2003) wurde belegt, dass die Integration der Selbstmanagement-Therapie in die stationäre Entwöhnungsbehandlung und ambulante Nachversorgung eine signifikante Wirksamkeit speziell in diesem Kontext aufweist.In jüngerer Zeit ist selbstmanagementbasierte Gesundheitsförderung, die sich an Modellen zur Verhaltensveränderung orientiert, insgesamt auf dem Vormarsch, um den Anforderungen von Erkrankungszahlen und den damit einhergehenden Folgen, inklusive Kosten, gerecht zu werden (Bandura, 2005; Gut et al., 2022; Maes & Karoly, 2005). Psychosoziale Aspekte und deren Mechanismen als Erfolgsfaktoren zur Verhaltensveränderung werden als Basis genutzt, um Interventionen zu planen (vgl. Kapitel 2.2.2). Patienten werden nicht mehr als Empfänger von Leistungen der Kostenträger und der Institutionen der Gesundheitsversorgung verstanden, sondern als aktive Akteure, die Gesundheit bzw. die Bewältigung von Krankheit dezidiert mitgestalten. Alle beschriebenen Ansätze integrierend wird in dieser Arbeit Selbstmanagement als

Kompetenz definiert, die über verschiedene Strategien zur Selbststeuerung, Selbstregulation, Selbstführung und Selbstkontrolle das Verhalten, die Kognition und Emotion zielgerichtet beeinflussen kann und als übergeordnetes Ziel autonomes Denken und Handeln hat. Zu den Strategien zählen unter anderem achtsame Selbstwahrnehmung bzw. -beobachtung, Aktivierung von intrinsischer Motivation, Steigerung der Selbstwirksamkeit bzw. Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstverstärkung und Stimulus-Kontrolle. Selbstmanagementkompetenzen werden als Ressourcen verstanden, die in unterschiedlichen Kontexten zu Wohlbefinden und Zufriedenheit führen. Selbstmanagement in einen positiven Rahmen zu bringen und damit positive Denk- und Verhaltensmuster anzuregen, Selbstwirksamkeit zu steigern und weitere positive Auswirkungen anzustreben, wird im Konzept des Positiven Selbstmanagements nach Braun und Braun und Kollegen postuliert (2017, 2019, 2020, 2021, 2023). Positives Selbstmanagement bietet eine theoretische Grundlage und damit eine Möglichkeit zur Erweiterung für die Behandlung von Abhängigkeit. Die Intention ist die Konzeption und Wirksamkeitsüberprüfung einer Trainingsintervention zur Steigerung von Selbstmanagementkompetenzen und zur Etablierung positiver Folgen in der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung. Wie in Kapitel 2.1.3 erläutert, fokussiert sich die Behandlung von Alkoholabhängigkeit neben der Ätiologie verstärkt auf Ressourcenbildung, da Alkoholabhängigkeit als chronische Erkrankung verstanden wird, der über eine zeitlich begrenzte stationäre oder ambulante Behandlung hinaus begegnet werden muss. Es sollen nicht mehr nur „kranke“ Aspekte in der klassischen Herangehensweise der klinischen Psychologie thematisiert und Eliminierung des Konsums fokussiert, sondern ein Recovery-Kapital (vgl. Kapitel 2.1.3) aufgebaut werden, um ein zufriedenes, selbstständiges und möglichst abstinentes Leben führen zu können. Das angestrebte Wohlbefinden soll als Schutzfaktor dienen und entspricht gleichzeitig der ganzheitlichen Definition von Gesundheit. McKay (2017) fordert in seinem Artikel *„Making the hard work of recovery more attractive for those with substance use disorder“* explizit, dass Behandlungen über das Ziel, den Konsum von Substanzen zu reduzieren oder zu beseitigen hinausgehen sollte, um mehr Zugang zu und mehr Zeit für angenehme Erfahrungen zu schaffen, wobei positive Anreize generiert werden müssen, um den Aufwand der Abstinenz für Betroffene lohnend zu machen. Eines der grundlegenden Ziele ist es, den Mehrwert von Abstinenz im Vergleich zu Konsum aufzuzeigen und damit die Motivation des Patienten größtmöglich zu unterstützen. Aufbauend auf dem Modell des Positiven Selbstmanagements wird dieses in den Gesundheitskontext übertragen und zum Modell des *Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements* weiterentwickelt, in dem es Selbstmanagementkompetenzen berücksichtigt, die als Teil eines Recovery-Kapitals, eines gesundheitsförderlichen, positiven Lebensstils besonders relevant erscheinen. Ebenso können die Mediatoren und Outcomes in Zusammenhang mit Gesundheit allgemein und im Speziellen bei der Behandlung von Alkoholabhängigkeit als Ressourcen bzw. Recovery-Kapital verstanden werden. Das Modell wurde bisher noch nicht im Rahmen von

Alkoholabhängigkeit untersucht und bietet eine gute Struktur, um eine Intervention zu entwickeln und zu überprüfen. In folgender Abbildung 6 werden die postulierten Komponenten des Modells des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements veranschaulicht.

*Abbildung 6:Modell des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements*



#### 2.4.3.1 Prädikatoren: Selbstmanagementkompetenzen und ihre Relevanz für Menschen mit F 10.2-Diagnose

Gesundheit hängt von einem komplexen Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren ab. Das Modell des *Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements (GPS)* umfasst vier Selbstmanagementkompetenzen, die theoretisch abgeleitet, Gesundheit als ganzheitliches Konstrukt potenziell maßgeblich beeinflussen, und sich dies positiv, im Sinne des Aufbaus von Ressourcen bzw. Recovery-Kapital, auf die Bewältigung einer Suchterkrankung auswirkt. Selbstmanagementkompetenzen werden in der vorliegenden Arbeit im Sinne einer positiven Selbstführung verstanden, welche Selbstbeobachtung bzw. -wahrnehmung und positive Selbststeuerung und -entwicklung inkludiert. Bandura plädiert in seinem Artikel „*The Primacy of Self-Regulation in Health Promotion"* (2005) zum Thema Gesundheit für die Konzentration auf den Aufbau eines gesundheitsförderlichen Lebensstils durch Selbstmanagement. Er postuliert eine Ausrichtung an Prozessmodellen im Vergleich zu Ansätzen, die auf Persönlichkeitseigenschaften beruhen, da diese veränderbare Größen untersuchen und diese damit in Interventionen adressiert und moduliert werden können. Das impliziert die Erlernbarkeit und Trainierbarkeit dieser Kompetenzen. Außerdem betont er die Bedeutung von kognitiven Konstrukten wie Selbstwirksamkeit (Bandura, 2005). Dies bestätigen auch die empirischen Untersuchungen und Modelle zur Veränderung von Gesundheitsverhalten (siehe Kapitel 2.2.2). Insgesamt verändert sich das Gesundheitssystem begründet in Richtung eines den Betroffenen unterstützenden, fächerübergreifenden Selbstmanagementsystems (z. B. Gut et al., 2022; Maes & Karoly, 2005; Palacios et al., 2017). Nach Sadowski (2007) ist die Förderung von Selbstmanagementfähigkeiten in der Behandlung von chronischen Erkrankungen angezeigt, da es den Patienten dazu befähigt, über die Dauer der Behandlung hinaus einen Umgang mit der Erkrankung zu finden. In dem Artikel „Selbstmanagement-Therapie in einer Kurzzeitentwöhnung für Alkoholabhängige" wird beschrieben: „Eine dauerhafte Veränderung intrapsychischer Bedingungen braucht mehr Zeit, als in einer kurzen stationären Entzugsbehandlung zur Verfügung steht - deshalb sind Patienten zu fortdauerndem Selbstmanagement zu motivieren" (Sadowski & Zimmermann, 2003, S. 31). Neben den angeführten positiven Konsequenzen und der zeitlichen Unabhängigkeit bietet Selbstmanagement noch den Vorteil, dass es weder besonderer Hilfsmittel bedarf noch an einen Ort gebunden ist. Dies führt bei Alkoholabhängigkeit im besten Fall zu einem stabilen Aufbau von Recovery-Kapital, und dadurch zu einer Minimierung bis zu völliger Absenz von Rückfälligkeit, damit zu einer Reduktion der Gefahren durch Konsum und zu einer positiven Bewältigung von Begleiterscheinungen oder von Folgeschäden. Es kann damit der angesprochenen Notwendigkeit neuer Behandlungsansätze und dem volkswirtschaftlichen Schaden aufgrund psychischer und physischer Erkrankungen begegnet und damit sowohl individueller als auch gesamtgesellschaftlicher Vorteil generiert werden.

#### 2.4.3.1.1 Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie

Zufriedenheit und Wohlbefinden sind neben der Entfaltung des individuellen Potenzials, dem Einsatz persönlicher Stärken und der Unterstützung des eigenen Gedeihens und Aufblühens erklärte Ziele der Teildisziplin Positive Psychologie (z. B. Blickhan, 2017; Lyubomirsky, 2007; 2018; Seligman & Csikszentmihályi, 2000). Die Anwendung von Techniken der Positiven Psychologie verfolgt über Selbststeuerung und Selbstverstärkungen die oben genannten Ziele und kann damit nach der Definition von König und Kleinmann (2006) als Selbstmanagementstrategie bezeichnet werden (Braun, 2019, 2020; Gouasé, 2021; Pilger, 2022). Die Gemeinsamkeit von klassischen Selbstmanagementstrategien und Anwendungen der Techniken der Positiven Psychologie besteht z. B. darin, persönliche Stärken einzusetzen und eigene Ressourcen zu nutzen (Graf, 2012). Außerdem findet der Steuerungsprozess über Verstärkung statt, wie es auch beim Generieren positiver Emotionen, einem Hauptinhalt der Positiven Psychologie, der Fall ist. Ein Unterschied lässt sich beim grundsätzlichen Ziel der Strategien finden. Die meisten bekannten Selbstmanagementstrategien finden im Arbeitskontext ihre Anwendung, mit dem Ziel der Optimierung bzw. effektiver und effizienter zu werden (Graf, 2012, S. 36). Die Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie beansprucht, das individuelle Wohlbefinden zu verbessern, und unterscheidet sich daher in der Ausrichtung und Intention. Die Techniken der Positiven Psychologie fußen auf den oben dargestellten Theorien und Modellen der Positiven Psychologie und bedeuten in der praktischen Umsetzung die ebenfalls oben erläuterten Positiv Psychologischen Interventionen (PPIs). Nach Sin und Lyubomirsky (2009) sind sie Aktivitäten, die positive Emotionen, positive Verhaltensweisen oder positive Kognitionen kultivieren. Für eine detaillierte Definition und die empirische Evidenz von PPIs siehe Kapitel 2.3.3. Trotz der methodischen Kritik lassen die Untersuchungen und Meta-Analysen den Schluss zu, dass sich PPIs positiv und auch nachhaltig positiv auf das Wohlbefinden auswirken und psychische Belastungen wie Stress und depressive Stimmung reduzieren. Es wird dabei betont, dass längere Dauer der PPIs und der Einsatz von mehreren PPIs (= MPPIs) vor allem in klinischen Populationen wirksamer seien (Bolier et al., 2013; Carr et al., 2021; Chakhssi et al., 2018; Hendriks et al., 2019, 2020; Sin & Lyubomirsky, 2009; Weiss et al., 2016). Spezifische und valide Wirksamkeitsuntersuchungen von PPIs in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen sind nur bedingt vorhanden, belegen aber den positiven Effekt auf Wohlbefinden, Dankbarkeit, Fröhlichkeit, Optimismus, vermehrte positive Gefühle, weniger negative Gefühle, vermehrte Interessen und geringere Trinkmenge (Akhtar & Boniwell, 2010; Krentzman, 2013). Die deutsche Hauptstelle für Suchtfragen empfiehlt explizit, für positive Gefühle zu sorgen, um die Bewältigung und den Umgang mit einer Abhängigkeitserkrankung zu unterstützen (Gassmann & Müller, 2018). Ein eingeschränktes Wohlbefinden, verminderte Dankbarkeitsgefühle, ebenso wie geringere Fröhlichkeit und Optimismus, reduzierte positive Gefühle und Erleben psychischer Belastung wie Depressivität oder Angst sind häufige

Begleiterscheinungen von Alkoholabhängigkeit und Auslöser für erneuten Konsum (vgl. Kapitel 2.1.3). Wohlbefinden und positive Gefühle sind eine essenzielle Voraussetzung dafür, dass Patienten mit Suchterkrankungen den Konsum durch Anderes ersetzen können. Wohlbefinden unterstützt die Motivation, Abstinenz dem Konsum vorzuziehen (McKay, 2017). Zudem setzen positive Gefühle nach Fredrickson (2001, 2004, 2010, 2013) eine Aufwärtsspirale in Gang, die das Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsrepertoire erweitert und damit positive Ressourcen vermehrt aktivieren kann. Diese ermöglichen dem Betroffenen, Alternativen zum Konsum im Leben zu etablieren, positive Gewohnheiten aufzubauen und stärken gleichzeitig die Widerstandskraft, mit Belastungen umzugehen. Auch wenn es unterschiedliche Entstehungstheorien über Abhängigkeitserkrankungen gibt und immer individuelle Unterschiede in der Ätiologie bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen berücksichtigt werden müssen, ist der Aufbau von Wohlbefinden und die dazugehörigen Komponenten eine wirksame Ressource und Teil des Recovery-Kapitals in der Krankheitsbewältigung. Es ermöglicht die Gestaltung eines zufriedenen und autonomen Lebens ohne psychoaktive Substanz, dem obersten Ziel einer Behandlung von Abhängigkeit (Beiglböck & Feselmayer, 2012). Durch Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie werden positive Emotionen vermehrt, persönliche Stärken wahrnehmbar gemacht und eingesetzt, Flow-Zustände generiert, Zielerreichung unterstützt, soziale Verbindungen gestärkt und Selbstfürsorgeverhalten verbessert. Nach Sadowski (2007) wird die Entwicklung einer Störung und deren Bewältigung immer in engem Zusammenhang mit der Fähigkeit zur Selbststeuerung gesehen. Daher ist diese Ressource in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit zu verbessern. Der Autor konnte in seiner Arbeit zu Selbstmanagement-Therapie im stationären Setting die positiven Auswirkungen nachweisen (Sadowski, 2007). Der potenzielle Spill-over-Effekt, also das Überschwappen positiver Effekte auf andere Bereiche, könnte auch hier zum Tragen kommen. In dieser Arbeit wird angenommen, dass die Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie eine adäquate Selbstmanagementkompetenz ist und daher sowohl eine Ressource darstellt als auch einen Aufbau von Ressourcen zur Folge hat. Zudem wird ganzheitliches Wohlbefinden als zentrale Komponente von Gesundheit von der WHO definiert (WHO, 1947).

#### 2.4.3.1.2 Achtsamkeit

Achtsamkeit ist eine Technik mit fernöstlicher Tradition, welche in den letzten 25 Jahren vor allem durch die Arbeit von Jon Kabat-Zinn im westlichen Kulturraum Einzug gefunden hat (siehe Kapitel 2.3.3). Grundsätzlich ist es die Fähigkeit des nicht wertenden und urteilenden Wahrnehmens des gegenwärtigen Moments, also weder zukunfts- noch vergangenheitsorientiert (Kabat-Zinn, 2003a, 2003b, 2015, 2018). Achtsamkeitsansätze finden sich sowohl im Gesundheits- als auch im Arbeitskontext als Selbstmanagementstrategie - von Shan (2012) sogar als „die höchste Form des

Selbstmanagements“ bezeichnet. Ein wichtiges Element von Selbstmanagement ist die Selbstbeobachtung bzw. -wahrnehmung, und hier findet sich auch die Schnittmenge zu Achtsamkeitspraktiken. Um Selbststeuerung möglich zu machen, ist es obligat, die gegenwärtige Situation, dies beinhaltet das Außen (die Umwelt) und das Innen (die eigenen Kognitionen, Emotionen und auch körperlichen Empfindungen), bewusst wahrzunehmen. Grundvoraussetzung für Selbststeuerungsprozesse ist dieses Wahrnehmen. Das Trainieren von Achtsamkeit baut somit dieselbe als Selbstmanagementtechnik auf, ist dadurch eine Ressource und wirkt sich gleichzeitig positiv auf die Entwicklung von weiteren Ressourcen aus. Nach Beiglböck und Feselmayer (2012) gehören zu den durch Achtsamkeit geförderten Ressourcen die Selbstwirksamkeit, die Selbstverbalisation und die Hoffnung. Shapiro et al. (2006) postulieren im Zusammenhang mit Achtsamkeit die Fähigkeit des Durchbrechens von automatisierten Denkmustern durch differenzierte Wahrnehmung der eigenen Gedanken, Emotionen und Körperempfindungen und das Erlernen von alternativen Bewältigungsstrategien. Damit können dysfunktionale Kognitionen erkannt und verändert werden, Emotionen besser gesteuert und Körperempfindungen besser zugeordnet werden. Dysfunktionale Kognitionen spielen sowohl bei der Abhängigkeitsentstehung als auch bei der Abhängigkeitsaufrechterhaltung eine entscheidende Rolle (Verdejo-Garcia, 2020). Der Mindfulness-to-Meaning-Theory (MMT) zufolge erfolgt durch Achtsamkeit eine Neubewertung von negativen Erfahrungen, und der Genuss von positiven Erfahrungen wird verstärkt. Dadurch kommt es zu mehr Sinnerleben, und das Erleben positiver Emotionen wird gesteigert, was zu der zuvor beschriebenen Aufwärtsspirale der Broad-and-Built-Theory von Barbara Fredrickson führt (2001, 2004, 2010, 2013). Dies hat wiederum den Aufbau von weiteren Ressourcen durch eine Erweiterung der Denk- und Handlungsweisen zur Folge (vgl. Kapitel 2.3.2). Eine empirische Untersuchung von Strebl et al. (2022) belegt den positiven Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und mentaler Stärke und Achtsamkeit und Flourishing. Neben der Integration von Achtsamkeitspraktiken in gesundheitsrelevanten Anwendungsfeldern und in der Behandlung von psychischen Belastungen und Psychotherapie (siehe oben) entwickelten Marlatt und Gordon (1985) wie in Kapitel 2.1.3 dargestellt ein spezifisches Achtsamkeitsprogramm zur Rückfallprävention bei Abhängigkeitserkrankten (Mindful-Based-Relapse-Prevention (MRBD)) und sie konnten empirisch belegen, dass sich diese Anwendung positiv auf Abstinenzverhalten und Suchtdruck auswirkt (Marlatt et al. 1985, 2005, 2006, 2011). In dem achtwöchigen Programm werden in zwei-stündigen Sitzungen pro Woche verschiedene Techniken der kognitiv-behavioralen-Therapie und Achtsamkeitstechniken integriert. Die Idee ist, die Wahrnehmung von Gedanken, Emotionen und Körperempfindungen zu schulen und dies als Fähigkeit in Rückfallrisikosituationen einzusetzen. Der Effekt wird auf eine durch Achtsamkeitspraxis gesteigerte Kontrolle impulsiven emotionalen Verhaltens und verbesserte kognitive Fähigkeiten zurückgeführt. Die positiven Effekte beruhen auch auf der verbesserten Wahrnehmung positiver Emotionen, emotionaler

Klarheit sowie der Förderung von Stärken und Ressourcen. Dadurch entstandene Erfolgserlebnisse sollen die Selbstwirksamkeit erhöhen (Beiglböck et al., 2013). Beiglböck und Kollegen konnten in einer deutschsprachigen Version die positiven Effekte mit Einschränkungen replizieren (Beiglböck et al., 2013). Zielvariablen der Studie waren Achtsamkeit, Selbstmanagementfähigkeiten, Craving (Suchtdruck) und internale Attribution, welche sich bei der Versuchsgruppe erhöhten. Ein Vergleich zu einer Kontrollgruppe erfolgte allerdings nur bei Achtsamkeit. Ein wichtiges Ergebnis der Studie war, dass sich die Variable Achtsamkeit auch in der Kontrollgruppe verbesserte, was bedeutet, dass sich Achtsamkeit auch ohne spezifisches Training nur durch Abstinenz verbessert. Dieser wechselseitige Effekt, also dass sich Achtsamkeit positiv auf die Abstinenz, aber auch Abstinenz positiv auf die Achtsamkeit auswirkt und vermehrte Achtsamkeit weitere positive Auswirkungen mit sich bringt, lässt den Schluss auf eine positive Aufwärtsspirale zu. Mundle und Kollegen (2014) untersuchten drei Gruppen: Eine absolvierte das MRBD, eine ein verhaltenstherapeutisches Programm und eine war in der TAU-Bedingung (Treatment As Usual). Nach zwölf Monaten konnten signifikante Effekte hinsichtlich schwerer Rückfälligkeit und der Menge an Konsumtagen festgestellt werden. Weitere positive Effekte dokumentierten Carroll et al. (2008). Hintergrund dieser Studie war die Abbruchrate in Entwöhnungsbehandlungen, die auf Stress der Patienten zurückgeführt wurde. Das MBSR-Programm konnte diese, Patientenberichten zufolge, reduzieren. Eine Meta-Analyse von Zgierska et al. (2009) *„Mindfulness meditation for substance use disorder: a systematic review",* die final 25 Studien zusammenfasst, diskutiert die Wirksamkeit kritisch, schlussfolgert aber dennoch, dass achtsamkeitsbasierte Verfahren eine sinnvolle und wirksame Methode in der Behandlung von Abhängigkeit darstellt. Chiesa und Serretti (2014) finden in einer systematischen Literaturanalyse Evidenzen für die Auswirkungen von Achtsamkeitspraxis auf das Craving (Suchtdruck). Mundle (2017) erörtert in seinem Buch „Achtsamkeit in der Suchtherapie" umfassend das Achtsamkeitskonzept in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen und bestätigt die positive Auswirkung. Das Trainieren von Achtsamkeit ist somit für Menschen mit Alkoholabhängigkeit insofern relevant, als es Teil des Recovery-Kapitals ist und auf verschiedenen Ebenen der Krankheitsbewältigung zuträglich ist. Es wirkt präventiv in Rückfallrisikosituationen, es baut positive Emotionen auf und schult das Erkennen vorhandener positiver Gefühle, es verbessert die Wahrnehmung eigener Stärken und fördert Selbstwirksamkeit, es unterstützt die Bewältigung von Herausforderungen und die Zielerreichung, es wirkt sich positiv auf soziale Verbindungen aus, wirkt auf Sinnfindung, Selbstfürsorgeverhalten und auf die Etablierung eines positiven Gesundheitsverhaltens und Lebensstils (Bowen et al., 2014a, 2014b; Majudar et al., 2002; Segal et al., 2012). Nach Bowen (2014b) zielt die achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention besonders darauf ab, eine langfristige abstinente Lebensführung zu unterstützen und die Resilienz der Patienten zu stärken. Mindful Based Cognitive Therapy fokussiert auf die Prävention depressiver Rezidive, indem Patienten lernen, auf frühe

Anzeichen zu reagieren, bevor diese voll ausbrechen. Der Zusammenhang zwischen komorbiden Störungen und Alkoholabhängigkeit wurde bereits beschrieben. Daher kann Achtsamkeitspraxis auch unter diesem Gesichtspunkt als wertvolle Selbstmanagementkompetenz gesehen werden.

#### 2.4.3.1.3 Positives Gesundheitsverhalten

Die ganzheitliche Perspektive auf Gesundheit wurde in dieser Arbeit schon auf unterschiedliche Weise thematisiert. Die Aspekte des Wohlbefindens beeinflussen und bedingen sich gegenseitig, finden sich in der Positiven Psychologie wieder, sind zentrales Element in der Achtsamkeit und werden häufig in Zusammenhang mit Selbstmanagement genannt. Vertreter der Positiven Psychologie beziehen besonders den körperlichen Aspekt von Wohlbefinden vermehrt ein, da er als zentrale Säule von Wohlbefinden definiert wird. Martin Seligman erweiterte sein ursprüngliches PERMA-Modell zu PERMA-V, wobei V für Vitalität steht (Seligman, 2018). Andere Vertreter der Positiven Psychologie untermauern diese These (Blickhan, 2018; Fredrickson, 2001, 2004, 2010, 2013; Hefferon, 2013; Lyubomirsky, 2007; Wells, 2017). Spezifisch werden immer wieder die Komponenten gesunde Ernährung, erholsamer Schlaf und ausreichend Bewegung hervorgehoben (Hefferon, 2013). In der vorliegenden Arbeit werden diese Aspekte zu positivem Gesundheitsverhalten zusammengefasst und als trainierbare Selbstmanagementfähigkeit definiert. Der Zusammenhang zwischen physischer Aktivität, gesunder Ernährung, Schlaf und subjektiv wahrgenommener Gesundheit und Lebensqualität konnte empirisch mehrfach belegt werden (Fox, 1999; Gong et al., 2017; Kwon et al., 2015; Tan et al., 2018). Tan et al. (2018) stellen einen Überblick zu wissenschaftlichen Ergebnissen zur Korrelation zwischen positivem Gesundheitsverhalten und wahrgenommener Gesundheit und Lebensqualität bereit.

Der Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und psychischem Wohlbefinden ist umfangreich empirisch belegt (Abele-Brehm & Brehm, 1984; Abele-Brehm & Brehm, 1985; Fox, 1999; Sudeck & Thiel, 2020; Lamprecht & Stamm, 2000; Malchov et al., 2014). Regelmäßige Bewegung unterstützt den Aufbau von Kondition und Fitness. Dadurch entstehen ein gutes Körpergefühl und das Gefühl von Vitalität und Fitness (Hefferon, 2013). Es wirkt sich positiv auf die Schlafqualität (Park, 2014) und bei unterschiedlichen psychischen Belastungen, wie Angst, Depression oder Stress, aus (Holz & Michael, 2013; Pantel et al., 2017). Bewegung wirkt vorteilhaft auf das Neurotransmittersystem durch die Ausschüttung von Serotonin (Schulz et al., 2012), Endorphinen (Blevins et al., 2017; Dishman & O'Conner, 2009; Malchow et al., 2014) u. Ä. und fördert dadurch das Erleben positiver Emotionen (Blickhan, 2017; Fredrickson, 2001, 2004, 2010, 2013). In der sogenannten thermogenen Hypothese wird die durch physische Aktivität gesteigerte Körpertemperatur als Wirkfaktor auf Wohlbefinden postuliert (Garwin & Koltyn, 1997). Körperliche Aktivität stärkt das positive Selbstbild und damit das Selbstbewusstsein (Hefferon, 2013) und generiert Flow-Zustände. Um Wohlbefinden durch Bewegung zu

generieren, empfiehlt Blickhan (2017) regelmäßig, den individuellen Gegebenheiten angepasst, Kardio-, Bewegungs- und Koordinations-Einheiten zu inkludieren.

Menschen mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung sind neben physischen und psychischen Begleiterkrankungen häufig mit weiteren körperlichen Einschränkungen wie verminderter Kondition und Beweglichkeit, oder Koordinationsschwierigkeiten konfrontiert (Soyka, 2019). Dies führt zu einer Reduktion des körperlichen Wohlbefindens und Vitalitätsgefühls, was sich wiederum auf das psychische Wohlbefinden auswirkt. Bewegungstherapie und körperliche Aktivität spielen daher eine wesentliche Rolle in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit, da sie sowohl körperliche als auch psychische Gesundheitsaspekte adressieren. Zum einen kann körperliche Aktivität die Symptome des Alkoholentzugs lindern, indem sie den Körper auf natürliche Weise beruhigt und Stress reduziert, was besonders in der frühen Phase des Entzugs vorteilhaft ist. Zum anderen führt regelmäßige Bewegung zur Freisetzung von Endorphinen und anderen Neurotransmittern, die die Stimmung verbessern und das subjektive Wohlbefinden steigern (Malchow, 2014). Dies kann helfen, depressive Symptome zu mindern, die oft mit Alkoholabhängigkeit einhergehen. Darüber hinaus fördert körperliche Aktivität die Etablierung einer gesunden Alltagsstruktur, die entscheidend für die Stabilisierung nach der Entgiftung ist (Wendt, 2017). Sie bietet den Patienten eine konstruktive und gesunde Alternative zu früheren, schädlichen Gewohnheiten. Als effektive Bewältigungsstrategie kann Bewegung das Verlangen nach Alkohol reduzieren und helfen, Stress oder emotionale Belastungen besser zu bewältigen. Die körperliche Betätigung trägt auch zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Selbstwirksamkeit bei, indem Patienten durch die aktive Pflege ihrer Gesundheit ein Gefühl von Kontrolle entwickeln, das entscheidend für den Erholungsprozess ist. Regelmäßige körperliche Aktivität kann das Rückfallrisiko senken, indem sie positive emotionale und physische Veränderungen fördert und das Craving reduziert (Gassmann & Müller, 2018). Zudem fördert die Teilnahme an Gruppenaktivitäten oder Bewegungstherapien in einem gemeinsamen Umfeld die soziale Interaktion und Integration, was den Genesungsprozess zusätzlich unterstützen kann. Insgesamt unterstützt die Bewegungstherapie die ganzheitliche Rehabilitation von Patienten mit Alkoholabhängigkeit, da sie sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit stärkt und eine gesunde Lebensweise fördert.

Die zweite Komponente des positiven Gesundheitsverhaltens ist eine adäquate Ernährung. Die wechselseitige Wirkung von Ernährung und körperlicher und psychischer Gesundheit und Wohlbefinden ist hinlänglich bekannt (vgl. z. B. Jacka, 2017; Lai et al., 2014; O'Neil et al., 2014; Strahler & Nater, 2018) und wird auch durch übergeordnete Instanzen, wie die WHO oder die DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung), durch Empfehlungen untermauert. Durch eine gesunde Kost kann zahlreichen körperlichen Erkrankungen vorgebeugt, ein Gefühl von Vitalität und Fitness verbessert und die Psyche beeinflusst werden. Lebensmittel wirken über biochemische Prozesse direkt auf den Gehirnstoffwechsel

(Siedentopp, 2014). Ein neues Forschungsfeld, die Neurogastroenterologie, untersucht die Bedeutung der sogenannten Darm-Hirn-Achse. Es wird postuliert, dass der Darm, hauptsächlich über Eingeweidenerven und den Vagusnerv über Botenstoffe wie Serotonin, Dopamin, GABA und Acetylcholin mit dem Gehirn kommuniziert und damit Emotionen und Kognitionen beeinflusst. Konsumierte Nahrung wirkt sich auf das Darm-Mikrobiom, welches mit der sogenannten Darm-Hirn-Achse verbunden ist, aus und ist damit für das Wohlbefinden mitverantwortlich. Weitere Studien belegen neben der Auswirkung auf Emotion und Stimmung auch den Einfluss auf Stress, Lernen, Gedächtnis und die Wahrnehmung von Schmerz (Konturek & Zopf, 2016). Hasler (2020) berichtet, dass 95 Prozent der Serotoninmenge im Magen-Darm-Trakt produziert und gespeichert werden. Eine gesunde Ernährung spielt eine entscheidende Rolle in der Alkoholentwöhnung und wird in der wissenschaftlichen Literatur häufig thematisiert. Der chronische Konsum von Alkohol kann zu Mangelernährung führen, da Alkohol die Aufnahme und den Stoffwechsel von Nährstoffen erheblich beeinträchtigt. Zudem tritt die Wichtigkeit, dem Organismus notwendige Nährstoffe zuzuführen, hinter der Konsumlogistik zurück, zudem werden häufig alle zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel für das Suchtmittel und nicht für Nahrung ausgegeben. Ein zweites durch die Research Society of Alcoholism (RSOH) beschriebenes Phänomen ist die sogenannte „Drunkorexia“ (Chambers, 2008). Hier werden bewusst Kalorien gespart, damit die Kalorienaufnahme durch Alkohol reguliert wird. Unabhängig davon, ob unbewusste Begleiterscheinung oder bewusste Strategie: Eine Mangelernährung mit den entsprechenden Konsequenzen auf körperlicher und psychischer Ebene ist eine schwerwiegende Konsequenz der Alkoholabhängigkeit. Zudem geht die Alkoholabhängigkeit oft mit einer erhöhten Stressbelastung einher. Das führt zu einer Steigerung des Stresshormons Cortisol, was wiederum auf den Energiestoffwechsel und damit auf das Essverhalten wirkt. Jeynes und Gibson (2017) liefern einen Überblick über psychische und physische Folgen von nährstoffarmer Ernährung und Mangelernährung bei Alkoholabhängigkeit. Eine ausgewogene Ernährung trägt dazu bei, diese Nährstoffmängel auszugleichen und die körperliche Gesundheit zu verbessern (Kaye, 2008). Ernährungstherapien in der Alkoholentwöhnung schließen häufig die Supplementierung mit Thiamin (Vitamin B1) ein, da dessen Mangel zu ernsthaften neurologischen Problemen wie dem Wernicke-Korsakow-Syndrom führen kann. Des Weiteren unterstützt eine ausgewogene Ernährungsweise den allgemeinen Genesungsprozess und den körperlichen Zustand. Durch die Stabilisierung des Blutzuckerspiegels trägt eine regelmäßige und ausgewogene Ernährung dazu bei, Stimmungsschwankungen und das Verlangen nach Alkohol zu reduzieren. Dies kann die Entwöhnungsphase erheblich erleichtern und ist auch in weiterer Folge für den Umgang mit der lebenslangen Erkrankung wichtig. Darüber hinaus fördert eine gesunde Ernährung durch die Verbesserung der Gehirnfunktion und Stimmung das psychische Wohlbefinden. Nährstoffe wie Omega-3-Fettsäuren sind besonders förderlich für die Gehirngesundheit und können in der Entzugsphase eine wichtige

unterstützende Rolle spielen. Ein gesundes Ernährungsprogramm kann auch beim Gewichtsmanagement helfen, da viele Menschen während der Entwöhnung dazu neigen, an Gewicht zuzunehmen. Insgesamt wird die Bedeutung der Ernährung zunehmend in der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen berücksichtigt, um sowohl die körperlichen als auch die psychischen Genesungsprozesse zu unterstützen. Eine regelmäßige, abwechslungsreiche und gesunde Ernährung als festen Bestandteil des Lebens zu integrieren, muss daher ein Ziel einer Therapie sein (Jeynes & Gibson, 2017; Zielinski, 2024). Dazu bedarf es als Basis Wissen, auf dem neuesten Stand der Wissenschaft, zu gesunder Ernährung. Im Folgenden wird stark verkürzt auf Ernährungsempfehlungen eingegangen. Die Empfehlungen inkludieren der Ernährungspyramide (vgl. Bundeszentrum für Ernährung) folgend eine ausgewogene, abwechslungsreiche und nachhaltige Kost mit viel zuckerfreier Flüssigkeitszufuhr, viele pflanzliche Lebensmittel wie Obst und Gemüse sowie Getreide und wenige tierische Lebensmittel wie Milchprodukte und Fleisch. Es soll auf eine salzarme und fettreduzierte Kost geachtet werden und es wird empfohlen, möglichst wenig verarbeitete Lebensmittel zu konsumieren. Die positive Auswirkung von Omega-3-Fettsäuren wird betont, ebenso wie die von Vitamin C und B und Mineralstoffen und Spurenelementen (vgl. z. B. Arab et al., 2019; Mlyniec et al., 2014; Zielinski, 2024). Zu dem Zusammenhang von Ernährung und Psyche existieren zahlreiche Theorien. In jüngerer Zeit gibt es vermehrt Studien, die belegen, dass eine mediterrane Kost positive Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit und das psychische Wohlbefinden hat (Lee et al., 2015; McMillan et al., 2011). Hanson et al. (2014) und Hefferon (2013) postulieren Lebensmittel mit Tryptophan, Tyrosin und Thiaminen, da sie das Neurotransmittersystem positiv beeinflussen, da durch die Aminosäuren Serotonin aufgebaut wird; ebenso Dopamin und Noradrenalin (Jongkees et al., 2015). In der sogenannten Blue-Zones-Forschung, die Regionen untersucht, in denen Menschen besonders gesund und alt werden, wird ebenso eine spezifische Ernährung als Wirkfaktor festgestellt. Die Gemeinsamkeit liegt in einer überwiegend pflanzlichen Kost und einer reduzierten Kalorienzufuhr (Michalsen, 2019). Fasten bzw. Essenspausen sind in unterschiedlichen Kulturen verankert und deren heilende Wirkung ist belegt. Der menschliche Körper braucht Nahrungskarenz, um sich zu regenerieren, und ist auch darauf ausgelegt, ohne Energiezufuhr zurechtzukommen. Gut erforscht ist mittlerweile die sogenannte Autophagie, die vom japanischen Zellbiologen Yoshinori Oshumi entdeckt wurde. Der Begriff griechischen Ursprungs bedeutet „sich selbst fressen“ von auto = selbst und phagere = fressen. Es beschreibt einen Reinigungsprozess des Körpers, bei dem beschädigte oder kranke Zellen recycelt werden, wenn dem Körper über einen bestimmten Zeitraum keine externe Energie zugeführt wird. Neben der Energiegewinnung wird dem Autophagie-Prozess eine gesundheitsförderliche Wirkung zugeschrieben (Gebhardt & Gebhardt, 2019). Die Psyche wird beim Fasten durch die Ausschüttung von Endorphinen positiv beeinflusst. Mattson (2023) konnte belegen, dass sich intermittierendes Fasten positiv auf Gehirnfunktionen, Stress und

Gesundheit auswirkt. Unter intermittierendem Fasten versteht man einen definierten Essen-Fasten-Rhythmus, der Nahrungsaufnahme lediglich in einem bestimmten Zeitfenster mit einer mindestens vierstündigen Pause zwischen den Mahlzeiten zulässt. Es gibt unterschiedliche Formen des Intervallfastens, wie zum Beispiel die 16:8-, 20:4- oder die 5:2-Methode. Die ersten beiden sehen Essensphasen für jeweils 8 oder 4 Stunden vor, fünf zu zwei bedeutet 5 Tage normal essen und 2 Tage mit einer Kalorienzufuhr von unter 500 kcal. Die wechselseitige Wirkung von Körper und Psyche und der empirisch belegte Einfluss von Ernährung auf psychische und physische Gesundheit legen die Integration von Ernährung in ein positives Gesundheitsverhalten nahe. Die Bedeutung für die Bewältigung einer Alkoholabhängigkeitserkrankung ergibt sich daraus (Tolliver & Anton, 2015). Jeyenes und Gibson (2017; S. 20) schreiben dazu in ihrem Artikel *„The importance of nutrition in aiding recovery from substance use disorder*" "… it is important that the services that support individuals with substance use disorders begin to use the nutritional and psychological knowledge that is available to support recovery, and that more research is done to understand what efficacious and effective nutrition-related interventions can be implemented".

Der dritte in dieser Arbeit fokussierte Faktor für positives Gesundheitsverhalten ist ausreichend und erholsamer Schlaf, da er auf Gesundheit, Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit, Stimmung und Emotionen wirkt (Reddy et al., 2017; Watling et al., 2017). Im Schlaf finden wichtige körperliche und psychische Regenerationsprozesse statt (Lazar & Bijak, 2020; Maurer et al., 2013). Der Schlaf besteht aus unterschiedlichen Phasen, der Einschlafphase, der Leichtschlafphase, der Tiefschlafphase und der REM-Phase, die einen 90- bis 120-minütigen Zyklus bilden. Dieser wiederholt sich individuell unterschiedlich 4–6-mal, wobei in der ersten Nachthälfte vermehrt körperliche Regeneration und in der zweiten Hälfte die Regeneration des Nervensystems und der Psyche stattfindet (Lazar & Bijak, 2020). 55 % bis 60 % verbringt ein gesunder Erwachsener in der stabilen Ein- und Leichtschlafphase, etwa 15 bis 25 % in der Tiefschlafphase und 20 % bis 25 % in der REM-Phase (= Traumschlafphase) (Maurer et al., 2013). Schlafstörungen, die die adäquate Menge und die gewonnene Erholung betreffen, treten bei Alkoholabhängigkeit häufig auf. Die Prävalenzraten reichen von 36 % bis 92 %. Alkohol erleichtert zwar das Einschlafen, es werden aber die natürlichen Schlafphasen beeinflusst. Die ersten beiden Schlafphasen treten weniger auf, der REM-Schlaf ist wesentlich unruhiger. Durch die alkoholbedingte Dehydration kommt es zu Durchschlafschwierigkeiten. Zudem kommt es zu häufigeren Schlafapnoen. Alkohol beeinflusst auch schlafrelevante Neurotransmitter. Damit können wichtige Regenerationsprozesse nicht stattfinden. Zum Einfluss von Alkohol auf den Schlaf konnten zum Beispiel Steinig et al. (2011), Cohn et al. (2003), Hartwell et al. (2015), Le Bon et al. (1997), Brower & Hall (2001), Brower (2001), Brower et al. (2011) und Chakravorty et al. (2016) empirische Belege finden. Um die Schlafqualität wiederherzustellen, ist es daher wichtig, neben der Abstinenz ein nachhaltiges, adäquates

Schlafhygieneverhalten zu etablieren. Damit sind Verhaltensweisen gemeint, die für einen ausreichenden und erholsamen Schlaf sorgen. Da der Einfluss des Alkohols auf den Schlaf oft erst nach geraumer Zeit rückläufig ist, müssen entsprechende Gewohnheiten aufgebaut werden. Dazu gehören ein regelmäßiger Schlafrhythmus, also gleichbleibende Aufsteh- und Schlafenszeiten, eine ausreichende Schlafmenge, Genussmittel wie Koffein und Nikotin sollten vermieden werden, die Schlafumgebung sollte passend sein, für frische Luft sollte gesorgt sein, Störquellen sollten beseitigt werden, auf schwere Kost vor dem Schlafengehen sollte verzichtet werden, ebenso auf blaues Licht (Handy, Fernseher, Computer). Obwohl wissenschaftlich evident ist, dass Schlaf entscheidend für Gesundheit und Wohlbefinden ist, wird kritisiert, dass dieses Thema in der Gesundheitsförderung zu wenig Beachtung findet (Perry et al., 2013). In dieser Arbeit wird ausreichend gesunder und erholsamer Schlaf als entscheidende Komponente für positives Gesundheitsverhalten definiert und besitzt speziell in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit besondere Relevanz.

Die negativen Auswirkungen einer Alkoholabhängigkeitserkrankung auf körperliche Aktivität und Fitness, auf das Ernährungsverhalten und den Schlaf von Betroffenen sind sowohl dem behandelnden Hilfesystem als auch den meisten Patienten bekannt. Eine Verbesserung der genannten Komponenten geht in der Regel schon mit der Alkoholkarenz einher und wird während der Therapie thematisiert und sukzessive verbessert. Dennoch erfahren diese Themen noch zu wenig Aufmerksamkeit und eine ausreichende, langfristige, positive Veränderung kann nur bedingt erreicht werden. Positives Gesundheitsverhalten als Selbstmanagementkompetenz aufzubauen, zielt darauf ab, dem Patienten diesbezüglich Eigenverantwortung zu übertragen, dies als gesundheitsförderlichen Lebensstil dauerhaft in das Leben zu integrieren und damit Ressourcen und Recovery-Kapital aufzubauen.

#### 2.4.3.1.4 Dysfunktionale Kognitionen

Dysfunktionale Kognitionen beziehen sich auf schädliche Denkmuster. Unter Kognitionen werden nach (Sauerland, 2018, S.7) „sämtliche Strukturen, Ereignisse und Vorgänge der menschlichen Informationsverarbeitung, insbesondere Wahrnehmungs-, Erinnerungs- und Vorstellungsprozesse sowie Denkvorgänge, Erwartungen und Überzeugungen“ verstanden. Dysfunktional leitet sich von dem griechischen „dys“ (= “schlecht, fehlerhaft, schwierig“) und dem lateinischen „fungi“ (= „verrichten, tätig sein, funktionieren“) ab. In Summe werden unter dysfunktionalen Kognitionen Denkmuster und Überzeugungen verstanden, die ungünstig auf Erleben und Verhalten wirken. Sauerland (2018) führt folgende 15 Kategorien von dysfunktionalen Kognitionen an: Dichotomes Denken, kontrafaktisches Denken, unfaire soziale Vergleiche, perfektionistisches Denken, Minimierung, Übergeneralisierung, Übertreibungen, ungeprüfte Projektionen, Mind-Reading, Du-musst/Du-sollst-Imperative, Katastrophi-

sierungen, Ruminieren, Reduktionismus, heuristisches Denken und selektive Wahrnehmung. Selbstmanagement beinhaltet die Wahrnehmung und Steuerung von Emotion, Verhalten und Kognition und inkludiert damit auch das Detektieren von dysfunktionalen Denkmustern und die Entwicklung von Strategien, um diese zu korrigieren. Dysfunktionale Kognitionen können zu intensiven negativen Emotionen führen, die die Selbstregulation erschweren. Selbstmanagement-Techniken sind entscheidend, um diese Emotionen zu regulieren, indem sie alternative, gesündere Denkmuster fördern, die zu einem ausgeglicheneren emotionalen Zustand beitragen (Baumeister & Vohs, 2007, 2017; Vohs & Baumeister, 2016). Darüber hinaus beeinträchtigen dysfunktionale Kognitionen die Fähigkeit zur effektiven Zielsetzung und -verfolgung, da sie Menschen dazu bringen, ihre Möglichkeiten oder die Wahrscheinlichkeit eines positiven Ausgangs zu unterschätzen. Selbstmanagement umfasst Techniken zur Überwindung dieser hinderlichen Gedanken, um Motivation und Zielorientierung zu stärken (Baumeister & Vohs, 2007). Personen mit starken Selbstmanagementfähigkeiten lernen, dysfunktionale Kognitionen zu hinterfragen und durch rationalere und realistischere Überzeugungen zu ersetzen. Dies verbessert ihre Fähigkeit, Probleme zu erkennen, Lösungen zu formulieren und Konflikte effektiv zu bewältigen. Selbstmanagement befähigt Individuen darüber hinaus, Verhaltensänderungen vorzunehmen, die mit ihren langfristigen Zielen übereinstimmen, indem sie dysfunktionale Kognitionen abbauen und durch förderliche Gedanken und Verhaltensweisen ersetzen. Diese umfassenden Strategien helfen, ein selbstbestimmtes und zielgerichtetes Leben zu führen, das mit den eigenen Werten und Zielen im Einklang steht. Braun (2019; 2020) und Braun et al. (2017, 2019, 2020, 2023) thematisierten dysfunktionale Kognitionen als Selbstmanagementfähigkeit, die trainierbar ist und in Zusammenhang mit der Steigerung des Wohlbefindens und der Reduktion psychischer Belastung steht. Martin Seligman (2011) und Barbara Fredrickson (2010) thematisieren innerhalb der Positiven Psychologie den Umgang mit negativen Gedankenmustern. Innerhalb der Alkoholabhängigkeit beziehen sich dysfunktionale Kognitionen auf negative oder schädliche Denkmuster und Überzeugungen, die das Verhalten im Kontext von Alkoholkonsum beeinflussen können. Dysfunktionale Kognitionen können Belastungserleben nach sich ziehen, welches zum Einsatz von Alkohol als Erleichterung führt. Es können aber auch im Zuge einer Abhängigkeitserkrankung Denkmuster entwickelt werden, die dazu beitragen, dass die Sucht aufrechterhalten wird (Verdejo-Garcia, 2020). Bischof (2010) macht irrationale Überzeugungen im kognitiven Erklärungsmodell für Suchtmittelkonsum verantwortlich. Dysfunktionale Kognitionen wirken auf Emotionsregulation, Wohlbefinden, Selbstwert, Problemlösefähigkeiten und Stressbewältigung, d. h., ungünstige Denkmuster wirken negativ auf die oben genannten Aspekte und können damit Auslöser für Alkoholkonsumverhalten sein. Das ist sowohl bei der Aufrechterhaltung als auch bei der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung relevant (Verdejo-Garcia, 2020). Dysfunktionale Kognitionen können auch falsche suchtspezifische Denkmuster und Überzeugungen unterstützen

und damit den Therapieerfolg bremsen oder verhindern. Innerhalb des Transtheoretischen Modells von Prohaska und DiClemente (vgl. Kapitel 2.1.3), welches häufig in der Behandlung von Abhängigkeit eingesetzt wird, werden dysfunktionale Denkmuster und deren Überwindung intensiv thematisiert und zur Abstinenzmotivation eingesetzt. Die Reduktion dysfunktionaler Kognition mit Hilfe von Selbstmanagementstrategien in die Behandlung von Alkoholabhängigkeit zu integrieren, ist damit angezeigt.

#### 2.4.3.2 Mediator: Mentale Stärke und deren Relevanz für Menschen mit F10.2-Diagnose

In dieser Arbeit wird das Konstrukt „Mentale Stärke“ nach dem Modell des Positiven Selbstmanagements nach Braun (2019, 2020, 2022) und Braun et al. (2017, 2019, 2020, 2021, 2023) definiert und besteht aus den Facetten generelle Selbstwirksamkeitserwartung, Hoffnung, Optimismus, Selbstvertrauen, Emotionsregulation und Resilienz. Sie sind die emotionalen, kognitiven und motivationalen Konsequenzen des Positiven Selbstmanagement. Die Annahme ist, dass mentale Stärke durch den Aufbau von Selbstmanagementkompetenzen ansteigt und dass die Komponenten der mentalen Stärke eine vermittelnde Funktion in Bezug auf relevante Outcome-Variablen erfüllen. Der Zusammenhang zwischen den Prädikatoren, also Selbstmanagementkompetenzen, und den positiven Outcomes wird also durch mentale Stärke mediiert. Im folgenden Kapitel werden die einzelnen Aspekte der mentalen Stärke erläutert und deren Relevanz für die Behandlung von Menschen mit Alkoholabhängigkeit dargestellt.

*Selbstwirksamkeitserwartung* (SWE) ist, wie in vorherigen Kapiteln erläutert, die Überzeugung einer Person, durch die eigenen Fähigkeiten ein Ziel oder ein Ziel trotz Hürden und Herausforderungen zu erreichen. Der amerikanische Psychologe Albert Bandura untersuchte, wie das menschliche Lernen, Denken, Verhalten und selbstbezogene Überzeugungen beeinflusst werden, und prägte den Begriff der Selbstwirksamkeit (Bandura, 1977, 1997; Schwarzer & Jerusalem, 1995, 2002). Wichtig ist, dass es bei dem Konstrukt um den Glauben einer Person an ihre Fähigkeiten geht und dass es davon abhängt, ob eine Person eine Handlung initiiert oder wie viel Energie dafür investiert wird (Bandura, 1977). Menschen mit hoher Selbstwirksamkeit neigen dazu, Herausforderungen eher anzunehmen, sind motivierter, strengen sich mehr an und schrecken auch nicht vor Schwierigkeiten zurück (Bandura, 1977; 1997; Hohmann & Schwarzer, 2009). Wie in Kapitel 2.4.2 beschrieben, lassen sich Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeitserwartung über persönliche Erfolgserlebnisse, stellvertretende Erfahrung, verbale Ermutigung, körperlichen Arousal oder emotionale Erregung und imaginäre Erfahrungen erhöhen (Blickhan, 2018, S. 232; Maddux, 2017). Nach Bandura (1977, 1997) ist Selbstwirksamkeitserwartung eine wichtige Komponente des Selbstmanagements, besonders der Selbstregulation. Damit wird sie

im Modell des Gesundheitsbezogenen Selbstmanagements als Mediator zwischen den Selbstmanagementkompetenzen und den gesundheitsbezogenen positiven Outcomes angenommen. Bisherige empirische Befunde belegen unter anderem einen Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und reduzierter Vulnerabilität für Stress (Braun & Ziemke, 2019; Hallum, 2008; Jerusalem, 1990) oder der Prävalenz für Depression, Angststörungen bzw. höherer Gesundheit (Roddenberry & Renk, 2010); hohem physischem und psychischem Wohlbefinden und stärkerer Arbeits- und Lebenszufriedenheit (Judge et al., 2007), höherer Widerstandskraft (Schwarzer, 2004, 2008) oder höherem Optimismus (Schwarzer, 2004, 2008). Braun et al. (2019, 2020, 2023) konnten empirisch die Korrelation zwischen SWE und unterschiedlichen Selbstmanagementkompetenzen und positiven langfristigen Folgen belegen. Im Kontext von Alkoholabhängigkeit wird Selbstwirksamkeitserwartung meistens als die Überzeugung in die eigene Fähigkeit, den Alkoholkonsum zu regulieren, diskutiert. Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst in diesem Verständnis die Entwicklung und den Verlauf der Erkrankung. Hohe SWE wird mit positiven Auswirkungen auf das Abstinenzbemühen assoziiert, während niedrige SWE mit wenig Zuversicht in die Fähigkeit, Veränderungen vorzunehmen und damit Alkoholabhängigkeit zu überwinden, in Verbindung steht (Beiglböck et al., 1994; Beiglböck & Feslmayer, 2010; Bühringer & Kunz-Ebrecht, 2005; DiClemente et al., 1995; Maisto et al., 1999; Marlatt & Gordon, 1985; Vollmer & Domma-Reichart, 2016). Sliedrecht und Kollegen (2019) konnten in einem systematischen Review, in dem die Ergebnisse von 321 Artikeln zusammengefasst wurden, Selbstwirksamkeit als zentralen Schutzfaktor extrahieren. Es gibt schon seit vielen Jahren Bestrebungen, die Erhöhung der SWE in den Therapieprozess bei Alkoholabhängigkeit zu integrieren (Allsop et al., 2000; Annis & Davis, 1991; Bühringer & Kunz-Ebrecht, 2005; Goldbeck et al., 1997; Marlatt & Witkiewitz, 2005; Rychtarik et al., 1992; Vollmer & Domma-Reichart, 2016). Ziel ist vor allem, das Vertrauen von Patienten in ihre eigenen Fähigkeiten zu stärken, besonders auch bei Herausforderungen und Stress, da diese ein erhöhtes Rückfallrisiko bergen. SWE zeigt sich als ein valider Prädiktor für Abstinenz bzw. Rückfälligkeit auch innerhalb eines kurzen, aber vor allem auch eines langen Zeitintervalls. Es konnte gezeigt werden, dass höhere SWE auch noch nach 16 Jahren wirksam ist (McKellar, 2008). Das in Kapitel 2.1.3 erläuterte Rückfall-Präventionsmodell nach Marlatt und Gordon (1985) fußt auf Banduras sozial-kognitiver Theorie (1977) und postuliert den Zusammenhang zwischen Copingstrategien, SWE und positiven Erwartungen an die Alkoholwirkung. Ein Mangel an Copingstrategien hat eine reduzierte SWE zur Folge, was in einer Rückfallrisikosituation in Kombination mit den positiven Erwartungen an die Alkoholwirkung wahrscheinlicher zur Rückfälligkeit führt. Eine erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung unterstützt Patienten direkt im Umgang mit Risikosituationen, indem sie den Glauben an die Fähigkeit des Patienten stärkt, diese Situation auch ohne Alkoholkonsum bewältigen zu können. Die wichtige Rolle von Selbstwirksamkeit bei der Bewältigung von Rückfallrisikosituationen ist gut belegt. In dieser Arbeit soll

besonders die Bedeutung von SWE als Ressourcen bzw. Recovery-Kapital thematisiert werden. Es wird davon ausgegangen, dass eine nicht auf Abstinenz fokussierte SWE positive Effekte im Zusammenhang mit der Erkrankung mit sich bringt (spill-over). Erhöhte SWE führt zu mehr Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Vitalität und zu einer Reduktion psychischer Belastung oder steht in positivem Zusammenhang mit den anderen Facetten der mentalen Stärke. Dadurch werden Ressourcen bzw. Recovery-Kapital aufgebaut. Es wird angenommen, dass neben den gewonnenen Fähigkeiten, insgesamt weniger Risikosituationen entstehen.

*Hoffnung und Optimismus* Wie in Kapitel (2.3.2) beschrieben sind Hoffnung und Optimismus verwandte, aber dennoch unterschiedliche Konzepte, die sich auf die positive Ausrichtung einer Person auf die Zukunft beziehen. Hoffnung bezieht sich auf den Glauben oder die Zuversicht, dass positive Ereignisse oder Ergebnisse in der Zukunft eintreten können, auch wenn die gegenwärtige Situation schwierig oder belastend ist. Es umfasst den Wunsch nach positiven Veränderungen und die Vorstellung, dass dies möglich ist. Hoffnung ist eine aktive, zukunftsorientierte Ausrichtung, ein positiv-motivationaler Zustand und inkludiert Anstrengungen, auf positive Veränderungen hinzuarbeiten oder Ergebnisse zu erreichen (Snyder, 1994, 2000). Optimismus bezieht sich auf die grundsätzliche Neigung einer Person, positive Aspekte zu erwarten. Optimismus wird in dispositionalen und erlernten Optimismus unterschieden, also anlagebedingt oder ein angeeigneter Attributionsstil. Menschen mit positivem Attributionsstil interpretieren die Ursachen für unerwünschte Ereignisse oder Erfahrungen external, variabel und spezifisch (vgl. Kap. 2.4.2). Eine wichtige Erweiterung stellt der sogenannte funktionale Optimismus dar. Nach Schwarzer und Renner (1997) wird hierbei die eigene Handlungsmöglichkeit etwas überschätzt; es liegt eine hohe optimistische Selbstüberzeugung vor (Blickhan, 2018). Dies ist der vorher beschriebenen Selbstwirksamkeitserwartung sehr nahe und nach Blickhan (2018) besonders im Umgang mit Stress, chronischen Erkrankungen, Entwöhnung von Abhängigkeit oder dem Aufbau von Gesundheitsverhalten relevant. Sowohl Hoffnung als auch Optimismus in den beschriebenen Definitionen sind von Alkoholabhängigkeit betroffen. Diese Personen blicken häufig mit wenig Hoffnung in die Zukunft. Dies beinhaltet zum einen die allgemeine Zukunftsperspektive, zum anderen verlieren sie den Glauben an ihre Fähigkeiten, mit Herausforderungen und mit der Überwindung schwieriger Situationen umzugehen (Solberg et al., 2008). Provost et al. (2022) konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen Optimismus und Abhängigkeitserkrankungen zeigen. Die Autoren betonen die Rolle von Optimismus in der akuten Behandlung von Alkoholabhängigkeit und plädieren aufgrund ihrer Ergebnisse für eine verstärkte Integration des Konzepts. Zudem stellen sie den Bezug zur Behandlungsmotivation her. Therapiemotivation ist ein wichtiges Element für den Erfolg einer Behandlung, und durch Unterstützung von Optimismus und Hoffnung kann diese positiv

beeinflusst werden. Hoffnung und Optimismus sind positiv ausgerichtete Denkmuster, die das Erleben positiver Gefühle fördern können. Hoffnungsvolle und optimistische Menschen erleben eher Freude, Glück und Zufriedenheit, die Stimmung wird verbessert, sie sind motivierter und ihre sozialen Beziehungen gelingen ihnen besser (Dursun, 2021; Magaletta & Oliver, 1999). Hoffnung und Optimismus in der Behandlung von Abhängigkeit zu verbessern, kann sich positiv auf die Krankheitsbewältigung auswirken, indem sie den Glauben an die Fähigkeit, eine herausfordernde Situation zu meistern, stärkt und indem es positives Erleben für Patienten zugänglich macht.

*Selbstvertrauen* Vertrauen bezieht sich also im Allgemeinen auf das Gefühl oder die Überzeugung, dass man sich auf die Zuverlässigkeit, Ehrlichkeit und Integrität einer Person, einer Gruppe oder einer Sache verlassen kann. Es ist eine grundlegende soziale und emotionale Komponente menschlicher Beziehungen und Interaktionen und stärkt nach Lantermann (2007) die Handlungsfähigkeit. Vertrauen entwickelt sich aus verschiedenen Erfahrungen eines Menschen, wie zum Beispiel Konsistenz, Verlässlichkeit, Ehrlichkeit und Transparenz. Ebenso können gemeinsame Werte und Prinzipien, Empathie und Verständnis zu Vertrauen führen. Zudem sind die Faktoren Zeit und Kontinuität relevant. Selbstvertrauen ist eine spezifische Form, die sich auf das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Entscheidungen und den Selbstwert bezieht. Es ist das Wissen über sich selbst, wer man ist und was man kann. Selbstvertrauen und Selbstwert hängen demnach eng zusammen und beeinflussen sich gegenseitig. Nach Deci & Ryans Selbstbestimmungstheorie (1985, 2004, 2008, 2013, 2017 Ryan, 2002, 2009, 2017) sind Selbstwert und daraus Selbstvertrauen eine Folge der Befriedigung der psychologischen Grundbedürfnisse Autonomie, Kompetenz und Bindung (Blickhan, 2018). In der Bedürfnispyramide von Maslow (1998) sind Selbstwert und Selbstvertrauen Individualbedürfnisse und den physiologischen, Sicherheits- und Sozialbedürfnissen nachgereiht. Selbstvertrauen ist im Vergleich zu Selbstwirksamkeitserwartung mehr die Überzeugung und das Glauben an die eigenen Fähigkeiten, die Einschätzung der eigenen Kompetenz und des eigenen Wertes und nicht die Fähigkeit, Handlungen auszuführen oder Aufgaben und Situationen zu bewältigen. SWE ist also spezifischer und situationsbezogener. Lantermann (2007) bezeichnet Selbstvertrauen als „die Fähigkeit, die Selbstwahrnehmung und die Selbstbestimmungsmöglichkeiten zu bestätigen und die eigenen Bedürfnisse eindeutig äußern zu können, sowie die Fertigkeit, sie in Beziehung zu anderen abgrenzend oder zustimmend umzusetzen“ (Lantermann, 2007; S. 4). In der Behandlung von Abhängigkeit ist Selbstvertrauen in ähnlicher Weise wichtig wie die zuvor beschriebenen Konzepte SWE, Optimismus und Hoffnung. Ein häufig bei Abhängigkeitserkrankten dokumentiertes Phänomen ist mangelnder Selbstwert und reduziertes Selbstvertrauen (Lindenmeyer, 2001; Soravia et al., 2015; Schomerus 2011). Betroffene fühlen sich von den Anforderungen der Arbeitswelt oder des Privatlebens überfordert. Das Gefühl mangelnder Funktionsfähigkeit

und reduzierter psychischer und physischer Leistungsfähigkeit resultiert in mangelndem Selbstwert und mangelndem Selbstvertrauen. Wiederholter Kritik ausgesetzt zu sein oder immer wieder mit eigenen Mängeln konfrontiert zu werden, kann in einer Kompensation durch Alkohol münden. Wie in Kapitel 2.1.3 beschrieben, ist dies oft an der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung beteiligt. Die durch die Erkrankung erlebte Stigmatisierung und Misserfolgserlebnisse wirken zusätzlich auf die Herabsetzung des Selbstwertes und des Selbstvertrauens. Das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind veränderliche Größen, die durch inneres und äußeres Feedback immer aktualisiert werden (Blickhan, 2018). Besonders wichtig ist, dass hier reale Fähigkeiten, Eigenschaften und Merkmale einer Person zum Tragen kommen. Das bedeutet, sich der eigenen Fähigkeiten, Kompetenzen und Stärken bewusst zu werden und Vertrauen in diese aufzubauen, was sinnvollerweise in die Behandlung von Abhängigkeit integriert werden sollte. Dies ist bereits Ziel vieler Entwöhnungsbehandlungen mit der Idee, dadurch den Konsumwunsch zu eliminieren, bedarf aber eines weiteren Ausbaus der Umsetzungsmöglichkeiten (Beiglböck & Feselmayer, 2010, 2012; Lindenmeyer, 2016a; Soravia et al., 2015; Soyka et al., 2019). Lindenmeyer postuliert: „Um in der Gesellschaft als Minderheit bestehen zu können und Rückfällen vorzubeugen ist es wichtig Selbstsicherheit und Verhaltensstärken zu entwickeln.“ Diese Fähigkeiten zu erwerben, ist ein Hauptziel der Abhängigkeitstherapie“ (Lindenmeyer, 2016; S.56).

*Emotionsregulation (ER)* Emotionsregulation bezieht sich auf Prozesse, die Individuen verwenden, um ihre Emotionen zu managen und zu beeinflussen. Es beinhaltet die Fähigkeit, emotionale Reaktionen auf verschiedene Situationen zu verstehen, zu überwachen und zu modifizieren. Nach Niedenthal (2006) fußt Emotionsregulation auf dem Wissen über Emotionen, gemeint sind zum Beispiel Ursachen, Wirkungsweisen und die Bedeutung und die Motivation, Emotionen zu regulieren. Emotionen und deren Ausdruck haben eine Wirkung auf ein Individuum und in sozialen Situationen auf die Beziehung der Beteiligten. Dabei gibt es verschiedene Gründe, warum sie vorteilhaft gestaltet werden wollen. Dies können sogenannte „hedonic motives“ sein, bei denen unangenehme Gefühle vermieden werden sollen, oder „social motives“, die dafür sorgen, dass die Emotionen anderer geschützt werden sollen. Bei „self-protection-motives“ ist das Ziel der Regulierung der Selbstschutz, während bei „impression management motives“ die Bewertung anderer im Fokus steht (Niedenthal, 2006). Zudem gibt es noch kulturell gewachsene Regeln über die Angemessenheit von emotionalem Ausdruck, die befolgt werden möchten. Fox (2008) unterscheidet hinsichtlich Emotionsregulation in „Coping“, „Moodregulation“ und „Defences“ und betont als zugrundeliegende Triebfeder Genussmaximierung und Schmerzminimierung. Das legt die Verbindung von Wohlbefinden und Emotionsregulation nahe. Werden Gefühle passend reguliert, sorgt dies für Wohlbefinden. Gelingt das nicht, wirkt sich dies negativ

auf das Wohlbefinden aus. Ein Beispiel für den positiven Effekt von ER auf Wohlbefinden findet sich bei Barbara Fredrickson (2010), die mit ihrem „priorising positivity approach“ Emotionsregulation dazu nutzen möchte den Fokus auf Positives zu lenken und damit die Aufwärtsspirale der „Broad and Built Theorie“ in Gang zu setzen. Bei den meisten psychischen Erkrankungen ist eine Dysfunktionalität der Emotionen beteiligt oder ursächlich. Eine umfangreiche Untersuchung zur Korrelation stellen Plutchik (2000) oder Eftekhari et al. (2009) bereit. Vohs und Baumeister (2016) im „Handbook of Selfregulation“ und Gross et al. (2014) im „Handbook of Emotion Regulation“ thematisieren den Zusammenhang zwischen Alkohol und Emotionsregulation. In dem Kapitel “The Role of Emotion Regulation in Substance Use disorders” wird die bisherige wissenschaftliche Evidenz zu diesem Thema zusammengefasst, und Abhängigkeitserkrankungen werden sogar als „maladaptive emotion regulation strategy“ bezeichnet. Es wird angenommen, dass durch die emotionsregulierende Funktion von Alkohol Menschen mit Alkoholabhängigkeitsdiagnose weniger Strategien zur Bewältigung von Gefühlen entwickelt haben (Roos & Kober, 2024). In Kapitel 1.2 wurde ausführlich auf die Wirkung (stimulierend und sedierend) und auch auf die Auswirkungen auf Emotionen (z. B. Spannungsreduktion, Stimmungsaufhellung, Erleichterung, Beruhigung) eingegangen. Die ursprünglich positiven Effekte entwickeln sich mit zunehmendem Krankheitsfortschritt negativ. Es werden beide Wirkungsrichtungen, Alkoholabhängigkeit verursacht negative Emotionen und negative Emotionen verursachen Alkoholabhängigkeit, bestätigt (Gross, 2014; S. 575). Eine Untersuchung von Fenki (2011), die die Strategisch Behaviorale Theorie (SBT) (Sulz & Hauke, 2010) in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit einsetzt und Alkohol als funktionales Mittel der Emotionsregulation postuliert, stellt ebenso fest, dass Betroffene weniger effektive Strategien zur Emotionsregulation zur Verfügung haben und weniger der vorhandenen einsetzen (S. 118 ff). Da Emotionsregulation also an der Entstehung, aber auch bei der Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit beteiligt bzw. eine Folge der Erkrankung ist, kann eine Verbesserung der Emotionsregulationsfähigkeiten anstrebenswertes Ziel einer Behandlung sein. Durch passende Emotionsregulationsstrategien werden Wohlbefinden gefördert, positive Emotionen vermehrt wahrgenommen und generiert. Damit dient ER als Ressource und unterstützt den Aufbau von weiteren Ressourcen und Recovery-Kapital.

*Resilienz (RZ)* Resilienz, auch als „psychische Widerstandsfähigkeit“ bezeichnet (Schumacher et al., 2005), wird in der Psychologie als Kompetenz einer Person, Gruppe oder Gemeinschaft angesehen sich an Herausforderungen anzupassen, Schwierigkeiten zu überwinden und sich von Belastungen zu erholen. Das Dorsch-Lexikon der Psychologie bezeichnet neben dem lateinischen Ursprung „resilire = abprallen, sich zusammenziehen“ Resilienz als die „Widerstandskraft eines Individuums, sich trotz ungünstiger Lebensumstände und kritischer Lebensereignisse erfolgreich zu entwickeln“. Zu Beginn

wurde das Konzept vor allem an Kindern und der Entstehung psychischer und physischer Folgen von widrigen Lebensumständen untersucht und hauptsächlich als Persönlichkeitseigenschaft oder von Veranlagung determiniert gesehen (Kunzler et al., 2018). Die Forschung konnte aber zeigen, dass diese Widerstandsfähigkeit sowohl von neurobiologischen Aspekten als auch von personalen Schutzfaktoren wie Selbstwert, Intelligenz, Selbstwirksamkeitserwartung und realistischer Selbsteinschätzung und ebenso von sozialen Schutzfaktoren abhängt (Kunzler et al., 2018; Wirtz, 2022). Huber (2019) identifiziert sieben wichtige Faktoren der Resilienz: Optimismus, Akzeptanz, Lösungsorientierung, das Verlassen der Opferrolle, Übernahme von Verantwortung, Netzwerkorientierung und Zukunftsplanung. Diese „Säulen“ der Resilienz wurden in verschiedenen Forschungsfeldern anerkannt und ergänzen das Konzept der Vulnerabilität. Resilienz kann vielfältig definiert werden, mit Überschneidungen und Ergänzungen zwischen den Definitionen. Der biologische Ansatz beschreibt Resilienz als körperliche Reaktion auf Stress, bei der der Hormonhaushalt durch die Ausschüttung von Cortisol beeinflusst wird. Das Diathese-Stress-Modell betrachtet das Zusammenspiel von genetischen und psychosozialen Dispositionen mit Stress als maßgeblich. Resilienz wird dabei durch Schutz- und Risikofaktoren beeinflusst. Das Differential Susceptibility Model von Belsky und Pluess (2009) erweitert dieses Konzept, indem es unterscheidet, wie Menschen unterschiedlich empfindlich auf negative und positive Einflüsse reagieren können. Richard Davidson beschreibt zudem, wie der emotionale Stil einer Person ihre Genesungsgeschwindigkeit von Belastungen beeinflusst, wobei sowohl schnelle als auch langsame Erholungen Vor- und Nachteile haben. Eines der bekanntesten Modelle ist das von Reivich et al. (2011), aus dem auch das bekannte PENN-Resilienz-Training hervorgeht. Es fokussiert auf die persönlichen individuellen Erfahrungen im Umgang mit Herausforderungen und die daraus resultierende Resilienz für die Zukunft. Um diese zu verbessern, werden die Fähigkeiten „Denkmuster erkennen und konstruktiv nutzen“, „Denkfallen vermeiden“, „Eisberge entdecken“ „Problemlösend denken“, „sich auf das Wichtige konzentrieren“, „Ruhe finden“ und „Anwenden“ trainiert. (vgl. die Meta-Analyse von Leppin et al., 2014). Karen Leppert und Kollegen führen die deutschsprachigen Versionen zur Erfassung von Resilienz an und fassen einleitend verschiedene Ansätze und Forschungen zur Wirksamkeit als protektiver Faktor zusammen. Zudem werden die Veränderbarkeit und die Auswirkung auf das Wohlbefinden beschrieben (Leppert et al., 2008). Eine der wichtigsten Erkenntnisse und Übereinstimmungen der Resilienzforschung ist, dass es als ein dynamisches und veränderbares Konstrukt verstanden wird und damit aktiv beeinflusst werden kann. Zur Messung von Resilienz ziehen sie die Lang- und Kurzversion von Wagnild und Young (1993) heran und beschreiben, dass der Erfassung zwei Faktoren zugrunde liegen: persönliche Kompetenz und Akzeptanz des Selbst und des Lebens. In der Praxis wurde der Fragebogen häufig im Gesundheitsbereich eingesetzt, um stärker belastete Patienten zu identifizieren. Seit sich die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mehr auf den Aufbau von

Ressourcen, Recovery und Rückfallprävention konzentriert, ist auch das Thema Resilienz und Resilienzförderung im Schlaglicht dieses Forschungsfeldes. Zahlreiche Forschungen untersuchen psychische Widerstandskraft als protektiven Faktor in der Bewältigung von Alkoholabhängigkeit (Bartone et al., 2012; Yamashita et al., 2021). Klein (2017) bezeichnet Resilienz in Zusammenhang mit der Behandlung von Abhängigkeit als „Fähigkeit Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und soziale Ressourcen zu bewältigen und gestärkt aus ihnen hervorzugehen“ und plädiert für eine umfassende Förderung von Resilienz bei Betroffenen, in Subgruppen, Angehörigen und in der Bevölkerung. Dem Autor zufolge führt sie zu Entwicklungsplastizität, Anpassungsfähigkeit, Autonomie, adaptiver Kompetenz und Flexibilität. Besonders wichtig erscheinen die Veränderbarkeit bzw. Erlernbarkeit und die zugrunde liegenden personalen und sozialen Ressourcen, die in der Behandlung von Abhängigkeit aufgebaut werden sollen (Klein, 2017). Ziel ist es, die Stressbewältigungskompetenz in belastenden Situationen zu fördern.

Alle sechs Facetten des Konstrukts „Mentale Stärke“ können als sinnvolle Ressourcen und als vermittelnde Variablen zu weiteren Ressourcen und Recovery-Kapital verstanden werden. Sie überschneiden sich teilweise, stellen aber auch unterschiedliche und sich sinnvoll ergänzende Aspekte für die Behandlung einer Alkoholabhängigkeit dar. Besonders in Hinblick auf die lebenslange Dauer dieser Erkrankung werden diese Aspekte als besonders wertvoll erachtet. Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus, Hoffnung, Selbstvertrauen, Emotionsregulation und Resilienz sind entscheidend bei der Gestaltung eines gesunden und zufriedenen Lebens. Der Aufbau der Facetten der mentalen Stärke durch das Training von Selbstmanagementkompetenzen konnte bereits erfolgreich empirisch nachgewiesen werden und soll daher auch in dieser Arbeit Anwendung finden (vgl. Braun, 2019, 2020, 2022; Braun et al., 2017, 2019, 2020, 2022, 2023).

#### 2.4.3.3 Positive Outcomes und deren Relevanz für Menschen mit F10.2-Diagnose

Im folgenden Kapitel werden die angestrebten Outcomes des Modells des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements, die später in der Evaluierung als abhängige Variablen gelten, dargestellt und deren Relevanz für den Umgang mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung erläutert. Sie werden in dieser Arbeit als Trainingserfolgskriterien und Ressourcen bzw. Recovery-Kapital verstanden.

##### 2.4.3.3.1 Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, Aufblühen und Vitalität

*Lebenszufriedenheit.* Mit Lebenszufriedenheit ist die subjektive Einschätzung des eigenen Lebens einer Person gemeint. Das kann global oder in verschiedenen Lebensbereichen sein. Ed Diener bezeichnet sie als die kognitive, neben der affektiven Komponente des Wohlbefindens in seinem Konzept des

Subjektiven Wohlbefindens (Diener et al., 1985, 2018) und stellt einen Fünf-Item-Fragebogen (SWLS = Satisfaction With Life Scale) zur Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit zur Verfügung (Diener et al., 1985). Die Zufriedenheit einer Person hängt signifikant mit psychischen und physischen Beeinträchtigungen zusammen (Glaesmer et al., 2011). Enste und Ewers (2014) konnten zeigen, dass Gesundheit der einflussreichste Faktor auf Lebenszufriedenheit ist und dass dies unabhängig von anderen sozio-demographischen, sozio-ökonomischen und persönlichen Einflussfaktoren gewertet wird. Die Beeinträchtigung der subjektiv wahrgenommenen Lebenszufriedenheit durch die psychischen und körperlichen Folgen und Beeinträchtigungen einer Alkoholabhängigkeitserkrankung liegt damit auf der Hand und wurde schon vielfach erhoben (Beiglböck et al., 1994, Lindenmeyer, 2016a, 2016b, Soyka, 2008). In Kapitel 2.1.3 im Modell zu Wirkfaktoren und Erfolgskriterien (Haller, 2011) stellten die Autoren speziell für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit aus unterschiedlichen im Gesundheitsbereich existierenden Erhebungsinstrumenten einen Fragebogen zur Messung der Lebenszufriedenheit zusammen, der die Lebensbereiche Gesundheit, Arbeit und Engagement, finanzielle Lage, Freizeit, Partnerschaft/Familie, eigene Person, Freunde/Bekannte/Verwandte und Wohnung umfasst. Lebenszufriedenheit wird dementsprechend als Therapieerfolgskriterium erhoben. In einer Studie zu Erfolgskriterien in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit von Römer et al. (2002), die postuliert, dass eine höhere Lebenszufriedenheit mit einer höheren Abstinenzwahrscheinlichkeit einhergeht, konnte ein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. Braun und Kollegen konnten in verschiedenen Untersuchungen den positiven Zusammenhang zwischen Selbstmanagementkompetenzen und Lebenszufriedenheit und den Facetten der mentalen Stärke und Lebenszufriedenheit zeigen (Braun, 2019, 2020; Braun et al., 2017, 2019, 2020, 2023). Vor diesem Hintergrund ist das Trainieren von Selbstmanagementkompetenzen mit dem Ziel, Lebenszufriedenheit zu generieren, und der Annahme, dass Lebenszufriedenheit mit Wohlbefinden korreliert und dies wiederum dezidiertes Ziel der Behandlung von Alkoholabhängigkeit ist, eine berechtigte Komponente in der Behandlung.

*Vitalität (VT)* Unter dem Begriff Vitalität wird in der Regel dem Wortursprung gemäß (vitalis = zum Leben gehörend/lebenskräftig) Lebenskraft und Lebensfreude verstanden, welche mit einem guten und angenehm erlebten Energielevel einhergehen. Der Begriff wird häufig wenig trennscharf verwendet, um den allgemeinen Zustand eines Lebewesens, insbesondere in Bezug auf körperliche und geistige Gesundheit, zu beschreiben. Im Kontext der Medizin und Gesundheitswissenschaften kann Vitalität auch als Indikator für die Lebensfähigkeit und Lebensqualität betrachtet werden (Ellert & Kurth, 2013; Kramer et al., 2014). Ryan und Fredrick (1997) definieren Vitalität als „the subjective experience of being full of energy and alive" (in Bostic et al., 2000, S. 313). Das Konzept der Vitalität wird seit vielen Jahrhunderten und in unterschiedlichen Kulturen thematisiert und in der Auseinandersetzung

mit der Lebensgestaltung als Kriterium herangezogen. In östlichen Traditionen wird zum Beispiel das „Chi“ oder „Ying“ als Maß für „innere Energie“ (Liao, 1990 in Bostic et al., 2000) bezeichnet, in Japan gibt es das „Ki“ als Energie und Kraft, welche dafür sorgt, mentale und physische Gesundheit zu mobilisieren (Ryan & Frederick, 1997 in Bostic et al., 2000), in Freuds Theorien wird Vitalität eher manifestiert, wenn Konflikte aufgelöst werden können (Georgiadis et al., 2023). Neben der weiten Definition sind die Vitalität bestimmenden Determinanten relevant. Genetische Veranlagung und Lebensalter als Ausgangspunkt werden von allgemeinem Gesundheitszustand, Stress und anderen Umgebungsfaktoren ergänzt. In einer Untersuchung von Ryan und Frederick „On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being” (1997) werden sechs Studien zum Thema Vitalität und dem Zusammenhang zu somatischen und psychischen Faktoren analysiert. Es konnten sowohl körperliche Komponenten als auch psychologische Faktoren wie Persönlichkeitsmerkmale, Eigenmotivation, Selbstwertgefühl, positiver und negativer Affekt oder mentale Gesundheit als signifikante Größen ausgemacht werden. Personen, die ihre Vitalität höher einschätzten, gaben an, weniger körperliche Symptome und eine bessere Funktionalität des Körpers zu erleben. Die Big-Five-Persönlichkeitsmerkmale Gewissenhaftigkeit und Extraversion stehen mit höher erlebter Vitalität in Zusammenhang, während Neurotizismus im Gegenteil mit niedriger Vitalität korreliert (Hänsel et al., 2022; Leb, 2019). Zudem ergibt die Analyse, dass Menschen mit höherem positivem Affekt, also mehr positiven Emotionen, bessere Vitalität empfinden und dadurch resilienter gegenüber Stress und Krankheiten sind (Hänsel et al., 2022; Leb, 2019). Eine positive Korrelation von psychischem und physischem Wohlbefinden und Vitalität wird mehrfach bestätigt (Jakat et al., 2020). Damit ist ein hohes Vitalitätsgefühl ein anstrebenswerter Zustand, der als Ressource verstanden werden kann, die Widerstandsfähigkeit fördert und zu einer positiven Entwicklung beiträgt. In der Forschung zu Alkoholabhängigkeit konnte der Zusammenhang zwischen verminderter Vitalität und dieser Erkrankung schon häufig nachgewiesen werden (Lugger et al., 2009; Unger et al., 2015; Zeidler, 2009). In der vorliegenden Arbeit wird Vitalität demnach als Erfolgskriterium in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit verstanden und untersucht.

*Wohlbefinden (Aufblühen & Mental Health)* Wohlbefinden ist ein zentrales Konstrukt der Teildisziplin Positive Psychologie und vereint unterschiedliche Konzepte (vgl. Kap. 2.3.1). Psychologisches Wohlbefinden (PWB) nach Carol Ryff (1989, 1995; Ryff & Singer, 2008), auch als eudaimonisches Glück bzw. Wohlbefinden bezeichnet, setzt sich aus sechs Facetten zusammen, die eher das gute Leben im Vergleich zum genussvollen, hedonistischen Leben ausmachen und mehr mit Sinnerleben in Verbindung gebracht werden (Selbstakzeptanz, positive Beziehungen, Autonomie, Selbstwirksamkeit, Sinn im Leben und persönliches Wachstum). Soziales Wohlbefinden (SWB) wird von Corey Keyes ergänzt und

hebt die soziale Komponente dieses Konstrukts hervor. Zudem wird eine hedonistische Komponente beschrieben. Die genannten Facetten werden von Corey Keyes insgesamt als Bausteine von mentaler Gesundheit (Mental Health) betrachtet, die auf einem Doppelkontinuum dargestellt werden. Zum einen werden Menschen auf einer Achse zwischen Aufblühen (Flourishing) und Verkümmern (Languishing) verortet und zum anderen auf einer Achse zu psychisch gesund und krank (Dual-Continua-Model, Keyes, 2002, 2005, 2007). Eine wichtige Erkenntnis seiner Forschung, die auch Relevanz im Zusammenhang mit dieser Arbeit besitzt, ist, dass auch Menschen mit psychischer Belastung bzw. Erkrankung Flourishing erleben können. Die Bewältigung und der Umgang mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung sind ein fortlaufender Prozess, der Besserung, Stabilisierung, Regeneration und Rückkehr zu einem gesünderen psychischen wie physischen Zustand anstrebt. Es wird versucht, Wohlbefinden in allen seinen Facetten zu erlangen, trotz der bestehenden Herausforderungen. Der Zusammenhang zwischen der Alkoholabhängigkeit und Lebenszufriedenheit und die Schnittmenge von Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit wurden oben dargestellt, ebenso die anstrebenswerten Auswirkungen einer positiven Affektbilanz. Lukas (1994) liefert einen Einblick über Ziel und Werte in der Suchtherapie und thematisiert spezifisch das psychologische Wohlbefinden bzw. die Relevanz der Sinnfindung. Der Community-Reinforcement-Approach (Meyers & Smith, 2011) untersuchte bereits erfolgreich die soziale Komponente als Unterstützung bei der Bewältigung einer Abhängigkeitserkrankung. Damit werden alle postulierten Elemente des Wohlbefindens mit wünschenswerten Auswirkungen in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit in Verbindung gebracht und eine Rechtfertigungsbasis zur Integration in die Behandlung geschaffen.

#### 2.4.3.3.2 Psychische Belastung, Abstinenzzuversicht und Trinkverlangen

*Psychische Belastung*. Psychische Belastungen können vielseitige und komplexe Symptome hervorrufen, die in verschiedene Kategorien unterteilt werden können. Zu den emotionalen Symptomen zählen beispielsweise Angst, Nervosität, Traurigkeit sowie Reizbarkeit, die häufig mit einem Gefühl der Überforderung einhergehen. Auf kognitiver Ebene äußern sich psychische Belastungen oft in Konzentrationsschwierigkeiten, Gedächtnisproblemen und einem negativen Gedankenkreislauf, was die Entscheidungsfindung zusätzlich erschwert. Zusätzlich zu diesen emotionalen und kognitiven Symptomen treten häufig somatische Beschwerden auf, die körperliche Manifestationen psychischer Belastung darstellen. Dazu gehören Kopfschmerzen, Schlafstörungen sowie Müdigkeit und gastrointestinale Probleme wie Übelkeit oder Bauchschmerzen. Sie können sich in einem Rückzug von sozialen Aktivitäten, veränderten Essgewohnheiten und einer verminderten Leistungsfähigkeit, sowohl im beruflichen als auch im schulischen Kontext, äußern. Auch die sozialen Aspekte werden von psychischen Belastungen beeinflusst, da viele Betroffene Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen

erleben und ein Gefühl der Isolation oder Einsamkeit empfinden können. In einigen Fällen kann diese Belastung zu Konflikten im familiären oder freundschaftlichen Umfeld führen. Zusammengefasst ist festzustellen, dass psychische Belastungen eine Vielzahl von Symptomen hervorrufen können, die sowohl emotional, kognitiv, somatisch, verhaltensbezogen als auch sozial ausgeprägt sind. Das Verständnis dieser Symptome ist entscheidend, um Betroffenen angemessene Unterstützung und gegebenenfalls professionelle Hilfe anzubieten. Die Beanspruchungsfolgen und mangelnde Bewältigungsstrategien führen in einem Teil der Fälle zum Einsatz der Selbstmedikation Alkohol. Alkoholkonsumstörungen sind nicht selten die Folge (Soyka, 2017). Gleichzeitig sind psychische Belastung und psychische Störungen auf verschiedenen Ebenen die Folge von Alkoholkonsumstörungen (Römer et al., 2002). Ob primäre oder sekundäre Alkoholabhängigkeit (siehe Kapitel 2.1.2), also ob psychische Belastung und psychische Störungen zuerst vorhanden waren oder als Folge entstanden sind, stehen sie der Bewältigung der Erkrankung im Wege und sind oft Auslöser für erneuten Konsum. Die Reduktion psychischer Belastung ist somit essenzieller Teil der Behandlung, da dies einen erheblichen Bestandteil der Krankheitsbewältigung ausmacht. Psychische Belastung als Kriterium im Modell des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements speziell im Kontext der Behandlung von Alkoholabhängigkeit aufzunehmen, erscheint daher als zielführend. Braun und Kollegen konnten in verschiedenen Evaluationsstudien den positiven Effekt von verbesserten Selbstmanagementfähigkeiten auf psychische Belastungen wie Burn-out-Tendenz (2019), depressive Verstimmung (2020), Stress (2019; 2023) oder somatische Beschwerden zeigen.

*Alkohol* Alkoholkonsumverhalten bzw. alkoholbezogene Gedanken sind ein entscheidendes Kriterium in der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen. Ein erstrebenswerter Zustand einer Therapie von Alkoholabhängigkeit ist, dass der Patient ein möglichst selbstständiges, zufriedenes Leben ohne Suchtmittel führen kann. Abstinenz ist daher das Ziel einer Entwöhnungsbehandlung, wird aber mittlerweile nicht mehr als einziges Erfolgskriterium gesehen. Rückfälligkeit wird als Teil des Krankheitsgeschehens interpretiert, und möglichst ausgedehnte Abstinenzzeiten und eine möglichst rasche Rückkehr zu Abstinenz nach Rückfälligkeit werden angestrebt. In der Behandlung wird daher versucht, den erlebten Suchtdruck zu reduzieren und eine positive Zukunftsperspektive ohne Alkohol in den Gedanken zu verankern.

## 2.5. Zusammenführung der Theorie und Ableitung eines Trainingskonzepts

In folgendem Abschnitt sollen die theoretischen Hintergründe zu einem Gesamtbild zusammengeführt und auf Basis dessen ein Trainingskonzept für die stationäre Entwöhnungsbehandlung von Menschen mit Alkoholabhängigkeitserkrankung abgeleitet werden.

Wie in Kapitel 2.1 beschrieben, stellt Alkoholabhängigkeit eine ernste Herausforderung für Betroffene und Behandelnde dar. Die zwar rückläufigen, aber immer noch immens hohen Prävalenzzahlen fordern von Wissenschaftlern und behandelnden Spezialisten, Behandlungsansätze weiterzuentwickeln und neue Perspektiven zu integrieren. Die erst spät offiziell als Erkrankung anerkannte Alkoholabhängigkeit wird in der Entwöhnungsphase dem Arbeitsfeld der klinischen Psychologie zugeschrieben. Deren traditionell an Defiziten ausgerichtete Herangehensweise hat sich justiert, der Fokus liegt nicht mehr nur auf der Reduktion von Krankheitssymptomen, sondern wendet sich vermehrt Ressourcenarbeit, dem Aufbau von Recovery-Kapital, innerhalb dessen auch besonders dem Aufbau von Kompetenzen zu, die autonom langfristig genutzt werden können, um dieser chronischen Erkrankung zu begegnen (siehe Kapitel 2.1.3). Ziel ist es, dass der Patient eigenverantwortlich für Gesundheit, also für sowohl psychisches als auch physisches und soziales Wohlbefinden, sorgen kann, damit abstinente Zeiten attraktiver sind und dem Konsum von Alkohol vorgezogen werden. Immer wichtiger werden dabei Themenfelder der psychologischen Teildisziplin Positive Psychologie (siehe Kapitel 2.3), deren Hauptintention die Förderung des menschlichen Wohlbefindens und Aufblühens ist. Zu diesem Zweck gilt es, spezifische Techniken anzuwenden, die zum Beispiel nach Martin Seligmans PERMA-V-Modell postulierte Komponenten von Wohlbefinden (Positive Emotionen, Engagement, Relationship, Meaning, Accomplishment und Vitality (siehe Kapitel 2.3.1)) generieren. Direkt damit verbunden ist das Feld des Selbstmanagements, da es die individuelle Steuerung und Regulierung von Verhalten, Kognitionen und Emotionen behandelt. Die Idee des Selbstmanagements fußt schon in ihren Ursprüngen auf Bestrebungen im Gesundheitskontext, dem betroffenen Patienten mehr Eigenverantwortung zu übertragen und Mittel für den autonomen Umgang mit Erkrankungen bereitzustellen und damit Gesundheit zu fördern (siehe Kapitel 2.4.1). Langfristige Bewältigungsstrategien sind dabei sowohl im Interesse des Patienten als auch der behandelnden Spezialisten sowie der Kostenträger, die die Therapie der Erkrankung finanzieren. Maes und Karoly (2005) betonen, dass sich das Gesundheitssystem zunehmend von einem medizinischen Versorgungssystem hin zu einem unterstützenden Selbstmanagementsystem verschiebt. Gut et al. (2022) kommen der Forderung nach Selbstmanagementförderung im Gesundheitsbereich nach, indem sie Wirkebenen dieser belegen. Albert Bandura bezeichnet

Selbstmanagement als „gute Medizin“ (2005, S. 245) in gesundheitlichen Angelegenheiten, dem er große Vorteile zuspricht. Durch die Kompetenz des Selbstmanagements, also der Selbststeuerung und Selbstorganisation, wird die Anwendung Techniken der Positiven Psychologie erleichtert und damit die Gesundheit bzw. das Wohlbefinden, das persönliche Aufblühen und die individuelle Zufriedenheit gefördert. Ein weiterer integraler Teil des Selbstmanagements ist die Lenkung der Aufmerksamkeit, um Selbststeuerung erst zu ermöglichen. Die Aufmerksamkeit gezielt zu bündeln, nicht wertend Dinge im gegenwärtigen Moment bewusst wahrzunehmen, beschreibt das Grundkonzept der Achtsamkeit nach Jon Kabat-Zinn (2003a, 2003b, 2015, 2018). Achtsamkeit fördert auch die gesunde Selbstregulation, und damit erschließen sich die Schnittmengen der beiden Konzepte und die Schlussfolgerung, Achtsamkeit als Selbstmanagementkompetenz zur Erlangung von ganzheitlichem Wohlbefinden zu verstehen. Direkt damit verzahnt ist die physische Komponente, die bei der Förderung von Wohlbefinden nicht außer Acht gelassen werden darf. Körperliches Wohlbefinden wird essenziell von gesunder Ernährung, ausreichend Bewegung und erholsamem Schlaf determiniert, und damit können diese Komponenten als zentrale Elemente von positivem Gesundheitsverhalten definiert werden. Adäquates positives Gesundheitsverhalten wird somit als weitere Selbstmanagementkompetenz angenommen. Die kognitive Ausrichtung von Selbstmanagement beinhaltet die Steuerung von Kognitionen und Denkmustern. Die negative Auswirkung dysfunktionaler Kognitionen auf Gesundheit bzw. Wohlbefinden konnte vielfach nachgewiesen werden. Damit ergibt sich als vierte in dieser Arbeit postulierte Selbstmanagementkompetenz die aktive Reduktion dysfunktionaler Kognitionen. Für alle beschriebenen Komponenten sind wissenschaftliche Evidenzen verfügbar, die gemeinsame Integration in eine Trainingsintervention in der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung und eine wissenschaftliche Evaluierung sind bislang nicht erfolgt. Der Zusammenhang zwischen Selbstmanagementkompetenz-Training (Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie + weitere Selbstkompetenzen), dessen positiver Auswirkung auf das Konstrukt Mentale Stärke und positiven Outcomes wie Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Reduktion psychischer Belastung wurde schon in verschiedenen Studien von Braun und Kollegen nachgewiesen (2019, 2020, 2022, 2023). Eine zentrale Annahme dieses wissenschaftlichen Projekts ist daher, dass Selbstmanagementkompetenzen trainierbar bzw. erlernbar sind. Vor diesem Hintergrund soll in der vorliegenden Arbeit eine entsprechende Trainingsintervention konzipiert und evaluiert werden. Die Entwicklung und Überprüfung von klinisch-psychologischen Interventionen erfolgt evidenzbasiert und systematisch über Bedarfsanalyse, Konzeption anhand theoretischer Modelle, der Implementierung und komplexen Evaluation (vgl. Kapitel 2.2). Für die Konzeption erfolgte zunächst eine theoretische Bedarfsanalyse anhand bestehender Literatur. Aus theoretischen Modellen wurden Wirkfaktoren und Erfolgskriterien extrahiert, die als Basis für die Interventionsplanung dienten (vgl. Kapitel 2.1.3 und 2.2.2). Das Modell des Positiven Selbstmanagements (Kapitel

2.4.3) stellte den engeren Rahmen der Konzeption dar. Der Prozess der Evaluierung beginnt nicht erst bei der Wirksamkeitsüberprüfung, sondern findet schon in der Entwicklung (Bedarfsanalyse, Konzeption, Pilotierung) als formative Evaluierung statt. Zur summativen Evaluierung, der tatsächlichen Wirksamkeitsprüfung, können vor dem Hintergrund des Evaluierungsvorgehens von klinisch-psychologischen Interventionen (vgl. Kapitel 2.2.3), den Dokumentationsvorgaben, die Evaluationsebenen nach Kirkpatrick und Kirkpatrick (2006) und die zehn Evaluationsschritte nach Balzer und Beywl (2015) herangezogen werden. Auf Basis der theoretischen Grundlagen und des Interventionskonzepts von Braun (Kapitel 2.3.2) lässt sich ein erstes Interventionskonzept (siehe Anhang) ableiten. Die Erkenntnisse der Modelle der Verhaltensanpassung (Kapitel 2.2.2) fließen in die gesamte Konzeption des Trainings mit ein. Es soll dabei aber ein besonderer Fokus auf die Faktoren Psychoedukation, praktische Umsetzung (Selbstwirksamkeitserwartung), Austausch (soziale Unterstützung) und eigenverantwortliche Umsetzung (Transfer) bei der Gestaltung des Trainings gelegt werden. Das Training „GPS-Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“, das im Überblick in Tabelle 6 dargestellt ist, soll sich über sechs Wochen innerhalb einer 90-tägigen Entwöhnungsbehandlung erstrecken und sieht eine vier-stündige Plenumseinheit (Theorie, Praxis, Austausch), eine ein-stündige vertiefende Diskussion (Austausch) und circa eine Stunde Eigenarbeit (Transfer) vor. Die einzelnen Module sind in sich geschlossen – die Inhalte können aber immer auch verbunden werden. Die Plenumseinheiten beginnen immer mit einer Startrunde, einem Befindlichkeitsblitzlicht, um die Gruppenkohäsion zu erhöhen. Die psychoedukativen Inhalte werden immer durch praktische Übungen erfahrbar gemacht. Zudem ist auch in den Plenumseinheiten ein Austausch in Tandems oder in der Gesamtgruppe vorgesehen, um die Inhalte mit persönlichen Erfahrungen anzureichern und zu intensivieren. Es werden damit die spezifischen Inhalte abgedeckt und gleichzeitig Faktoren, die in den Modellen der Verhaltensanpassung validiert wurden, berücksichtigt (z. B. Risikowahrnehmung, Einstellung zu Verhalten, wahrgenommene Kontrolle, klare Zielsetzung, Barrieremanagement und Handlungspläne). Zum Training begleitend erhalten die Teilnehmer ein Arbeitsbuch, das sowohl in den Plenumseinheiten als auch für die praktischen Übungen als Unterstützung dient. In Anlehnung an Martin Seligmans` PERMA-V-Modell behandeln die sechs Module „Ziele & Motivation“, „Wege & Hindernisse“, „Wohlbefinden & Zufriedenheit“, „Stärken & Flow“, „Bindung & Soziales Wohlbefinden“ und „Selbstfürsorge“. Die postulierten Selbstmanagementkompetenzen fließen in die Module mit ein, wobei die Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie immer als Basis verwendet wird, die „Reduktion Dysfunktionaler Kognition“ im zweiten Modul „Wege & Hindernisse“ spezifisch behandelt wird, „Achtsamkeit“ im Modul „Wohlbefinden & Zufriedenheit“ und „Positives Gesundheitsverhalten“ im Modul Selbstfürsorge. Das Konzept der Trainingsintervention verzichtet bewusst auf die Verwendung digitaler Medien, da davon ausgegangen

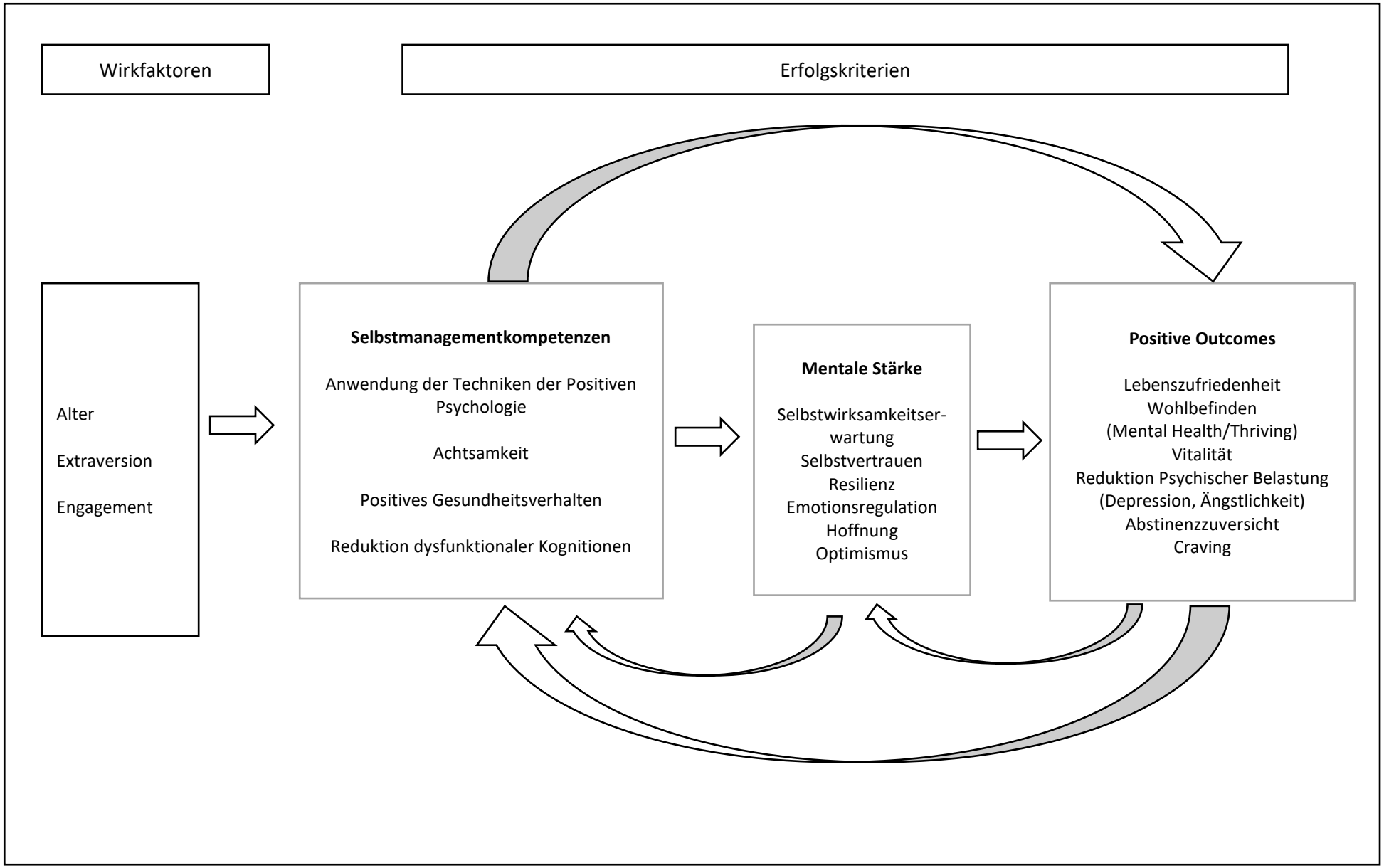
wird, dass das für die Zielgruppe angemessener ist. Ein Überblick über die Trainingsintervention kann folgender Tabelle 6 entnommen werden.

Die erweiterte Bedarfsanalyse erfolgt mithilfe der Studie I, die als qualitative Vorstudie Informationen von Betroffenen und Experten erhebt. Studie II ermittelt qualitative und quantitative Daten anhand eines schriftlichen Feedbacks und überprüft Durchführbarkeit, erste Wirksamkeit und Akzeptanz in einem Probelauf. Anhand der Vorstudien kann die theoretisch abgeleitete Intervention adaptiert werden. In Studie III erfolgt eine Bestätigung der Zusammenhänge der Variablen des Modells „Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“, eine tatsächliche Überprüfung der Wirksamkeit und zusätzlich eine Analyse der Wirksamkeit für unterschiedliche Personengruppen. Diese inkludieren, wie oben angeführt, den demographischen Faktor Alter, den Persönlichkeitsfaktor Extraversion und das Engagement. Der letzte Faktor bezieht sich auf die eigenverantwortliche Umsetzung der Transferaufgaben. Abbildung 7 veranschaulicht das wissenschaftliche Projekt.

*Tabelle 6: Übersicht Trainings-Intervention: Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement*

| **Woche/Module** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Titel** | **Ziele & Motivation** | **Wege & Hindernisse** | **Wohlbefinden & Zufriedenheit** | **Stärken & Flow** | **Bindung & Soziales Wohlbefinden** | **Selbstfürsorge** |
| **Themen Plenum** | Zielformulierung | Hope Theory | Flourishing | VIA Stärken | Komponenten des sozialen Wohlbefindens | Körperliche Aspekte |
| **3 Stunden** | POSTIV-Zielrahmen | Dysfunktionale Kognitionen | Genießen | Flow | | Psychische Aspekte |
| | Motivationskontinuum | | Achtsamkeit | | Zwischenmenschliche Beziehungen | Selbstmitgefühl |
| **Gruppe** | Kontroverse Diskussion der Themen aus dem Plenum wöchentlich | | | | | |
| **1 Stunde** | | | | | | |
| **Eigenarbeit** | 3 gute Dinge -Übung täglich | | | | | |
| Basis-Übungen | Dankbarkeits-Übung wöchentlich | | | | | |
| | Themenspezifischer Maßnahmenplan wöchentlich | | | | | |
| Aufbau-Übungen | Besuch einer Nachsorge | Wochen-Plan | Best Possible Self | 3 gute Dinge mit Stärken | Random Act of Kindness | Selbstfürsorgekalender |
| | Zielformulierung nach dem POSITIV Zielrahmen | Aktivitäten-Liste | Pleasure Walk | Aktivierung schlafender Stärken | Konkreter Schritt für SK | Positives Gesundheitsverhalten |
| | Am Ende meines Lebens-Übung | Denkmuster identifizieren & ersetzen | VIA-Test | | Dankbarkeit - SK | Ernährung<br>Bewegung<br>Schlaf |
| | | ABCD-Plan | | | | |

*Abbildung 7: Wirkfaktoren und Erfolgskriterien im Forschungsvorhaben Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement in der Alkoholentwöhnung*



## 2.6 Forschungsfragen und Hypothesen

**Studie I**. Studie I erfolgt vor dem theoretischen Hintergrund des beschriebenen positiven Selbstmanagements, des beschriebenen Trainingskonzepts (Braun, 2019, 2020; Braun et al., 2017, 2019, 2020, 2022, 2023) und dem weiter abgeleiteten Modells des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements. Ziel der ersten Studie ist es, Möglichkeiten und den Bedarf der Behandlungserweiterung und den Bedarf an Maßnahmen zur Förderung des Positiven Selbstmanagement in der stationären Alkoholentwöhnung zu ermitteln. Studie I ist eine explorative Untersuchung mit dem Ziel zu explorieren, welche konkreten Selbstmanagementkompetenzen sinnvoll oder am sinnvollsten sind und ob die theoretisch abgeleitete Trainingsintervention inhaltlich damit übereinstimmt. Darüber hinaus soll erfasst werden, ob die theoretisch konzipierte Trainingsintervention für das entsprechende Patientenklientel adäquat ist und wie sie optimal in den Klinikablauf integriert werden kann. Aus diesem Grund werden keine Forschungshypothesen formuliert. Die Forschungsfragen für Studie I lauten:

1. Gibt es Bedarf an Maßnahmen zum Erlernen von Gesundheitsbezogenem Positivem Selbstmanagement in der stationären Entwöhnungsbehandlung?
   a. Was sind die Belastungen/Folgen/Einschränkungen des psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens alkoholabhängiger Patienten? Und welche Aspekte sollten in der Entwöhnungsbehandlung besonders fokussiert werden, um ein ganzheitliches Wohlbefinden wiederherzustellen?
   b. Was sind die häufigsten Auslöser für erneuten Konsum/Rückfälligkeit?
   c. Welches Wissen und welche Kompetenzen des gesundheitsbezogenen positiven Selbstmanagements zur Wiederherstellung und/oder Erhaltung des psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens besteht, sind vorhanden und werden angewendet?
   d. Welche entsprechenden Interventionen gibt es bereits?
   e. Wie hoch ist die Lernbereitschaft und/oder Motivation der Patienten für eine derartige Intervention?
   f. Inwieweit ist die theoretisch abgeleitete Intervention kongruent mit dem Entwicklungsbedarf? Welche Verbesserungen ergeben sich daraus?

2. Wie muss eine Intervention für die stationäre Entwöhnung von Alkoholabhängigkeit gestaltet werden?

a. Was sind die inhaltlichen und methodischen Anforderungen aus der Sicht betroffener Patienten?
b. Was sind die inhaltlichen und methodischen Anforderungen aus Sicht der behandelnden Experten?
c. Wie kann der Transfer der Kompetenzen nach der Behandlung gelingen?
d. Stimmen diese Anforderungen mit der konzipierten Intervention überein?

**Studie II:** In Studie II wird die konzipierte und aufgrund der Ergebnisse und Informationen aus Studie I adaptierte Trainingsintervention in einem Probelauf überprüft. Ein Feedback der teilnehmenden Patienten soll die einzelnen Module der Intervention bewerten, den Wissenszuwachs ermitteln und feststellen, inwieweit sich die erlernten Kompetenzen in den Alltag übertragen lassen. Die Bearbeitung der Selbstbeschreibungsmaße soll die Logistik und Umsetzbarkeit der Datenerhebung in dem spezifischen Set-up einschätzen und bewerten. Zudem soll daraus eine Tendenz der angestrebten Ziele ermittelt werden. Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

1. Wie bewerten Patienten in der stationären Alkoholentwöhnung die Trainingsintervention „GPS – Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ in Bezug auf
   a. Das Training allgemein und insgesamt?
   b. die Plenumseinheiten der einzelnen Module?
   c. die integrierte Eigenarbeit der einzelnen Module?
   d. die Gruppendiskussion der einzelnen Module?
   e. die Datenerhebung?
   f. Welche Verbesserungen lassen sich daraus ableiten?

2. Führt die Trainingsintervention dazu, dass nach Einschätzung der Patienten Wissen und Kompetenz generiert werden?
3. Können Patienten das Wissen und die Kompetenzen in den Alltag transferieren?
4. Lässt sich eine Tendenz in den Parametern/Variablen des Modells des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements erkennen?
5. Ist die Datenerhebung in der geplanten Weise umsetzbar?

Diese Studie wird als proaktive, formative und summative Evaluierung bezeichnet (Lutz, 2005; Owen & Alkin, 2007; Scriven, 1991). Mittels der direkten Reaktion der teilnehmenden Patienten auf die Trainingsintervention sollen Verbesserungen abgeleitet werden. Eine erste Wirkungsfeststellung kann

über die Erhebung der Variablen und die Beurteilung des Wissenszuwachses und des Transfers ermittelt werden. Insgesamt soll eine potenzielle Adaptation exploriert werden. Trotz des explorativen Charakters dieser Studie sollen Hypothesen und deren Prüfung die Erkenntnisse vertiefen.

**H1:** Es wird erwartet, dass die Patienten das Training insgesamt positiv, also höher als den Skalenmittelwert, beurteilen.

**H2:** Es wird erwartet, dass die Patienten den erlebten Wissenszuwachs hoch/positiv, also höher als den Skalenmittelwert, beurteilen.

**H3:** Es wird erwartet, dass die Patienten den Transfer in den Alltag als hoch/positiv, also höher als den Skalenmittelwert, beurteilen.

**H4:** Es wird erwartet, dass Patienten in der stationären Alkoholentwöhnung, die an der sechs-wöchigen Trainings-Intervention „GPS – Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ teilgenommen haben, nach der Intervention bei der Auswertung im Vergleich zu vor der Intervention einen

a. eine signifikant höhere Ausprägung in der Selbstmanagementkompetenz Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie zeigen
b. eine signifikant höhere Ausprägung in der Selbstmanagementkompetenz Reduktion dysfunktionaler Kognitionen zeigen
c. eine signifikant höhere Ausprägung in der Selbstmanagementkompetenz Positives Gesundheitsverhalten zeigen
d. eine signifikant höhere Ausprägung in dem positiven Outcome Lebenszufriedenheit zeigen
e. eine signifikant höhere Ausprägung in dem positiven Outcome Wohlbefinden (Aufblühen) zeigen
f. eine signifikant höhere Ausprägung in dem positiven Outcome Wohlbefinden (Mental Health) zeigen
g. eine signifikant höhere Ausprägung hinsichtlich positiv-alkohol-relevanter Aspekte zeigen
h. eine signifikant niedrigere Ausprägung in psychischer Belastung zeigen

**Studie III:** Auf Basis aus Theorie abgeleiteter und durch Studie I und II adaptierter Trainingsintervention „GPS – Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ soll in Studie III eine umfassende Evaluierung stattfinden. Die erste Stufe beinhaltet die unmittelbare Reaktion der teilnehmenden Patienten auf die Trainingsintervention in Form eines direkten Feedbacks nach der Trainingsintervention, welches unmittelbare Eindrücke und subjektives Erleben erfasst. Die der zweiten Ebene zugeordnete, wirkungsfeststellende Evaluierung erfasst mittels Prä- und Post-Tests den Lernerfolg der Teilnehmer und dient dazu, fortführende Forschung zu fördern, die weitere Anwendung der

Trainingsintervention zu legitimieren und die Integration in das Anwendungskonzept der Suchthilfeklinik Salzburg zu begründen (= summative, grundsatzentscheidungs- und rechenschaftslegungsorientierte Evaluierung). Die Transferleistung wird erhoben, indem innerhalb des Feedbacks auf Verhaltensebene gefragt wird, inwiefern das Gelernte tatsächlich außerhalb der Intervention angewendet wird. Eine weitere Bewertung erfolgt anhand der Einschätzung der Patienten zur Zukunftsperspektive bezüglich des Konsums von Alkohol. Die übergeordnete Forschungsfrage lautet:

1. Können durch die sechs-wöchige Trainingsintervention „GPS - Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ bestimmte Selbstmanagementkompetenzen bei einer Treatment- im Vergleich zu einer Vergleichsgruppe über einen bestimmten Zeitraum signifikant besser aufgebaut werden und führt dies bei der Treatmentgruppe in weitere Folge zu einem signifikanten Anstieg des Konstrukts „Mentaler Stärke“ und zu weiteren positiven Outcomes? Sind diese positiven Effekte auch über die Dauer der stationären Alkoholentwöhnungsphase hinaus stabil?

   Für die Evaluierung der Trainingsintervention auf verschiedenen Ebenen werden Forschungshypothesen formuliert, um die Reaktion auf das Training, Zusammenhänge und Veränderungen der Variablen im beschriebenen GPS-Modell (Selbstmanagementkompetenzen, Facetten der mentalen Stärke, positive Outcomes) in einem bestimmten Zeitintervall zu untersuchen.

**Feedback – unmittelbare Reaktion auf die Trainingsintervention**

**H5:** Es wird erwartet, dass die Reaktion auf die sechswöchige Trainingsintervention positiv ist und mindestens über dem Skalenmittelwert liegt.
**H6:** Es wird erwartet, dass die Patienten die Transferaufgaben zu mindestens 50 % ausführen.
**H7:** Es wird erwartet, dass die Patienten den erlebten Einfluss des Trainings positiv (mindestens über dem Skalenmittelwert) bewerten.

**Zusammenhänge**

**H8:** Es wird erwartet, dass die Selbstmanagementkompetenz Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie (ATPP) signifikant…

a. positiv mit dem Indexwert „Mentale Stärke (gesamt)“ korreliert.
b. positiv mit den einzelnen Facetten der mentalen Stärke korreliert.
c. positiv mit Lebenszufriedenheit korreliert.

d. positiv mit Wohlbefinden/Thriving korreliert.
e. positiv mit Wohlbefinden/Mental Health korreliert.
f. positiv mit Vitalität korreliert.
g. positiv mit Abstinenzzuversicht korreliert.
h. negativ mit dysfunktionalen Kognitionen korreliert.
i. negativ mit psychischer Belastung korreliert.
j. negativ mit Suchtdruck korreliert.

**H9:** Es wird erwartet, dass die Selbstmanagementkompetenz Achtsamkeit (ACH) signifikant …

a. positiv mit dem Indexwert „Mentale Stärke (gesamt)“ korreliert.
b. positiv mit den einzelnen Facetten der mentalen Stärke korreliert.
c. positiv mit Lebenszufriedenheit korreliert.
d. positiv mit Wohlbefinden/Thriving korreliert.
e. positiv mit Wohlbefinden/Mental Health korreliert.
f. positiv mit Vitalität korreliert.
g. positiv mit Abstinenzzuversicht korreliert.
h. negativ mit dysfunktionalen Kognitionen korreliert.
i. negativ mit psychischer Belastung korreliert.
j. negativ mit Suchtdruck korreliert.

**H10:** Es wird erwartet, dass die Selbstmanagementkompetenz positives Gesundheitsverhalten (PGV) signifikant….

a. positiv mit dem Indexwert „Mentale Stärke (gesamt)“ korreliert.
b. positiv mit den einzelnen Facetten der mentalen Stärke korreliert.
c. positiv mit Lebenszufriedenheit korreliert.
d. positiv mit Wohlbefinden/Thriving korreliert.
e. positiv mit Wohlbefinden/Mental Health korreliert.
f. positiv mit Vitalität korreliert.
g. positiv mit Abstinenzzuversicht korreliert.
h. negativ mit dysfunktionalen Kognitionen korreliert.
i. negativ mit psychischer Belastung korreliert.
j. negativ mit Suchtdruck korreliert.

**H11:** Es wird erwartet, dass der Indexwert „Mentale Stärke“ signifikant …

a. positiv mit Lebenszufriedenheit korreliert.
b. positiv mit Wohlbefinden/Thriving korreliert.
c. positiv mit Wohlbefinden/Mental Health korreliert.
d. positiv mit Vitalität korreliert.
e. positiv mit Abstinenzzuversicht korreliert.
f. negativ mit dysfunktionalen Kognitionen korreliert.
g. negativ mit psychischer Belastung korreliert.
h. negativ mit Suchtdruck korreliert.

**Zeit- und Gruppenvergleiche**

**H12**: Es wird angenommen, dass Patienten in der stationären Alkoholentwöhnung, die an der sechswöchigen Trainings-Intervention „GPS – Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ teilgenommen haben, nach der Intervention bei der varianzanalytischen Auswertung im Vergleich zu vor der Intervention ($t_1$) und im Unterschied zur Vergleichsgruppe

a. eine signifikant höhere Ausprägung in der Selbstmanagementkompetenz Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie zeigen.
b. eine signifikant höhere Ausprägung in der Selbstmanagementkompetenz Achtsamkeit zeigen
c. eine signifikant höhere Ausprägung in der Selbstmanagementkompetenz positives Gesundheitsverhalten zeigen.
d. eine signifikant höhere Ausprägung im Indexwert der mentalen Stärke zeigen.
e. eine signifikant höhere Ausprägung in den einzelnen Facetten der mentalen Stärke zeigen.
f. eine signifikant höhere Ausprägung in dem positiven Outcome Lebenszufriedenheit zeigen.
g. eine signifikant höhere Ausprägung in dem positiven Outcome Wohlbefinden/Thriving zeigen.
h. eine signifikant höhere Ausprägung in dem positiven Outcome Wohlbefinden/Mental Health zeigen.
i. eine signifikant höhere Ausprägung in dem positiven Outcome Vitalitätsgefühl zeigen.
j. eine signifikant niedrigere Ausprägung in dysfunktionalen Kognitionen zeigen.
k. eine signifikant niedrigere Ausprägung in psychischer Belastung (GSI) zeigen.
l. eine signifikant niedrigere Ausprägung in Ängstlichkeit zeigen.

m. eine signifikant niedrigere Ausprägung in Depressivität zeigen.
n. eine signifikant höhere Ausprägung in Abstinenzzuversicht zeigen.
o. eine signifikant niedrigere Ausprägung in Suchtdruck zeigen.

Neben der Evaluierung der Trainings-Intervention „GPS – Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ soll untersucht werden, ob bestimmte Wirkfaktoren einen Einfluss auf den Aufbau von Selbstmanagementkompetenzen haben und damit, ob bestimmte Personen mehr von dem Training profitieren als andere. Zum einen soll das Engagement, operationalisiert über die Häufigkeit und Regelmäßigkeit der Durchführung der Übungen der Eigenarbeit (Transferaufgaben), zum anderen soll die demographische Variable Alter und das Persönlichkeitsmerkmal „Extraversion“ als Unterscheidungsmerkmal beleuchtet werden. Die Forschungsfragen lauten daher:

2. Führt ein höheres Engagement (Ausführung der Transferaufgaben) zu einem besseren Trainingseffekt bezüglich der Selbstmanagementkompetenzen, der mentalen Stärke und der positiven Outcomes?
3. Führt ein geringeres Alter zu einem besseren Trainingseffekt bezüglich der Selbstmanagementkompetenzen, der mentalen Stärke und der positiven Outcomes?
4. Führt eine stärkere Ausprägung der Persönlichkeitsdimension Extraversion zu einem besseren Trainingseffekt bezüglich der Selbstmanagementkompetenzen, der mentalen Stärke und der positiven Outcomes?

Dementsprechend werden folgende Forschungshypothesen formuliert:

**Engagement**

**H13:** Es wird erwartet, dass die Patienten der Treatmentgruppe, die die Übungen der Eigenarbeit regelmäßig und mindestens zur Hälfte gemacht haben, damit ein höheres Engagement aufweisen als die Patienten, die die Übungen nicht regelmäßig und weniger als zur Hälfte ausgeführt haben.

a. höhere Ausprägungen in den einzelnen Selbstmanagementkompetenzen aufweisen.
b. höhere Ausprägungen in dem Indexwert der mentalen Stärke und in den einzelnen Facetten aufweisen.

c. höhere Ausprägungen in den einzelnen positiven Outcomes aufweisen.

**Persönlichkeit**

**H14**: Es wird erwartet, dass Patienten, die einen n hohen Wert in der Persönlichkeitseigenschaft Extraversion haben, im Vergleich zu Personen, die einen niedrigen Wert in der Persönlichkeitseigenschaft Offenheit für Erfahrung haben,

a. höhere Ausprägungen in den einzelnen Selbstmanagementkompetenzen aufweisen.
b. höhere Ausprägungen in dem Indexwert der mentalen Stärke und in den einzelnen Facetten aufweisen.
c. höhere Ausprägungen in den einzelnen positiven Outcomes aufweisen.

**Demographische Daten**

**H15:** Es wird erwartet, dass es Unterschiede zwischen Patienten mit höherem und niedrigerem Alter hinsichtlich der

a. Ausprägungen in den einzelnen Selbstmanagementkompetenzen gibt.
b. Ausprägungen in dem Indexwert der mentalen Stärke und in den einzelnen Facetten gibt.
c. Ausprägungen in den einzelnen positiven Outcomes gibt.

# 3. Empirie

## 3.1 Studie I: Qualitative Interviews

### 3.1.1 Einführung

Ziel der qualitativen Interviews mit Experten und Klienten war es, die bereits theoretisch konzipierte Trainingsintervention „GPS - Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagement“ für Patienten in der stationären Alkoholentwöhnung sowohl inhaltlich als auch methodisch zu optimieren. Das Training soll Selbstmanagementkompetenzen aufbauen, die zu mentaler Stärke und in weiterer Folge zu Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Vitalität führen und gleichzeitig psychische Belastung insgesamt und im Speziellen Depressivität und Ängstlichkeit sowie dysfunktionale Kognitionen reduzieren. Es soll damit Recovery-Kapital generiert werden, das die Bewältigung bzw. den langfristigen Umgang mit dieser chronischen Erkrankung erleichtert und ein autonomes Leben weitgehend ohne psychoaktive Substanz ermöglicht.

In den Interviews sollten zunächst Informationen zum Bedarf an entsprechenden Maßnahmen gewonnen werden, d. h., welches (Vor)Wissen haben Patienten zum Selbstmanagement von Gesundheit (ganzheitlichem Wohlbefinden) und explizit zu Positiver Psychologie und gesundheitsbezogenem positivem Selbstmanagement, welche Kompetenzen sind vorhanden, welche entsprechenden Maßnahmen werden von der Klinik bereits angeboten, welche werden von den Patienten tatsächlich in Anspruch genommen und darüber hinaus eigenverantwortlich umgesetzt. Zudem wurde exploriert, welche Folgen für das Wohlbefinden durch die Erkrankung benannt werden können und was die häufigsten Auslöser für Rückfälligkeit sind, um die Trainingsintervention an entsprechenden Stellen anzusetzen. Ebenso wurden die Anforderungen an ein Training erhoben, also wie ein Training gestaltet sein sollte, damit Patienten bestmöglich davon profitieren können und wie es sinnvoll und adäquat in das bestehende Klinik-Setting integriert werden kann. Zudem wurden die Interview-Teilnehmer befragt, wie ein Transfer des Erlernten in den Alltag nach einer Entwöhnungsbehandlung gelingen könnte. Außerdem wurde um eine Beurteilung des geplanten theoretisch abgeleiteten Trainings (GPS) gebeten. Dazu wurden sowohl Experten als auch betroffene Patienten konsultiert, um die Einschätzung aus wichtigen unterschiedlichen Perspektiven zu generieren. Ein Teil der Betroffenen befand sich zum Zeitpunkt der Interviews akut in der stationären Entwöhnungsbehandlung und berichtete aus dieser Perspektive, der andere Teil hatte mindestens eine Entwöhnungsbehandlung bereits absolviert und sollte die oben genannten Aspekte mit bereits vorhandener Abstinenzerfahrung beurteilen, d. h. mit

dem Wissen, wie sich dies in der Phase der eigenverantwortlichen Krankheitsbewältigung verhält. Darüber hinaus wurden behandelnde Experten interviewt, um diese spezifische Perspektive ebenfalls zu beleuchten.
In folgendem Abschnitt wird zunächst das methodische Vorgehen beschrieben (siehe 3.1.2), anschließend werden die durch Inhaltsanalyse nach Mayring (1991, 2015) gewonnenen Ergebnisse berichtet (siehe 3.1.3) und abschließend Methode und Ergebnisse diskutiert (siehe 3.1.4).

## 3.1.2 Methode

Die Methode der qualitativen Interviews bietet die Möglichkeit, wissenschaftlich, da mit einem verbindlichen Ablaufplan, regelgeleitet, adäquat dokumentiert und überprüfbar, wichtige Informationen, in diesem Fall von Experten und Betroffenen, einzuholen. Es geht darum, sich dem Forschungsgegenstand anzunähern. Die Erkenntnisse dieser Studie dienen der formativen Evaluierung zur Anpassung der theoretisch abgeleiteten Intervention, die in der letzten Studie auf Wirksamkeit überprüft werden soll.

### 3.1.2.1 Stichprobe

In der vorliegenden Studie wurden sowohl Experten als auch betroffene Patienten herangezogen, die sich im Kontext der geplanten Intervention, also der Suchthilfe Klinik Salzburg, befanden. Ziel war es, spezifisch relevante Informationen für die Behandlung von Alkoholabhängigkeitserkrankungen zu generieren, mit dem Wissen, dass diese nur bedingt repräsentativ für eine Grundgesamtheit Alkoholabhängigkeitserkrankter sind. Die Kriterien für die Stichprobenzusammensetzung waren vorab festgelegt. Die Voraussetzung für die Inklusion in die Expertenstichprobe war, dass diese Klinische- und Gesundheitspsychologen und/oder Psychotherapeuten bzw. Psychiater sein mussten, mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung im stationären Entwöhnungskontext und zusätzlicher Gruppensettigerfahrung. Für die befragten betroffenen Patienten galt eine eindeutige F10.2-Diagnose ohne schwerwiegende Komorbidität oder kognitiven Abbau als Voraussetzung. Zudem mussten die Befragten mindestens 6 Wochen der stationären Therapie absolviert haben, damit zum einen ein stabiler Gesamtzustand erwartet werden konnte und zum anderen die Grundlage für eine Einschätzung gewährleistet war. Der andere Teil der Befragten waren Patienten, die eine Entwöhnungsbehandlung bereits abgeschlossen hatten. In dem Fall musste zum Zeitpunkt der Befragung stabile Abstinenz ohne schwerwiegende Komorbidität oder kognitivem Abbau sichergestellt sein.

**Betroffene:** Die Teilnehmer der Interviews mit Betroffenen waren Patienten der Suchthilfe Klinik Salzburg, die sich zum Befragungszeitpunkt aktuell in der zweiten Hälfte der 12-wöchigen Alkoholentwöhnung befanden. Es wurden acht Patienten, die die Voraussetzungen erfüllten, angesprochen, ob sie an den Interviews teilnehmen möchten. Zwei lehnten ab, sechs erklärten sich zur Teilnahme bereit. Im Rahmen der ambulanten Nachsorgebetreuung, einer wöchentlich stattfindenden Versorgung für abstinenzorientierte F10.2-Patienten, wurde eine weitere Interviewanfrage gestellt. Hier konnten weitere sechs Teilnehmer generiert werden. Fünf der sechs Interviewteilnehmer absolvieren die erste Entwöhnungsbehandlung (N = 5), einer die dritte (N = 1). Die Teilnehmer der Nachsorgegruppe hatten sich schon zwei (N = 3), drei (N = 2) oder vier (N = 1) mehrwöchigen Langzeitentwöhnungen unterzogen. Acht der teilnehmenden Patienten haben einen Hauptschulabschluss und eine abgeschlossene Ausbildung (N = 8), drei einen Hauptschulabschluss aber keine Ausbildung (N = 3), einer hat einen Maturaabschluss (N = 1). Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Interviews betrug 47.33 Jahre (SD = 11.36).

**Experten:** Die acht an dem Interview teilnehmenden Experten waren Klinische- und Gesundheitspsychologen und/oder Psychotherapeuten (N = 7) bzw. Psychiater (N = 1) der Suchthilfeklinik Salzburg, die in der stationären Alkoholentwöhnung und/oder in der Nachbetreuung im Einzel- oder Gruppensetting tätig sind. Das durchschnittliche Alter der sieben Frauen und drei Männer betrug 47.75 Jahre (SD = 13.99), die Arbeitserfahrung in Jahren belief sich auf durchschnittlich 20.87 Jahre (SD = 12.64).

#### 3.1.2.2 Untersuchungsdesign und -ablauf

Die Durchführung der Interviews fand im ersten Quartal 2021 statt. Zwischen dem 25.01.2021 und dem 15.03.2024 wurden jeweils individuelle Termine vereinbart, die für die Dauer von circa einer Stunde angesetzt waren. Die Termine mit den Experten wurden vom Lenkungsgremium der Suchthilfeklinik Salzburg in einer Teamsitzung vorangekündigt, und es wurde vereinbart, dass diese während der Arbeitszeit, jedoch nicht während anderer Termine der Teilnehmer abgehalten werden konnten. Nach entsprechender Vorankündigung und kurzer Erklärung des Zwecks wurden die Teilnehmer einzeln von der Interviewerin telefonisch kontaktiert, nochmals ausführlich über die Idee und den Sinn der Untersuchung, den geplanten Ablauf und die Rahmenbedingungen informiert und Termine fixiert. Für alle Experteninterviews konnten geeignete Zeitfenster gefunden werden, wobei zwei Termine krankheitsbedingt verschoben werden mussten. Die Interviews wurden in den Räumlichkeiten der Suchthilfeklinik Salzburg durchgeführt. Die akut stationären Patienten wurden direkt in der Suchthilfeklinik Salzburg mit der Interviewanfrage angesprochen. Eine kurze Erläuterung über Zweck, Inhalt, Ablauf und Rahmenbedingungen erfolgte direkt. Zwei der acht angesprochenen Patienten lehnten die

Teilnahme ab, mit den verbleibenden sechs wurden passende Termine vereinbart. Zur Umsetzung konnte ein geeigneter Raum in Haus I der Suchthilfeklinik Salzburg genutzt werden. Die teilnehmenden Personen der Nachsorgebetreuung wurden ebenfalls in der Suchthilfeklinik Salzburg (Haus II) interviewt. Diese fanden immer mittwochs zwischen 16:00 und 18:00 Uhr vor der regulären Nachsorge-Gruppeneinheit statt. Die Interviewanfrage erfolgte vorab während einem der Nachsorgetermine. Auch hier wurden die Absicht, der Zweck, der Ablauf und die Rahmenbedingungen erläutert. Sechs Teilnehmer, die die vorab formulierten Kriterien erfüllten, erklärten sich bereit, an den Befragungen teilzunehmen. Alle Teilnehmer wurden mehrfach explizit darauf hingewiesen, dass die Teilnahme freiwillig sei, jederzeit abgebrochen werden könne und die Daten ausschließlich anonymisiert verwendet würden. Zur Dokumentation der Betroffenen-Interviews wurde auf eine digitale Aufzeichnung verzichtet, da die angestrebten Inhalte im Kontext eines Krankheitsgeschehens potenziell sensibel sind und erwartet wurde, dass es dadurch zu einer Hemmung in den Aussagen kommen könnte. Bei den Experteninterviews wurde gleiches Procedere umgesetzt, mit der Argumentation, dass Angestellte der Suchthilfeklinik Salzburg befürchten könnten, dass digitale Aufzeichnungen ihrer Aussagen zu ihrem Nachteil gereichen könnten. Es erfolgte somit eine schriftliche Dokumentation der Inhalte durch die Interviewerin. Auf eine zweite Person zur Dokumentation wurde ebenfalls aus oben genannten Gründen verzichtet. Nach Rückmeldung einiger Teilnehmer bezüglich der Dokumentation und gleichzeitigen Äußerungen von Befürchtungen konnte eine Zustimmung zur vorgeschlagenen Vorgehensweise gefunden werden. Zusätzlich wurde allen Teilnehmern zugesichert, dass sie die schriftlichen Dokumentationen einsehen und bei Bedarf adaptieren könnten. Dies wurde jedoch nicht in Anspruch genommen. Alle Teilnehmer unterzeichneten eine Einverständniserklärung zur Studienteilnahme.

#### 3.1.2.3 Material

Zur Durchführung der Interviews mit den Experten und Betroffenen wurden vorab teilstandardisierte Interviewleitfäden erstellt. Diese beinhalteten verschiedene Abschnitte mit jeweils konkret formulierten Leit- und Steuerungsfragen. Im folgenden Abschnitt werden die Leitfäden kurz beschrieben – die ausführlichen Versionen befinden sich im Anhang.

*Leitfaden für Experteninterviews.* Zu Beginn und nach einer Begrüßung wurden der Ablauf und die Rahmenbedingungen (Anonymität, Dokumentation, Freiwilligkeit, Zeitplan) des Interviews genau erklärt. Anschließend wurden die Experten nach einigen wenigen soziodemographischen Daten, die unter 3.1.2.1 dargestellt sind, befragt. Es folgte eine kurze Erläuterung des gesamten Forschungsvorhabens, der Konzeption und Evaluierung einer Trainingsintervention für Patienten in der stationären Alkoholentwöhnung nach dem Ansatz der Positiven Psychologie und im Kontext des Positiven

Selbstmanagements. Des Weiteren wurden das Ziel dieser Vorstudie, Informationen zur Konzeption, also inhaltliche Aspekte bzw. inhaltliche, personen- und umsetzungsspezifische Anforderungen für eine Trainingsintervention zu explorieren, erklärt. Zum Einstieg in die Thematik wurde kurz auf die neuere Ausrichtung der Behandlung von Alkoholabhängigkeit eingegangen. Es wurde auf Ressourcenorientierung, den Aufbau von Recovery-Kapital und die Abwendung von reiner Behebung von Defiziten und Pathologien und Hinwendung zur Erlangung von ganzheitlichem Wohlbefinden eingegangen. Zudem wurde das Thema Empowerment, die Rolle der Selbstermächtigung des Patienten, eingebracht. Die erste Frage sollte ermitteln, welche Auswirkungen auf das ganzheitliche Wohlbefinden von den Experten beobachtet werden können. In einem nächsten Schritt wurden bestimmte Aspekte des Wohlbefindens (positive Emotionen, Engagement/Kompetenz, Sinnerleben, soziale Beziehungen, Zielerreichung, Vitalität, Wahrnehmung/Aufmerksamkeit) näher beleuchtet. Mithilfe einer Skalierung (1–10 / gering – hoch) sollte die Beeinträchtigung durch die Erkrankung eingeschätzt werden. Anschließend sollte beurteilt werden, welche dieser Aspekte in einer Entwöhnungsbehandlung besonders zu fokussieren sind. Die nächste Frage sollte ermitteln, wie viel Vorwissen Patienten nach Einschätzung der Experten bezüglich Wohlbefinden und der Möglichkeit zur positiven Beeinflussung haben und was sie diesbezüglich konkret tun. Zudem wurde nach der Einschätzung zum konkreten Vorwissen der Patienten zu den Themen Positive Psychologie und Selbstmanagement gefragt. Anschließend sollte ermittelt werden, welche Informationen (Wissen) die Experten zu den besagten Themen haben und wie diese in die Entwöhnungsbehandlung ihrer Ansicht nach eingebracht werden, was von der Suchthilfe explizit zur Verbesserung des psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens angeboten wird und wie dieses Angebot angenommen wird. Außerdem sollten die befragten Experten beurteilen, wie sinnvoll ihres Erachtens ein dementsprechendes Training wäre, und worauf es speziell fokussieren solle, und wie lernbereit und motiviert sie Patienten einschätzen, diese Techniken zu erlernen. Des Weiteren wurde exploriert, was die häufigsten Auslöser für Rückfälligkeit seien. Nach den beschriebenen Fragen, die den Bedarf für ein Training ermitteln sollten, wurde in einem zweiten Abschnitt erörtert, wie ein entsprechendes Training gestaltet sein sollte, damit die Patienten am meisten davon profitieren könnten. Die befragten Experten wurden dabei sowohl nach inhaltlichen als auch nach methodischen bzw. didaktischen Aspekten befragt. Im Anschluss daran wurde den Interviewten das theoretisch abgeleitete Training „GPS – Gesundheitsbezogenes positives Selbstmanagement“ vorgestellt und um eine Einschätzung zu den Inhalten und der Gestaltung gebeten. Am Schluss wurden die Kernaussagen des Interviews zusammengefasst, gegebenenfalls Korrekturen vorgenommen und erneut auf die Möglichkeit zur Veränderung und Revidierung von Aussagen hingewiesen. Mit Dank für Information und Offenheit wurden die Interviews jeweils beendet.

*Leitfaden für Betroffeneninterviews.* Nach einer Begrüßung wurden die Patienten, die sich derzeit in der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung befanden, über den geplanten Ablauf und die Rahmenbedingungen informiert. Es wurde erneut auf die ausschließlich anonyme Verwendung der Inhalte und die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen, ebenso auf die schriftliche Dokumentation und die Möglichkeit der Einsichtnahme und Korrektur. Es wurde um Einverständnis und Angabe einiger demographischer Daten gebeten, die unter 3.1.2.1 zusammengefasst sind. Eine kurze Erläuterung des Forschungsvorhabens und Ziel und Zweck der Interviews dienten als Einleitung und Hinführung zum Thema, ebenso die erste Frage, die das aktuelle Befinden auf einer Skala von eins bis zehn einschätzen ließ. Eine Einschätzung zu körperlichem und geistig/seelischem Wohlbefinden zielte auf eine differenzierte Wahrnehmung ab. Anschließend ermittelte die erste Frage die Auswirkungen der Erkrankung auf das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden und detaillierter auf verschiedene einzelne Aspekte (auf einer Skala von 1 bis 10/gering bis hoch). Um das Vorwissen, die vorhandene Kompetenz und die aktuelle Anwendung zu den angestrebten Themen zu explorieren, wurden die Patienten danach gefragt, was Wohlbefinden bedeutet bzw. beinhaltet, ob es allgemein beeinflusst werden kann, ob sie ihrer Meinung nach selbst ihr körperliches und seelisches Wohlbefinden spezifisch beeinflussen können, ob sie wissen, was sie tun können, und ob sie diesbezüglich aktuell etwas tun. Anschließend wurde zum Wissen zu den Themen Positive Psychologie und positives Selbstmanagement gefragt. Es folgte eine kurze Erklärung zu der Definition von Positiver Psychologie, Wohlbefinden und positivem Selbstmanagement und der Nachfrage nach einem entsprechenden Angebot der Suchthilfe Salzburg. Es wurde auch nach den häufigsten Auslösern von Rückfälligkeit gefragt. Die nächste Frage beinhaltete die Einschätzung des weiteren Bedarfs und der Sinnhaftigkeit von einem Training in der stationären Alkoholentwöhnung, welches diese Themen behandelt und Techniken vermittelt, um das Wohlbefinden selbst positiv und langfristig beeinflussen zu können. Ebenso wurde die diesbezügliche Motivation und Lernbereitschaft exploriert. Der nächste Teil beinhaltete Fragen zu den Anforderungen an eine entsprechende Trainingsintervention. Es sollte eine Einschätzung zu Häufigkeit, Dauer und Methode gegeben werden. Das Konzept der GPS-Trainingsintervention wurde vorgestellt und um ein Feedback gebeten. Abschließend wurden die Kernaussagen zusammengefasst und um Ergänzungen und Korrekturen gebeten, die auch später noch nachgereicht werden könnten. Die Interviews mit den betroffenen Patienten der Nachsorge waren ähnlich aufgebaut, mit dem Unterschied, dass der Klinikaufenthalt schon länger zurücklag, somit der Fokus auf der erfolgreichen Abstinenzerfahrung vor dem Hintergrund der positiven Steuerung von ganzheitlichem Wohlbefinden lag. Es wurden sowohl das vorhandene Wissen und die Kompetenz als auch die tatsächliche Anwendung exploriert, inklusive der Erfahrungen diesbezüglich nach der stationären Alkoholentwöhnung, sowie die schwerwiegendsten Folgen für körperliches und seelisches Wohlbefinden durch die Erkrankung

und die Einschätzung für Wichtigkeit, Sinnhaftigkeit und Anforderungen eines entsprechenden Trainings für die stationäre Alkoholentwöhnung. Eine weitere Frage betraf Rückfallerfahrung und die häufigsten Auslöser von Rückfälligkeit. Ebenso wurde das GPS-Training dargestellt und um Feedback für Inhalt, Methode und Umsetzung gebeten.

#### 3.1.2.4 Auswertungsprozess

Die Auswertung der Interviews erfolgte mit der zusammenfassenden, fokussierenden, qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1991, 2015) und Mayring & Fenzel (2019), deren Ziel es ist, das Material zu reduzieren und wesentliche Inhalte zu extrahieren (2015, S. 67). Nach vorab festgelegtem und definiertem Analyseziel, dem Informationsgewinn hinsichtlich einer Trainingsmaßnahme in der stationären Alkoholentwöhnung, wurden deduktive Ober- und Subkategorien gebildet und Leitfragen dazu formuliert (siehe Interviewleitfaden im Anhang). Die deduktiven Ober- und Subkategorien sind in Tabelle 7 dargestellt. In einem ersten Schritt sieht die Inhaltsanalyse nach Mayring (1991, 2015) die Festlegung des Auswertungsmaterials vor. In der vorliegenden Studie ist dies die handschriftliche Dokumentation der einzelnen Interviews durch die Interviewerin (siehe 3.1.2.2), die anschließend digitalisiert wurde (siehe Zusatzmaterial XLS-Tabelle Interview). In den folgenden Schritten erfolgt eine systematische und regelgeleitete Weiterverarbeitung des Materials, die auf den Prinzipien der Paraphrasierung, Generalisierung und Reduktion beruht. Zunächst erfolgt die Festlegung der Analyseeinheiten, wobei zwei zentrale Kategorien berücksichtigt werden: die Kategorieneinheiten, die die kleinsten Textteile darstellen, welche eine eigenständige Informationseinheit bilden, und die Kontexteinheiten, die die gesamten Textabschnitte umfassen, die bei der Analyse einer spezifischen Kategorie Beachtung finden. Im nächsten Schritt werden die ausgewählten Kodiereinheiten, also spezifische Textstellen, auf ihren Inhalt hin umformuliert. Dies geschieht mit dem Ziel, die Informationen in einem einheitlichen Sprachniveau und in grammatikalischer Kurzform zu präsentieren, wodurch eine effektive Paraphrasierung erreicht wird. Anschließend wird eine Generalisierung durchgeführt, die darauf abzielt, die Paraphrasen auf ein einheitliches Abstraktionsniveau zu heben und somit eine höhere Inhaltsebene zu erreichen. Eine weitere essenzielle Phase bildet die Reduktion, in der redundante Paraphrasen mit ähnlicher Bedeutung identifiziert und gestrichen werden. Durch diese Bündelung ähnlicher Inhalte wird der Text weiter verdichtet und die Aussagekraft der verbleibenden Informationen erhöht. Dieser strukturierte Ansatz zur Textanalyse ermöglicht eine gründliche und präzise Interpretation der zugrunde liegenden Informationen und trägt maßgeblich zur wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Material bei. Es wurde ein spezifischer Fokus auf das Herausarbeiten der Gemeinsamkeiten der Aussagen in den Interviews gelegt, da diese besondere Relevanz für die Anpassung der Trainingsintervention hatten. Einzelne Hinweise wurden trotzdem berücksichtigt, sofern sie wichtige Hinweise

für die Adaption der Trainingsintervention darstellten. Die vorher bestimmten deduktiven Kategorien wurden für alle Interviews angewendet, weitere Kategorien wurden induktiv aus dem Material abgeleitet und zusammengefasst.

*Tabelle 7: Deduktive Ober- und Subkategorien der qualitativen Interviews der Studie I*

| Oberkategorie deduktiv | Subkategorie I deduktiv | Subkategorie II deduktiv |
|---|---|---|
| Eröffnung | | |
| Bedarf | Belastungen/Folgen | physisch |
| | | psychisch |
| | | sozial |
| | Vorwissen/Kompetenz | physisch |
| | | psychisch |
| | | sozial |
| | Rückfälligkeit | physisch |
| | | psychisch |
| | | sozial |
| | Angebot/Umsetzung | physisch |
| | | psychisch |
| | | sozial |
| | Lernbereitschaft/Motivation | physisch |
| | | psychisch |
| | | sozial |
| Anforderungen | Experten | Methode |
| | | Inhalt/Fokus |
| | Betroffene | Methode |
| | | Inhalt/Fokus |
| Abgleich/Passung | Experten | Inhalt |
| | | Methode |
| | Betroffene | Inhalt |
| | | Methode |
| Abschluss | | |

*Anmerkung: Zusammenfassung der Kategorien aller Interviews (Betroffene I und II, Experten)*

### 3.1.3 Ergebnisse

In folgendem Abschnitt werden die Ergebnisse der qualitativen Interviews zusammenfassend dargestellt, deren Ziel es war, Informationen dazu zu gewinnen, ob es Bedarf für Maßnahmen zum Erlernen von Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagement gibt, welche Anforderungen an entsprechende Maßnahmen bestehen, wie die theoretisch abgeleitete Trainingsintervention eingeschätzt wird, und wie kongruent diese mit den gewonnenen Informationen ist.

**Bedarf**

*Belastung/Folgen.* In einem ersten Schritt sollte durch Befragung von Experten und Betroffenen exploriert werden, welche gravierenden Belastungen und Folgen auf psychischer, physischer und sozialer Ebene alkoholabhängige Patienten durch die Erkrankung erleben und welche (und wie) in einer Behandlung besonders behandelt werden sollten (Fokus). Daraus ergibt sich eine erste Einschätzung des Bedarfs und der sinnvollen Ausrichtung für eine entsprechende Maßnahme.

Den Experten zufolge sind die Folgen der Alkoholabhängigkeit komplex und häufig ineinander verflochten und müssen daher in der Behandlung, wenn möglich, miteinander betrachtet werden. Betont werden primär die körperlichen Erkrankungen (Leber, Herz-Kreislauf, Krebs, Magen-Darm) und damit einhergehend verminderte körperliche Fitness und Vitalität als Folge von Konsum, mangelnder Bewegung und schlechter Ernährung. Die reduzierte Leistungsfähigkeit spielt ebenfalls eine entscheidende Rolle. Außerdem wurden kognitive Beeinträchtigungen als gravierende Folge berichtet. Neben den körperlichen Folgen werden gleichbedeutend psychische Folgen, zuerst vor allem Depressions- und Angstzustände, genannt. Die Beeinträchtigung oder der Verlust der körperlichen und psychischen Leistungs- und damit einhergehend häufig der Arbeitsfähigkeit, wurde dokumentiert. Dazu gehört häufig ein Zustand der Apathie, der durch Antriebslosigkeit, Interessen- und Motivationsverlust gekennzeichnet ist.

Damit einhergehend wird von einer reduzierten Wahrnehmungsfähigkeit und Aufmerksamkeit berichtet. Ebenso die Auswirkung auf Selbstwert und Selbstvertrauen. Besonders hervorgehoben werden die maladaptiven Denkmuster Abhängigkeitserkrankter. Auf sozialer Ebene werden Probleme in den verschiedenen Kontakten und Beziehungen berichtet, ebenso Isolation und Stigmatisierung. Die betroffenen Patienten gaben in den Interviews zusammenfassend ähnliche Folgen und Einschränkungen an. Körperliche, psychische (Depression, Angst, Reizbarkeit, Hoffnungslosigkeit) und soziale Konsequenzen wurden am häufigsten genannt. Probleme am Arbeitsplatz, Führerscheinverlust oder rechtliche Probleme wurden berichtet. Ebenso ein ausgeprägtes Gefühl von Lethargie, der Verlust einer geregelten Tagesstruktur, Motivationslosigkeit, Verlust von Freude am Leben und Wertlosigkeit. Häufig wurden auch der Anstieg von Stress und das Gefühl von Scham erwähnt.

Die Einschätzungen der negativen Auswirkung durch die Erkrankung auf bestimmte Aspekte des Wohlbefindens können Tabelle 8 entnommen werden. Ein niedriger Wert auf einer Skala von 1 bis 10 bedeutet eine geringe negative Auswirkung bzw. Einschränkung, während ein hoher Wert eine stark negative Auswirkung bzw. Einschränkung bedeutet. Die Einschätzung ergibt in allen Kategorien einen Wert oberhalb des Mittelwerts. Damit kann der stark negative Einfluss der Alkoholabhängigkeitserkrankung auf unterschiedliche Aspekte, die als Komponenten des Wohlbefindens bezeichnet werden,

festgehalten werden. Insgesamt geben die Patienten an, besonderen Wert auf die Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit und Fitness zu legen, ebenso auf die Leistungsfähigkeit und die Erleichterung psychischer Belastung, und dass diese Aspekte in der Entwöhnungsbehandlung integriert sein sollten.

*Tabelle 8: Ergebnisse: Auswirkungen der Alkoholabhängigkeit auf Aspekte des Wohlbefindens*

| Auswirkung | M | SD | Min | Max |
|---|---|---|---|---|
| Einfluss auf das Erleben von… | | | | |
| Positive Emotionen | 8,30 | 1,43 | 5 | 10 |
| Engagement, Kompetenz | 8,92 | 1,16 | 7 | 10 |
| Sinn | 8,50 | 1,24 | 7 | 10 |
| Soziale Beziehungen | 8,38 | 2,25 | 2 | 10 |
| Erreichen von Zielen | 7,08 | 1,78 | 5 | 10 |
| PGV (Ernährung, Bewegung, Schlaf) | 8,75 | 12,3 | 6 | 10 |
| Aufmerksamkeit, Achtsamkeit | 8,00 | 1,61 | 5,5 | 10 |

*Anmerkung: Hohe Werte auf der zehn-stufigen Skala bedeuten eine stark negative Auswirkung auf die Aspekte des Wohlbefindens, niedrige Werte bedeuten wenig negative Auswirkung auf Aspekte des Wohlbefindens.*

*Wissen/Kompetenz.* In einem nächsten Schritt sollte exploriert werden, wie viel Vorwissen und Kompetenz zum Selbstmanagement von ganzheitlicher Gesundheit bestehen.

Nach Einschätzung der Experten ist das entsprechende explizite Vorwissen der Patienten begrenzt und konzentriert sich vor allem auf Abstinenz und die Idee, dadurch mit der Erkrankung einhergehende Probleme zu reduzieren. Im Vordergrund stehen häufig körperliche Fitness, die Wiederherstellung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit und der (Wieder-) Aufbau eines tragenden sozialen Gefüges. Abhängig davon, wie viel Behandlungserfahrung ein Patient mitbringt (erste oder mehrere Entwöhnungsbehandlungen), sind bestimmte Techniken bereits bekannt und können daher leichter in das Handlungsrepertoire aufgenommen werden. Dasselbe gilt für Kenntnisse zu Positiver Psychologie. Den Experten selbst sind Selbstmanagementtechniken und Positive Psychologie bekannt und fließen auch in die Behandlung ein, jedoch nicht als spezifische Anwendung im Sinne des gesundheits-bezogenen Positiven Selbstmanagements.

Die Patienten geben an, dass Sport/Bewegung, die Pflege sozialer Kontakte, eine Tagesstruktur, berufliche bzw. sinnvolle Tätigkeit, die Reduktion psychischer Belastung, ein wertschätzender Umgang und Autonomie zu Wohlbefinden führen. Zudem ein adäquater Umgang mit Stress, der unter anderem durch Entspannungstechniken erreicht werden kann. Die Mehrheit ist überzeugt, dass dies selbst umgesetzt werden muss und durch Abstinenz möglich ist. Die Begriffe und Inhalte von Positive Psychologie und Selbstmanagement waren den teilnehmenden Patienten bekannt – hauptsächlich aus

vorangegangenen Therapien. Die Patienten der Nachsorgegruppe berichteten, dass ein gesunder Lebensstil, Tagesstruktur, die aktive Gestaltung von Freizeit und die Pflege sozialer Kontakte die Basis von Abstinenz und Wohlbefinden seien. Der Umgang mit Stress und Belastung sei ebenfalls wichtig, zudem die Entwicklung einer positiven Einstellung bzw. die Veränderung der Denkstrukturen. In dieser Gruppe wurde auch das „sich Aufhalten in der Natur" als wichtiger Faktor beschrieben. Das entsprechende Wissen sei zum Teil in der Behandlung erlernt worden, die Kompetenz habe sich aber durch den Alltag gefestigt.

*Rückfälligkeit.* Eine weitere Frage, sowohl an Experten als auch an betroffene Patienten, thematisiert Auslöser für Rückfälligkeit bzw. Rückkehr zu alten Konsummustern. Auf körperlicher Ebene wurden die Belastung durch schwerwiegende Erkrankungen oder Schmerzen als Grund für Rückfälligkeit genannt. Besonders betont wurde hier die psychische Komponente der Hoffnungslosigkeit, und dass damit die Sinnhaftigkeit der Abstinenz in Frage gestellt wird. Als häufigster Grund wurde Stress oder vor allem das Gefühl, mit Stress nicht adäquat umgehen zu können, genannt. Damit wird die Bedeutung von passenden Coping-Strategien hervorgehoben. Der Stress wird, nach Angaben aller Befragten, durch sehr unterschiedliche Ereignisse ausgelöst. Auf psychischer Ebene werden hier Kränkung, Geringschätzung, Ungerechtigkeit, Überforderung, mangelnder Selbstwert oder schlechte Gedanken und negative Emotionen genannt. Psychische Belastung durch Komorbiditäten, fehlende Aktivitäten, Lethargie und Verlust des „Gefühls von Sinnhaftigkeit" konnten dokumentiert werden. Ebenso wird der Wunsch nach Genuss und guter Stimmung benannt. Familiäre Probleme, Partnerschaftskonflikte oder Stigmatisierung durch die Erkrankung beschreiben Auslöser auf sozialer Ebene. Außerdem wird die Schwierigkeit der abstinenten Lebensweise in einer Trinkkultur benannt. Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Verbundenheit wird ebenfalls als Auslöser identifiziert. Abgesehen davon werden mangelnde Krankheitseinsicht und Überschätzung als weitere Auslöser für Rückfälligkeit genannt. Letztere meint die Überzeugung eines Patienten, kontrolliert trinken zu können.

*Angebot/Umsetzung.* In einem weiteren Schritt wurde nach dem bestehenden Angebot der Suchthilfe Klinik gefragt und inwieweit eine eigenverantwortliche Umsetzung erfolgt bzw. auch inwieweit Lernbereitschaft und Motivation für Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement bestehen.
Bei der Befragung der Experten konnte festgestellt werden, dass das Vorwissen zu den relevanten Themen vor allem im Sinne der Ressourcenorientierung und Rückfallprävention in die Behandlung eingebracht wird. Sowohl im Einzelsetting als auch in verschiedenen, durch die Experten geleiteten Gruppentherapien werden Kompetenzen vermittelt, die das Wohlbefinden positiv beeinflussen, jedoch liegt der Fokus auf der Reduktion negativer Symptomatik. Die Behandlungsansätze sind

hauptsächlich defizitorientiert. Eine spezifische, konzentrierte Vermittlung von verschiedenen Kompetenzen im Sinne des GPS zur Wiederherstellung ganzheitlichen Wohlbefindens wird am ehesten über das Bewegungsprogramm, Aroma- und Kunsttherapie und Aktivitäten in der Natur erreicht. Eine Vertiefung der Themen, eine verstärkte Vermittlung von Kompetenzen und das Trainieren von nachhaltigen Techniken werden als anstrebenswert beurteilt. Die Experten weisen zudem darauf hin, dass es für Patienten besonders wichtig ist, Wissen zu erwerben und Fähigkeiten zu erlernen, die sie über die Behandlung hinaus anwenden können. Nach Einschätzung der Experten sind der Großteil der Patienten, je nach Krankheitsfortschritt und -einsicht, motiviert, entsprechende Techniken zu erlernen. Die Patienten geben an, das klinisch-psychologische bzw. psychotherapeutische Einzelsetting, die Bewegungs- und Kunsttherapie und das Entspannungstraining als besonders effektiv im Sinne des Wiedererlangens von Wohlbefinden zu erleben. Individuell werden vor allem Sport und Bewegung und die Pflege sozialer Kontakte umgesetzt. Trotz Kenntnis einiger Techniken der Positiven Psychologie, werden diese nicht eigenverantwortlich umgesetzt. Die Patienten mit längerer Abstinenzerfahrung betonen die Bedeutung von eigenverantwortlichem Transfer in den Alltag nach der Entwöhnungsbehandlung.

*Lernbereitschaft/Fokus.* Aus der Sicht der Experten sind Patienten abhängig von Krankheitseinsicht und Therapiebereitschaft, motiviert, Techniken zur Steuerung der Gesundheit und des ganzheitlichen Wohlbefindens zu erlernen. Für besonders wichtig werden der Erhalt der Motivation, Vitalität und Leistungsfähigkeit sowie die Gestaltung wertschätzender stabiler sozialer Beziehungen erachtet. Ebenso der Umgang mit potenziellen Hindernissen und Schwierigkeiten, die Stärkung des Selbstvertrauens und die Reflexion und Steuerung von Denkmustern. Die aktive Gestaltung von Freizeit und der Aufbau einer Tagesstruktur werden ebenso als wichtig erachtet. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es sowohl Vorwissen als auch Kompetenz zu eigenverantwortlichem Management von ganzheitlichem Wohlbefinden gibt, ebenso partiell zu Positiver Psychologie. Diese Themen sind in die Behandlung integriert, ein gebündeltes spezifisches Training zum Erwerb von Techniken, die den Erhalt bzw. das Wiedererlangen von ganzheitlichem Wohlbefinden unterstützen, jedoch nicht. Ein entsprechendes Training wird von allen Beteiligten, Experten und Betroffenen als sinnvoll und positiv beurteilt. Die Patienten geben zudem an, motiviert und lernbereit zu sein, sich entsprechende Techniken in einer Trainingsintervention anzueignen.

**Anforderung**

Für die Anforderungen an eine Trainingsintervention formulierten die Experten zunächst eine gute Strukturierung mit klarer Zielsetzung und einer regelmäßigen Durchführung, zudem ein

angemessenes Maß an theoretischem Input, speziell vielfältige praktische Übungen und deren Umsetzung bereits im Training zu fokussieren. Es sollte darauf geachtet werden, dass Patienten adäquat angeleitet werden. Zusätzlich bedarf es auch der autonomen Umsetzung, um Techniken eigenverantwortlich zu erlernen. Dies sollte ebenfalls in ein Training integriert sein. Eine angemessene Gruppengröße wurde betont, ebenso der potenzielle Vorteil einer stabilen Gruppe. Wichtig seien auch gruppendynamische Prozesse und deren Management zu beachten, damit einhergehend auch der Umgang mit auftretendem Widerstand und das Hinterfragen der Maßnahme. Dies seien häufig auftretende Verhaltensmuster, die mit einer Abhängigkeitserkrankung einhergehen und in der Entwöhnungsbehandlung zum Tragen kommen. Das Zeitfenster für die Trainingsintervention wurde für vormittags empfohlen, da zu dieser Zeit die Aufnahmekapazität am besten sei, ebenso ein passender zeitlicher Umfang. Des Weiteren wurde zu bedenken gegeben, dass Patienten eventuell individuelle Hilfestellung benötigen könnten. Im Zuge der Diskussion zu Selbstständigkeit der Patienten und dem Bedarf an Unterstützung wurde auch angemerkt, dass das begleitende Arbeitsbuch Raum für die Umsetzung der Übungen aufweisen könnte, da damit die tatsächliche Umsetzung wahrscheinlicher wäre. Inhaltlich befürworten Experten Ressourcenaktivierung, den Fokus auf positive Emotionen und Wohlbefinden, zudem Stressbewältigung und die Aktivierung/den Umgang mit sozialen Kontakten. Für die Betroffenen ist es wichtig, die Rahmenbedingungen einer Trainingsintervention zu kennen: die zeitliche Struktur (diese sollte verbindlich und regelmäßig sein), die Aufgaben, die auf sie zukommen (diese sollten bekannt sein), ebenso wer für das Training verantwortlich ist und dass diese Person als kompetent erlebt wird. Die Teilnahme sollte freiwillig sein, es sollte für eine gute Gruppenatmosphäre gesorgt werden und der Transfer sollte betont werden. Die Inhalte sollten sinnvoll in Bezug zur Erkrankung stehen und damit wichtig bzw. relevant sein und verständlich transportiert werden. Der gewünschte inhaltliche Fokus wurde in der Frage zuvor beantwortet. Wichtig sei, dass die Inhalte authentisch sind und konkrete Werkzeuge darstellen, deren Umsetzbarkeit gewährleistet ist. Ein weiterer wichtiger Aspekt bezog sich auf die Verschwiegenheit. Besprochene Inhalte sollten von dem Leiter und den Teilnehmern diskret behandelt werden, da es sich potenziell um schambesetzte sensible Themen handelt.

**Feedback**

*Inhalt*. Die Inhalte des vorgestellten Trainingskonzepts wurden von den befragten Experten positiv beurteilt. Die Themen seien spannend und relevant für dieses spezifische Patientenklientel. Die einzelnen Module seien interessant, speziell das Modul zu Wohlbefinden und Selbstfürsorge wurde hervorgehoben. Das Modul zu Stärken und dysfunktionalen Kognitionen erhielt ebenfalls positive Resonanz. Die Idee, diese Selbstmanagementkompetenzen zu erhöhen, sei vor dem Hintergrund der

Eigenverantwortung besonders wichtig. Im Sinne des langfristigen Umgangs mit der Erkrankung wurde die Idee, ganzheitliches Wohlbefinden zu fördern, als anstrebenswert beurteilt. Insgesamt sei die Ausrichtung als komplementäres Angebot zum Programm der Entwöhnungsbehandlung bedeutend und entspräche neueren Entwicklungen und Erkenntnissen der Alkoholentwöhnungstherapie.
Die befragten Patienten bewerteten die vorgestellte Trainingsintervention inhaltlich ebenfalls als zielführend und relevant. Die Reaktion auf das Trainieren von positivem Gesundheitsverhalten, im Speziellen Bewegung, wurde besonders gut aufgenommen.
*Methode.* Der Ablauf und das analoge Präsentationsformat wurden von den interviewten Experten besonders positiv beurteilt, ebenso das begleitende Arbeitsbuch und die zusätzliche Gruppendiskussion. Insgesamt wurde die Intervention als hilfreich für die Zielgruppe bewertet. Der geplante zeitliche Umfang von vier Einheiten wurde kritisch gesehen. Nach Einschätzung der Experten sei dies zu lange und intensiv. Zudem wurde angemerkt, dass zwischen Plenumseinheit und Diskussion mindestens zwei Tage liegen sollten. Die befragten Patienten gaben an, das Programm als sehr sinnvoll und spannend einzuschätzen. Sowohl die akut stationären als auch die länger abstinenten Patienten bekundeten den Mehrwert und werteten die GPS-Intervention als gutes zusätzliches Angebot.

### 3.1.4 Diskussion

Ziel der qualitativen Interviews war in der Konzeptentwicklungsphase (Buchkremer und Klingberg, 2001) eine formative (Scriven, 1991, 2007), proaktive und klärende, verbesserungsorientierte Evaluierung (Owen & Alkin, 2006), die vor der Implementierung der Maßnahme und bei der Bedarfsermittlung stattfindet. Dazu wurden verschiedene Personengruppen ausgesucht, die aus der Perspektive der Betroffenen im akuten stationären Setting, Betroffenen mit Abstinenz- und Umsetzungserfahrung und behandelnden Experten die entsprechenden Fragen beantworteten. Es sollte exploriert werden, welcher Bedarf an Maßnahmen bzw. Trainingsinterventionen für Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement zur Verbesserung der Gesundheit aus Sicht der Experten und der Betroffenen besteht, welche Anforderungen eines diesbezüglichen Trainings formuliert werden können und wie das bereits theorieabgeleitete Training bewertet wird. In folgendem Abschnitt werden zunächst methodische und inhaltliche Aspekte diskutiert, anschließend Hinweise für zukünftige Forschung dargestellt und Implikationen für die darauffolgenden Studien II und III gegeben.

#### 3.1.4.1 Methodische Diskussion

*Qualitative Datenerhebung*. Ein grundsätzlicher Diskussionspunkt der Studie I ist die Wahl der qualitativen Methodik. Durch die Erhebung qualitativer Daten entsteht häufig eine Verzerrung durch

Subjektivität, zum Beispiel durch potenzielle Interpretationsräume der Interviewerin. Zudem können Interviewdaten nicht reproduziert werden. Die Generalisierbarkeit qualitativer Daten wird häufig ins Feld geführt. In der vorliegenden Studie sprechen dennoch verschiedene Vorteile dieser Methode für die Wahl von semi-strukturierten Interviews. Es wurde davon ausgegangen, dass bei der Zielgruppe und vor dem Hintergrund der Implementierung in die Suchthilfeklinik Salzburg dies das beste Mittel der Wahl sei. Ziel der Studie war, den Entwicklungsbedarf und die Anforderungen in dem beschriebenen Kontext zu explorieren, und durch Interviewdaten wurde der größte Informationsgewinn erwartet. Interviews sind außerdem niedrigschwellig und bieten größere Informationsgewinnchancen, speziell bei der fokussierten Zielgruppe. Nach Döring und Bortz (2016) bieten Interviews auch die Möglichkeit, Hintergrundinformationen zu generieren und die Datenqualität noch während der Erhebung einzuschätzen und zu steuern, indem die Einstellung oder Kooperationsbereitschaft des Interviewten mitberücksichtigt wird. Die Autoren führen als Vorteil auch die persönliche Ansprache ins Feld, bei der mehr Informationen in kürzerer Zeit gewonnen werden können. In vorliegendem Fall war davon auszugehen, dass die Erhebung mit Fragebögen für Teilnehmer wesentlich zeitaufwändiger und die Beantwortung vermutlich nur rudimentär gewesen wäre.

*Teilstandardisierung*. Ein weiterer zu diskutierender Aspekt dieser Studie war die Teilstandardisierung der Interviews. Die Fragen waren vorgegeben, das Antwortformat hingegen offen, was die Möglichkeit bot, anhand der Leitfragen gewünschte Informationen zu gewinnen und gleichzeitig individuell flexibel und mit weiterführenden Fragen zusätzliche Räume für Antworten zu schaffen. Dadurch kann eine Vertiefung stattfinden, und es kann auf interessante oder unerwartete Antworten näher eingegangen werden. Gleichzeitig kann eine Anpassung an die spezifische Person stattfinden. Der Interviewer ist nicht streng an ein Skript gebunden, und es gibt die Möglichkeit, Nuancen zu erfassen. Die Flexibilität und Anpassung an individuelle Aspekte erhöhen die Vertrauensebene, welche bei sensiblen Themen und der Preisgabe von diesbezüglichen Informationen essenziell ist. Dies entspricht der Argumentation nach Helfferich (2019), der durch eine Standardisierung zwar die Freiheit der Äußerungen eingeschränkt sieht, jedoch wurde sich in vorliegendem Fall für die Chance des höheren Informationsgewinns entschieden. Auch Döring und Bortz (2016) merken in diesem Zusammenhang die Gefahr einer unzureichenden Beantwortung der im Forschungsinteresse liegenden Fragen an. Gleichzeitig ergibt dieses explorative und interpretative Vorgehen keine vollständig quantifizierbaren Daten, die entsprechend ausgewertet, vergleichbar und zur Hypothesentestung verwendet werden können. Die Flexibilität kann zudem dazu führen, dass die Antworten durch subjektive Präferenzen und Interpretationen des Interviewers beeinflusst werden (Helffrich, 2019). Ein weiterer Nachteil ist die erhöhte Anforderung an die Kompetenz des Interviewers, der das Gespräch zielgerichtet führen und gleichzeitig

spontan weiterführende Fragen formulieren muss. Teilstandardisierte Interviews bieten eine gute Balance zwischen Struktur und Flexibilität, was sie besonders informativ macht, wenn tiefere Einblicke und qualitativ reichhaltige Daten erwünscht sind. Sie erfordern jedoch Aufwand und Kompetenz des Interviewleiters und können hinsichtlich der Vergleichbarkeit Limitationen aufweisen.

*Schriftliche Dokumentation*. Ein weiterer Kritikpunkt an Studie I ist die *schriftliche Dokumentation* im Vergleich zu einer digitalen Datenaufnahme. Mit diesem Vorgehen konnten keine vollständigen Transkripte von Audio- oder Videoaufnahmen erstellt werden, und damit wurden nicht alle Formulierungen exakt verschriftlicht. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch diese Vorgehensweise der Gesprächsfluss beeinflusst wurde. Diese Methode wurde wie unter 3.1.2.2 beschrieben bevorzugt, da es sich bei den Inhalten um potenziell sensible und schambesetzte Themen handelt und befürchtet werden musste, dass die Interviewteilnehmer durch eine Audio- oder Videoaufnahme in der Preisgabe ihrer Antworten gehemmt wären. Die gleiche Annahme gilt für die Einschätzung eines Bedarfs für weitere Maßnahmen aufgrund des bestehenden Angebots. Es sollte berücksichtigt werden, dass sowohl Experten als auch Betroffene nicht in derart dokumentierbarer Form potenzielle Kritik an der Suchthilfe Klinik Salzburg äußern möchten, da sie eventuelle Konsequenzen befürchten. Ebenso könnten aus diesen Gründen falsche Angaben gemacht werden oder eine Teilnahme ausgeschlossen werden. Eine zweite Person zur Dokumentation und damit die Möglichkeit zur Interrater-Reliabilität wurden aus denselben Gründen abgewählt. Die schriftliche Dokumentation durch den Interviewer beinhaltet damit zudem die Herausforderung der Doppelrolle als Gesprächsführer und Dokumentator. Ein höherer Informationsgewinn und authentischere Angaben durch das gewählte Setting wurden gegenüber den genannten Nachteilen mehr gewichtet. Mehrere Interviewteilnehmer äußerten außerdem explizit, dass sie keine digitale Aufzeichnung möchten. Es wurde als wichtig erachtet, diesem Wunsch statt zu geben. Trotz der fehlenden digitalen Dokumentation konnten alle inhaltstragenden Aussagen erfasst werden. Für zukünftige Forschungsvorhaben wäre es erstrebenswert, eine Möglichkeit zur spezifischen und exakten Dokumentation zu finden, welche gleichzeitig das Thema der Sensibilität berücksichtigt. Allerdings muss in jedem Fall auch der zeitliche Aufwand von Audioaufnahmen, die exakt schriftlich transkribiert werden müssen, berücksichtigt werden (Döring & Bortz, 2016). Dieser wäre im vorliegenden Fall erheblich und im Sinne der Ökonomie und des zugehörigen Informationsgewinns nicht zielführend gewesen.

*Einzelinterviews.* Die Wahl der *Einzel-* im Vergleich zu *Gruppeninterviews* hatte denselben argumentatorischen Hintergrund. Es wurde befürchtet, dass im Gruppensetting nicht alle Informationen bzw. diese nicht wahrheitsgetreu zur Verfügung gestellt würden. Das Risiko einer gegenseitigen

Beeinflussung durch gruppendynamische Prozesse wurde zudem angenommen und dem Argument der Möglichkeit, sich gegenseitig in einer Gruppendiskussion zu Beiträgen anzuregen, vorgereiht. Es wurde auch befürchtet, dass zurückhaltendere Personen im Vergleich zu offensiveren Personen in einer Gruppendiskussion nicht so sehr zu Wort kommen würden und damit wichtige Einschätzungen verloren gingen. Daher wurde das wesentlich zeit- und logistikaufwändigere Verfahren der Einzelinterviews gewählt, auch mit der Idee, dass ein Einzelsetting eine vertrauensvollere Atmosphäre mit guter psychologischer Sicherheit schafft. Es könnten hier immer noch Verzerrungen durch Bedenken zur *Anonymität* bestehen (Kaiser, 2014). Wie oben beschrieben wurde jedoch ein besonderer Fokus auf eine vertrauensvolle Atmosphäre und exakte Rahmenbedingungen zur Anonymisierung und zum Datenschutz gewährleistet.

*Stichprobe*. Die Zusammensetzung der gewählten Stichprobe ist insofern zu diskutieren, als dass sie ausschließlich aus Personen besteht, die an die Suchthilfe Klinik Salzburg affiliiert sind und damit keine Repräsentativität gegeben ist. Eine *Generalisierbarkeit* auf andere Settings ist damit nur bedingt gegeben. Dem entgegen steht, dass die befragten Experten auch Arbeitserfahrung außerhalb der Suchthilfe Klinik Salzburg haben und die Mehrzahl der befragten betroffenen Patienten Therapieerfahrung außerhalb der Suchthilfe Klinik Salzburg hat. Zudem zielten die meisten Fragen auf eine Einschätzung ab, die unabhängig von der behandelnden Einrichtung ist.

*Interviewer.* Es muss kritisch angemerkt werden, dass Interviewer auch Teil des Interviewgeschehens sind und damit als potenzielle Einflussgröße mitberücksichtigt werden müssen (Helfferich, 2019). Döring und Bortz (2018) fordern in diesem Zusammenhang eine möglichst große Nähe zwischen Interviewer und Interviewteilnehmern, damit gewährleistet wird, dass alle relevanten Dinge in das Interview integriert sind. Diese postulierte Nähe lag in dieser Studie nicht vor. Dennoch muss an der Stelle festgehalten werden, dass die Interviewerin über eine zehnjährige Berufserfahrung in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit verfügt, für die Experteninterviews durch überschneidende fachliche Expertise eine offene Gesprächsbasis festgestellt werden konnte und die Betroffeneninterviews in einem möglichst geschützten Rahmen vollzogen wurden.

*Interviewfragen.* Im Hinblick auf die im Interviewleitfaden formulierten *Fragen* lässt sich kritisch beurteilen, dass die Frage „Glauben Sie, das Sie selbst etwas zu Ihrem Wohlbefinden beitragen können?“ als Suggestivfrage verstanden hätte werden können. Speziell Patienten, die sich in der akuten Entwöhnungsbehandlung befinden, sind häufig in einem instabilen Allgemeinzustand, der von Unsicherheit geprägt ist. Sie erleben ein Abhängigkeitsverhältnis zu Fachpersonal, welches das Antwortverhalten

verzerren könnte. Dies gilt nicht nur für Fragen, die potenziell eine Antwort suggerieren könnten, sondern für die gesamte Befragung. Dem wurde entgegengewirkt, indem eine vertrauensvolle und sichere Atmosphäre geschaffen wurde, mehrfach explizit auf Freiwilligkeit und Anonymität hingewiesen wurde, zu Beginn der Zweck des Forschungsvorhabens genau erläutert wurde und während der Befragung mehrfach nachgefragt wurde, ob die Aussagen so dokumentiert werden dürften. Zudem wurden zum Schluss der Befragung nochmals alle Inhalte zusammengefasst und nachgefragt, ob diese so „stimmig" wären und/oder ob es Korrekturen oder Löschungen zu machen gäbe. Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf Ausführlichkeit und Umfang der gestellten Fragen. Eine Zusammenfassung, eine Redundanzen vermeidende Ausführung hätte das beanspruchte Zeitintervall gekürzt und sich positiv auf die Motivation der Befragten auswirken können. Die ausführliche Formulierung wurde anfangs gewählt, um den maximalen Informationsgewinn anzustreben.

*Kategorienwahl*. Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die vorab deduktiv gewählten Kategorien. Diese dienen dazu, den Inhalt vor zu strukturieren und damit den Auswertungsprozess und den Informationsgewinn zu erleichtern. Dabei ist anzumerken, dass sich die Kategorien der Subgruppe II (physisch, psychisch, sozial) nicht immer trennscharf gestalten lassen. Einige Antworten der Interviewten könnten mehr als einer Kategorie zugeordnet werden. Vor dem Hintergrund der Definition von Gesundheit, die alle drei Aspekte des Wohlbefindens umfasst, erscheint die Wahl der deduktiven Subkategorien dennoch als zielführend.

Nach Mayring (1991, 2015) können sechs Gütekriterien für die qualitative Forschung formuliert werden: Verfahrensdokumentation (1), argumentative Interpretationsabsicherung (2), Regelgeleitetheit (3), Nähe zum Gegenstand (4), kommunikative Validierung (5) und Triangulation (6). Das erste Kriterium ist durch die umfangreiche Dokumentation aller Forschungsschritte gegeben. Durch die Ergebnisse, deren Darstellung und Interpretation werden Forschungsfragen mit nachvollziehbaren Argumenten aufbauend beantwortet und damit das zweite Gütekriterium erfüllt. Das Gütekriterium 3 ist ebenso erfüllt, da für die Datenerhebung ein Leitfaden erstellt wurde, der die Struktur bewahrte und sicherstellte, dass alle Themen abgedeckt waren. Die Auswertung und Interpretation erfolgten anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring in darin vorgegebenen Schritten (1991, 2015). Die Nähe zum Gegenstand ist in den vorliegenden Interviews gegeben, da sie durch die Teilstandardisierung tiefgehenden und detaillierten Informationsgewinn ermöglicht und durch die befragten Personengruppen zu einer bestmöglichen Annäherung führte. Das fünfte Kriterium ist erfüllt, da es die Möglichkeit gab, die Dokumentation und die Ergebnisse der Interviews einzusehen und zu korrigieren. Das sechste Gütekriterium ist bedingt erfüllt, da weder unterschiedliche Methoden noch alle potenziellen

Datenquellen eingesetzt wurden. Es wurde nur von einer Person protokolliert, zusätzliche Informationen wie Mimik, Gestik o. Ä. wurden nicht dokumentiert. Die Validierung durch verschiedene Forscher erfolgte aus zeitlichen und logistischen Gründen nicht. Zudem erschwerten die Kontaktbeschränkungen der Corona-Pandemie die Umsetzung, sodass keine weiteren Perspektiven miteinbezogen werden konnten.

#### 3.1.4.2 Diskussion der Studienergebnisse

Die Diskussion der inhaltlichen Ergebnisse soll die Einschätzung der teilnehmenden Betroffenen und Experten reflektieren und wichtige Implikationen für die Adaption der Trainingsintervention zeigen.

*Belastungen.* Die schwerwiegenden Folgen und Belastungen, damit Auswirkungen auf das Wohlbefinden alkoholabhängiger Patienten, werden durch die Ergebnisse der Studie I erneut bestätigt. Es sind dabei physische, psychische und soziale Komponenten betroffen, die die Notwendigkeit einer Maßnahme, in der alle Aspekte integriert sind, untermauert. Die Wiederherstellung oder Erlangung von Wohlbefinden ist nicht nur Ziel in einem Genesungsprozess, sondern wird auch bei der langfristigen Krankheitsbewältigung einer chronischen Erkrankung angestrebt. Kompetenzen zu erlernen, die dies ermöglichen und die über den akuten Behandlungszeitraum hinaus angewendet werden können, ist damit anstrebenswert. Selbstmanagementkompetenzen und ganzheitliches Wohlbefinden dienen als das in Kapitel 2.1.4 beschriebene Recovery-Kapital, welches Abstinenz stabilisieren kann.

*Vorwissen/Kompetenz.* Die Ergebnisse der Studie I zeigen auch, dass Patienten bestimmtes Vorwissen und Kompetenz zur Steuerung von Gesundheit und Wohlbefinden haben, die sie als hauptsächlich von Abstinenz abhängig erleben. Der Umkehrschluss des abstinenzstabilisierenden Effekts von Wohlbefinden und die Schlussfolgerung, eigenverantwortlich für Wohlbefinden zu sorgen, sind nur bedingt vorhanden. Adäquates Gesundheitsverhalten wird hauptsächlich mit mehr Bewegung und Sport in Verbindung gebracht, fundierte Kenntnisse finden sich partiell, gleiches gilt für Ernährung und Schlaf. Vorwissen zu Positive Psychologie, positiv-psychologischen Techniken oder positivem Selbstmanagement besteht ebenfalls nur bedingt, explizite Kompetenzen bzw. deren konkrete Umsetzung sind lediglich marginal vorhanden. Als häufige Folge von, aber auch als Grund für Alkoholkonsum werden maladaptive Denkmuster berichtet. Entsprechende Selbstmanagementkompetenzen finden sich in Ansätzen. Besonders wichtig schien auch die Belastung durch Apathie. Damit wird der Entwicklungsbedarf für spezielle Maßnahmen zum gesundheitsbezogenen positiven Selbstmanagement und deren Relevanz deutlich. Vor dem Hintergrund vielversprechender wissenschaftlicher Erkenntnisse zu positivem Selbstmanagement bedeutet das mangelnde Vorwissen und die limitierte Kompetenz auch, dass

Wissenschaftler und Experten dazu aufgefordert sind, diese Lücke zu schließen und entsprechende Angebote zu entwickeln und zu validieren.

*Maßnahmen/Anwendung.* Studie I ergibt zudem, dass es zwar Anwendungspraxis einiger Aspekte in Form von Wohlbefinden fördernden Angeboten in der stationären Alkoholentwöhnung gibt, und dass behandelnde Experten Selbstmanagementkompetenzen und Ressourcenorientierung in ihre Behandlung integrieren, allerdings existieren spezifisch gesundheitsfördernde, positiv-psychologisch ausgerichtete Selbstmanagement-Trainings nicht. Die Patienten nehmen an den angebotenen Maßnahmen teil, eine eigenverantwortliche Umsetzung und langfristige Integration in das eigene Handlungsrepertoire gelingt nur ansatzweise. Die geplante Maßnahme beinhaltet speziell auch die Vermittlung von Techniken, die Selbstwirksamkeit und Autonomie fördern.

*Lernbereitschaft/Motivation.* Trotz vorhandenem Wissen, Kompetenz und partieller Umsetzung geben die Patienten an, dass sie ihre Selbstmanagementkompetenzen verbessern möchten, sich dazu entsprechendes Wissen aneignen und praktische Übungen erlernen wollen. Fokussiert werden sollen hier adäquates Gesundheitsverhalten, Aktivität und Leistungsfähigkeit, Techniken für eine positive Grundhaltung, Selbstwertstärkung, wertschätzender Umgang, Motivation und Interessenaufbau, Freizeitgestaltung und „konstruktives Denken“. Rückblickend berichten die Patienten, deren Entwöhnungsbehandlung schon länger zurückliegt, dass ähnliche Techniken hilfreich und sinnvoll gewesen wären und dass Betroffene davon profitieren würden.

Vor dem Hintergrund der berichteten Belastungen, Folgen und Defizite in Wissen und Kompetenz und zusätzlich der limitierten eigenverantwortlichen Umsetzung wird in Kombination mit dem von den Experten beschriebenen Fokus, auf den eine Trainingsmaßnahme abzielen sollte, erneut der Bedarf und damit die Forderung nach einer Konzipierung und Validierung eines gesundheitsbezogenen, positiv-psychologisch ausgerichteten Selbstmanagementtrainings deutlich. Dies ist auch mit den in Kapitel 2.1 beschriebenen Studienergebnissen zur neueren Ausrichtung der Behandlung von Alkoholabhängigkeit kongruent.

*Anforderungen.* Bezüglich der Anforderungen an eine Trainingsmaßnahme für gesundheitsbezogenes positives Selbstmanagement waren die Aussagen der betroffenen Patienten weniger explizit und fachorientiert. Inhaltlich wurden die als bedeutend erachteten Aspekte genannt, die Relevanz und der Praxisbezug und dazugehörig die Umsetzbarkeit gefordert. Zur Umsetzung wurde der Wunsch nach klaren, verbindlichen Rahmenbedingungen geäußert, es wurden fachliche Kompetenz des Leiters und respektvoller Umgang und Verschwiegenheit als Anforderungen genannt. Ebenso sollte das Training

möglichst vielfältig, spannend und konkret sein. Die befragten Experten äußerten klare Strukturierung und Zielsetzung als Anforderung, zudem die Regelmäßigkeit in der Durchführung und ein passender Zeitrahmen. Inhaltlich wurden neben den genannten relevanten Themen das passende Verhältnis von Theorie und Praxis, der Bedarf an Anleitung, aber damit einhergehend auch die Übernahme von Eigenverantwortung genannt. Zudem wurde auf gruppendynamische Prozesse und deren Management hingewiesen. Daraus geht hervor, dass sich das Training von den klassischen Angeboten vor allem hinsichtlich der Umsetzung unterscheiden sollte. Der psychoedukative Input sollte den praktischen Übungen nachgereiht sein und das Hauptaugenmerk sollte auf dem Erlernen von selbstständig anwendbaren Techniken gerichtet werden.

*Feedback/Abgleich.* Das vorgestellte Trainingskonzept „GPS- Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ wurde von allen Befragten als überaus positiv beurteilt. Sowohl Inhalt als auch Umsetzung sind auf großen Zuspruch gestoßen. Die durch die Interviews gewonnenen Erkenntnisse werden in das Training integriert. Die Selbstmanagementkompetenz „Positives Gesundheitsverhalten“ wird auf die Inhalte Bewegung, Ernährung und Schlaf konkretisiert. Außerdem wird neben der zweiten Selbstmanagementkompetenz Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie, die Selbstmanagementkompetenz Reduktion dysfunktionaler Kognitionen ausgewählt und die Selbstmanagementkompetenz Achtsamkeit verworfen. Damit wird auch das entsprechende Modul inhaltlich ausgebaut, das Thema dysfunktionale Kognitionen intensiviert und in der Reihenfolge rearrangiert. Insgesamt werden die Inhalte in ihren theoretischen Teilen gekürzt und mehr Zeit für die praktische Umsetzung und Einübung eingeplant. Der zeitliche Rahmen wird aufgrund der Bedenken zur Aufmerksamkeitsspanne auf drei Einheiten gekürzt. Die Diskussionseinheit wird, statt anschließend am dritten Tag, nach der Plenumseinheit terminiert, sodass damit eine Auseinandersetzung mit den Themen über den ganzen Wochenverlauf gewährleistet wird. Das Arbeitsbuch wird insofern adaptiert, als dass die angeleiteten Übungen direkt im Buch gemacht werden können. Es wird ein Zeitfenster zur Erläuterung der Rahmenbedingungen zu Beginn jedes Moduls und der Erklärung der Wochenaufgaben am Ende jedes Moduls eingeplant. Die Darstellung des Ablaufs und die Verhaltensregeln (z. B. Verschwiegenheit, respektvoller Umgang) werden ebenso integriert. Die insgesamte positive Bewertung und die in großen Teilen bereits erfüllten Anforderungen an das geplante Training, in Kombination mit der bestätigten Motivation und Lernbereitschaft der Patienten, lassen den Schluss zu, dass das Projekt erfolgreich durchgeführt werden kann. Zudem wurde von der Klinikleitung und dem Lenkungsgremium eine Integration der Trainingsintervention in das Konzept der Suchthilfe Klinik Salzburg in Aussicht gestellt.

#### 3.1.4.3 Ausblick für zukünftige Forschung

Die Ergebnisse der Studie I, die mithilfe Inhaltsanalyse nach Mayring (1991, 2015) ausgewertet wurden, lieferten wichtige Erkenntnisse zur Adaption und Weiterentwicklung der geplanten Intervention zum Aufbau gesundheitsbezogener, positiver Selbstmanagementkompetenzen. Es konnten Impulse sowohl zur inhaltlichen als auch zur methodischen Anpassung (siehe oben) zu dem theoretisch abgeleiteten Konzept generiert werden, um eine bessere Passung für die angestrebte Zielgruppe zu erreichen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie I sind insgesamt kongruent mit den neueren Entwicklungen und Ausrichtungen der Behandlung von alkoholabhängigen Patienten, in der neben dem Fokus auf pathogene Anteile die Ressourcenorientierung im Sinne des Aufbaus von Recovery-Kapital betont wird. Die Trainingsinhalte wurden aufgrund der gewonnenen Informationen für die Zielgruppe modifiziert und in Methodik und Didaktik so angepasst, dass ein bestmöglicher Lerneffekt und Transfer erwartet werden.
Das bestehende Trainingskonzept wurde aus vorliegender Forschung zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit (siehe Kapitel 2.1.4), Arbeitserfahrung der Forschungsleiterin und dem informellen Austausch mit Experten abgeleitet. Weitere qualitative Erhebungen könnten eine detailliertere Bedarfserhebung in einer größeren, repräsentativeren Stichprobe ermöglichen und damit die nötige Forschung vorantreiben.

Für zukünftige Konzipierungen von Trainingsmaßnahmen gilt es zu bedenken, dass Patienten andere Trainingsformate und Maßnahmen in der stationären Alkoholentwöhnung bevorzugen könnten. Eine mögliche Verbindung zu anderen Elementen der Behandlung und sich daraus potenziell ergebende Synergieeffekte könnten außerdem weiter untersucht werden. Ebenso könnte das Thema der Nachhaltigkeit näher exploriert werden. Unter welchen Voraussetzungen könnten Patienten Techniken am effektivsten in ihr langfristiges Verhaltensrepertoire integrieren, da dies ein wesentliches Ziel von Abhängigkeitsbehandlung ist. Die Integration anderer Berufsgruppen und anderer externer Beteiligter des Suchthilfesystems könnte ebenso mit einbezogen werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass qualitative Interviews als Erkenntnisgewinn für eine spezifische Stichprobe gut geeignet sind und eine Bereicherung für entsprechende Forschungsvorhaben darstellen. Neben der theoretischen Herleitung lassen sich im persönlichen Kontakt und mit expliziter Nachfrage essenzielle Informationen generieren, die für die Erstellung eines Trainingskonzepts unverzichtbar sind. Durch die qualitativen Interviews und die daraus gewonnenen Informationen wurde die externe Validität erhöht und die Fortführung des Forschungsprojekts unter Einhaltung wissenschaftlicher Standards ermöglicht.

## 3.2 Studie II: Evaluation der Trainingsintervention im Probelauf

### 3.2.1 Einführung

Das Ziel dieser Studie II ist die Evaluierung der auf Basis bestehender wissenschaftlicher Forschung und der Integration der Erkenntnisse aus Studie I (siehe Kapitel 3.1) konzipierten Trainingsintervention für die stationäre Entwöhnungsbehandlung alkoholabhängiger Patienten anhand einer kleinen Stichprobe. Dies entspricht einer formativen Evaluation (Scriven, 1991, 2007) der Evaluationsphase II (Buchkremer & Klingberg, 2001). Nach Owen und Alkin (2007) bezeichnet dies eine proaktive Evaluation, die vor der finalen Implementierung der Maßnahme und bei der Bedarfsermittlung stattfindet, ebenso eine klärende Evaluation, die während der Konzeptphase stattfindet, und eine wirkungsfeststellende Evaluation, die erste Trends abbildet. Nach Kirkpatrick und Kirkpatrick (2006) behandelt die vorliegende Evaluation die Ebenen I, II und III, da sie die direkte Reaktion auf die Maßnahme erfassen soll, damit die Trainingsbewertung durch den Feedbackfragebogen, der Lernerfolg mithilfe der Selbstbeschreibungsmaße (durch definierte Kriterien, ergo der Variablen im Modell des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements) und das Verhalten, also die Transferleistung im Sinne der tatsächlich in die Praxis umgesetzten Techniken, und zusätzlich intendiert durch die Angaben in den Selbstbeschreibungsmaßen. In Studie II gilt es zu ermitteln, inwieweit die Inhalte der einzelnen Module beurteilt werden, ob sie als hilfreich und relevant erlebt werden, ob die Themen verstanden werden und ob die Methodik und Didaktik als unterstützend und adäquat beurteilt werden. Neben den Plenumseinheiten sollen spezifisch auch die Elemente „Eigenarbeit“ (Transferaufgaben) und „Gruppendiskussion“ eingeschätzt werden und damit deren Bedeutsamkeit. Aus diesen Informationen sollen Verbesserungen abgeleitet und die Intervention adaptiert werden, da während der Evaluierung in größerem Rahmen keine Anpassungen mehr gemacht werden können. Zudem sollte auch die logistische Umsetzung der Befragung (Hauptfragebogen) erprobt werden, da die Datenaufnahme zu drei Testzeitpunkten, die individuell koordiniert werden muss, eine komplexe Aufgabe darstellt. Die Inhalte, die Struktur und die eingesetzten Instrumente müssen für die Zeit der Datenaufnahme der Hauptstudie konstant gehalten werden, um eine valide Evaluierung zu ermöglichen. In folgendem Kapitel werden die Methode und die Ergebnisse dargestellt, die anschließend diskutiert werden.

## 3.2.2 Methode

Inhalt dieser Pilotstudie ist Überprüfung der Interventionsmaßnahme „GPS – Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ anhand der Bewertung der einzelnen Module des Trainings (Feedbackfragebogen) und der geplanten Selbstbeschreibungsmaße (Hauptfragebogen).

### 3.2.2.1 Stichprobe

Die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung bestand aus 18 männlichen Personen, die sich als Patienten der Suchthilfe Salzburg einer 90-tägigen Alkoholentwöhnungsbehandlung im Haus I der zwei von der Suchthilfe Salzburg betriebenen Häuser unterzogen. Das durchschnittliche Alter lag bei 46.00 Jahren (SD = 12.18). Durch frühzeitigen Behandlungsabbruch (N = 2) und sprachliche Limitationen (N = 2) reduzierte sich die Teilnehmerzahl auf N = 14. Die teilnehmenden Patienten gaben an, sich aus eigenem Antrieb (N = 7), auf Anraten des Arztes (N = 2) oder aufgrund von drohendem Arbeitsplatzverlust (N = 4) einer Entwöhnungsbehandlung zu unterziehen. Nach Angaben der Patienten beim behandelnden Einzeltherapeuten der Suchthilfe Klinik Salzburg lag die Therapiebereitschaft auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „gering“ bis „hoch“ im Durchschnitt bei 3.86 (SD = 1.17), die Krankheitseinsicht im Durchschnitt bei 3.93 (SD = 1.14) und die Abstinenzmotivation ebenfalls bei 4.00 (SD = 1.03). Sieben Patienten der Versuchsgruppe waren ledig, vier in einer Lebensgemeinschaft oder verheiratet, drei seien getrennt oder geschieden. Sieben gaben an, alleine zu leben, die andere Hälfte gab an, mit Partner, Partner und Kind oder mit einem Elternteil oder den Eltern zu leben. Sieben sind im Besitz eines Führerscheins, die anderen sieben haben keine Fahrerlaubnis oder sie ist derzeit entzogen. Dreizehn der Teilnehmer haben einen Hauptschulabschluss, einer hat Matura. Zwei der Patienten haben keine Berufsausbildung, zwölf haben einen Lehrabschluss. Drei sind in Vollzeit beschäftigt, neun sind derzeit arbeitslos (AMS) und zwei beziehen Unterhalt vom Sozialamt.

### 3.2.2.2 Untersuchungsdesign und -ablauf

Im zweiten und dritten Quartal 2021 (30.03.2021 – 30.09.2021) fand der Probelauf der anhand der durchgeführten qualitativen Interviews angepassten Trainingsintervention (GPS) statt. Um die Intervention in den bestehenden Klinikablauf der Suchthilfe Klinik Salzburg integrieren zu können, waren unterschiedliche vorbereitende Maßnahmen nötig. Zunächst wurden das geplante Vorhaben, das Konzept der Intervention in Bezug auf Ablauf und Inhalt, die daraus erwarteten Vorteile, der Zweck und die damit einhergehenden Aufwände der Geschäftsführung der Suchthilfe Klinik Salzburg dargelegt und diskutiert. Anschließend wurden die angepassten und detaillierter ausformulierten Inhalte dem Lenkungsgremium der Suchthilfe Klinik Salzburg, bestehend aus Geschäftsführung, ärztlicher

Leitung, psychologischer Leitung und der Personalverantwortlichen, ausführlich präsentiert und daraufhin Umsetzungsmöglichkeiten und Bedingungen diskutiert. Das Konzept und die Idee der Trainingsintervention sind auf große Zustimmung und Unterstützung gestoßen und konnten nach Absprache mit dem gesamten Team in den Ablauf der Entwöhnungsbehandlung integriert werden. Weitere vorbereitende Maßnahmen betrafen die Erhebung der erforderlichen Daten, damit einhergehend die Aufklärung und Information (mündlich und schriftlich) der teilnehmenden Patienten, die Erstellung des Feedbackfragebogens (siehe Anhang I) für jedes der sechs geplanten Module und des Fragenbogens der Selbstbeschreibungsmaße (siehe Anhang H) in digitaler und analoger Form.

Das Training wurde jeweils dienstags von 09:00 bis 12:00 Uhr für die Plenumseinheit mit jeweils einer Pause nach einer Einheit von 50 Minuten und freitags von 09:00 bis 10:00 Uhr für die Diskussionseinheit angesetzt. Es wurde für die Zeit der gesamten GPS-Studie eine andere Gruppenintervention (S.T.A.R.-Programm; 2 × 50 Min) ausgesetzt, die zur selben Zeit stattfand. So konnte ein fließender Übergang der Interventionen gestaltet werden. Das Zeitfenster für die Gruppendiskussion am Freitag wurde extra zur Verfügung gestellt, und es konnte sich mit dem Team geeinigt werden, dass keine anderen Termine vorgereiht werden, damit eine vollständige Teilnahme der Patienten an der Pilotstudie gewährleistet werden konnte. Da in der Suchthilfe Klinik Salzburg keine Blockaufnahme stattfindet (d. h., gleichzeitige Aufnahme einer Gruppe von Patienten), starten die teilnehmenden Patienten individuell in die Pilotstudie und werden individuell vor dem Beginn ausführlich über den Zweck, den Inhalt und den Ablauf und die Befragung (Feedbackfragebögen und Hauptfragebögen) informiert. Das sechs-wöchige Training wurde daher dreimal durchgeführt, um eine ausreichende Anzahl von Teilnehmern zu generieren. Zudem werden sie über die Freiwilligkeit der Teilnahme, über das Anonymisierungsverfahren und den Datenschutz informiert. Alle Patienten unterzeichnen eine Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme. Die Feedbackfragebögen wurden direkt im Anschluss an die jeweiligen Module mit der Bitte, diese vor der nächsten Plenumseinheit zu retournieren, ausgehändigt. Nach dem letzten Modul sollte die Beantwortung bis zur Entlassung aus der Entwöhnungsbehandlung stattfinden. Es wurde dafür jeweils ein individueller Termin vereinbart, der auch die Möglichkeit bot, persönliches mündliches Feedback zu geben, das von der Trainerin schriftlich dokumentiert wurde.

Die Testzeitpunkte zur Erhebung der Selbstbeschreibungsmaße waren zu Beginn in der ersten Woche, in der Mitte (Woche 6) und am Ende (Woche 12) der 90-tägigen Entwöhnungsbehandlung. Der Versuchsplan zu Studie II ist in Tabelle 9 dargestellt.

*Tabelle 9: Versuchsplan Studie II*

| Woche | 1 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Treatment | TAU | TAU | Modul I | Modul II | Modul III | Modul IV | Modul V | Modul VI |
| Erhebung | $t_0$ (HF) | $t_1$ (HF) | (FB) | (FB) | (FB) | (FB) | (FB) | $t_2$ (HF) (FB + M) |

*Anmerkung: TAU = Treatment As Usual; HF = Hauptfragebogen/Selbstbeschreibungsmaße; FB= Feedbackfragebogen; M = mündliches Feedback*

#### 3.2.2.3 Durchführung der Trainingsintervention

Um die Trainingsintervention im Probelauf mit einer geeigneten Teilnehmerzahl zu evaluieren, wurden drei Durchläufe des Trainings durchgeführt. Eine schriftliche Ausarbeitung des Konzepts mit Hintergründen und einem Trainerleitfaden wurde vorab erstellt und stand auch der Suchthilfe Salzburg zur Verfügung. Das Konzept findet sich in Anhang F. In Anlehnung an das Gesundheitsverständnis der Weltgesundheitsorganisation (1946), das „Soziales Wohlbefinden", „Psychisches Wohlbefinden" und „Körperliches Wohlbefinden" als entscheidende Bereiche definiert, und vor dem Hintergrund der Konzepte von Wohlbefinden (siehe Kapitel 2.3) wurden sechs Module konzipiert. Diese thematisieren die Bereiche *Ziele & Motivation* (Modul I), *Wege & Hindernisse* (Modul II), *Wohlbefinden & Zufriedenheit* (Modul III), *Stärken & Flow* (Modul IV), *Soziales Wohlbefinden & Bindung* (Modul V) und *Selbstfürsorge* (Modul VI). Zum Aufbau gesundheitsbezogener positiver Selbstmanagementtechniken wurden Konzepte der Positiven Psychologie, des Gesundheitsverhaltens und der Kognitionsforschung integriert. Ziel des gesamten Trainings ist es, Selbstmanagementkompetenzen (Anwendung von Techniken der Positiven Psychologie, Verbesserung des Gesundheitsverhaltens (Ernährung, Bewegung, Schlaf) und Reduktion dysfunktionaler Kognitionen) aufzubauen, mentale Stärke zu erhöhen und weitere positive Auswirkungen wie gesteigertes Wohlbefinden, verbesserte Lebenszufriedenheit und Vitalität und Verminderung von psychischer Belastung zu erreichen (siehe Modell des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements). Dies soll sich auf die Zuversicht und Perspektive auswirken, ein autonomes und zufriedenes Leben ohne Alkohol führen zu können.

#### 3.2.2.4 Material

*Selbstbeschreibungsmaße.* Um die Konstrukte bzw. Variablen des Modells des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagement erfassen zu können, wurde ein Fragebogen zusammengestellt, den die teilnehmenden Patienten zu drei Messzeitpunkten, zu Beginn ($t_0$), in der Mitte ($t_1$) und am Ende ($t_2$)

der 90-tägigen Entwöhnungsbehandlung, beantworteten. Die Befragung wurde digital über LimeSurvey durchgeführt. In der Pilotstudie dient dies dazu, einen Trend der Entwicklung der Variablen zu erfassen, hauptsächlich aber um die aufwändige Logistik und Umsetzbarkeit der individuellen Diagnostik zu erproben. Jeder Teilnehmer muss zu drei Messzeitpunkten die Selbstbeschreibungsmaße bearbeiten und diese Termine müssen vereinbart und in den regulären Ablauf der Klinik integriert werden. Das Krankheitsbild der Alkoholabhängigkeit geht häufig mit reduzierter Selbstorganisation und reduzierter Fähigkeit zu Struktur und Zuverlässigkeit einher. Das bedeutet, dass die Diagnostik-Termine terminiert, vereinbart, erinnert und begleitet werden müssen. Es bedarf der Aufklärung über den Zweck der Studie und mehrmaliger Erläuterung über Procedere und Formalien. Zur Anonymisierung ist die Erstellung eines Codes erforderlich. Die korrekte und zu drei Messzeitpunkten gleich Erstellung des Codes ist obligat, da die Datensätze zur späteren Analyse zusammengeführt werden müssen. Zudem soll beobachtet werden, inwieweit der Umfang der Selbstbeschreibungsmaße und der Inhalt passend und verständlich sind. Die zu erfassenden Variablen des Modells können aus Tabelle 10 entnommen werden. Zusätzlich wurden die Big-5-Persönlichkeitsfaktoren mit einem Fünf-Item-Instrument erfasst. Insgesamt beinhaltet die Befragung 250 Items. Die soziodemographischen Daten sowie Angaben zur Therapiemotivation, Abstinenzmotivation und Krankheitseinsicht werden dem Aufnahmedatenblatt der Klinik entnommen.

*Tabelle 10: Erhebungsinstrumente Selbstbeschreibungsmaße Hauptfragebogen Studie II*

| Erhebungsinstrumente | Itemanzahl |
|---|---|
| Selbstmanagementkompetenzen | |
| Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie (Braun et al., 2017) | 10 |
| Gesundheitsverhalten (inklusive Alkohol) (Braun et al.,2017) | 17 |
| Dysfunktionale Kognitionen (Sauerland, 2017) | 15 |
| Mentale Stärke (ER, RZ, HF, OP, SV, SWE) | 30 |
| Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer, 1995) | 10 |
| Positive Outcomes | |
| Gedeihen/ Thriving (CIT) (Su et al., 2017) | 54 |
| Mental Health (MHC) (Keyes et al., 2008) | 14 |
| SWLS: Lebenszufriedenheit (Janke et al., 2014) | 5 |
| SCL: Psychische Belastung (Franke et al., 2014) | 90 |
| Zusätzliche Fragebögen | |
| BIG-Five (Rammstedt et al., 2004) | 5 |

*Feedbackfragebögen und mündliches Feedback.* Um eine Einschätzung des konzipierten Trainings zu erlangen, wurden die teilnehmenden Patienten der Pilotstudie gebeten, nach jedem der sechs Module ein schriftliches Feedback zu geben (siehe Anhang I). Die sechs Feedbackfragebögen waren jeweils gleich aufgebaut und umfassten Bewertungen auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „trifft zu/stimmt" bis „trifft nicht zu/stimmt nicht". Es sollten übergeordnet das Training, der Wissenszuwachs und der Transfer beurteilt werden. Mit insgesamt 21 Items wurde Feedback zu jedem Trainingsmodul detailliert zur Einschätzung allgemein, zur Einführung, zur Plenumseinheit, zu den darin vorkommenden praktischen Übungen, zu den Aufgaben der Eigenarbeit (Transferaufgaben) und zur Gruppendiskussion gegeben. Spezifische Fragen nach Inhalt, Methodik/Didaktik und Umsetzung konkretisierten das Feedback. Mit weiteren vier Items wurde explizit nach dem erlebten Wissenszuwachs und dem tatsächlichen Transfer, also der Integration des Gelernten in den Alltag, gefragt. Vor und nach der sechswöchigen Trainingsintervention wurde zusätzlich die Datenerhebung mittels des Hauptfragebogens beurteilt. Der Fokus auf das geschlossene Antwortformat im Vergleich zu dem offenen Feedback wurde aufgrund der erwarteten Möglichkeiten von Patienten mit Alkoholabhängigkeitserkrankung gewählt. Es wurde nicht davon ausgegangen, dass bei offenem schriftlichem Feedback ein ausreichender Informationsgewinn generiert werden könne. Die Möglichkeit für erweitertes mündliches Feedback wurde zum individuellen Termin am Ende der Behandlung gewährleistet. Es wurde auf die Anonymität und Freiwilligkeit der Teilnahme sowohl schriftlich als auch mündlich hingewiesen. In Tabelle 11 werden Oberkategorien, Subkategorien und dazugehörige Items exemplarisch dargestellt.

*Stellungnahme der Trainerin*. Nach Abschluss der Pilotphase, in der die Trainingsintervention „Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement- GPS" erstmals in den aktuellen Klinik-Ablauf der Suchthilfe Salzburg integriert wurde, verschriftlich die anleitende Trainerin eine Einschätzung anhand der oben genannten Ober- und Subkategorien.

*Tabelle 11: Feedbackfragebogen Pilotstudie*

| Oberkategorie | Subkategorie I | Subkategorie II | Beispielitems |
|---|---|---|---|
| Trainingsbewertung | Allgemein | | Das Trainingsmodul ……..hat mir viel gebracht. |
| | Einführung | Methodik | Die Erklärung zum Ablauf des Trainings war hilfreich. |
| | | Inhalt | Die Hinführung zum Thema war aufschlussreich. |
| | Plenum | Methodik | Das Verhältnis zwischen Theorie und Praxis war passend. |
| | | Inhalt | Das Thema …….ist spannend und interessant. |
| | Praktische Übungen | Methodik | Die praktischen Übungen waren gut erklärt. |
| | | Inhalt | Die praktischen Übungen sind spannend und hilfreich. |
| | Eigenarbeit - Basis | Inhalt/Methodik | Die Basis-Übungen halte ich für sinnvoll. |
| | Eigenarbeit - Aufbau | Inhalt/Methodik | Die Aufbau-Übungen sind interessant. |
| | Gruppendiskussion | | Durch die Gruppendiskussion erhielt ich weitere Denkanstöße. |
| | Umsetzung | | Die Übungen der Eigenarbeit habe ich gemacht. |
| Wissenszuwachs | | | Durch das Trainingsmodul ……. habe ich viel gelernt. |
| Transfer | | | Das Gelernte integriere ich in meinen Alltag. |
| Datenerhebung | | Logistik | Die Diagnostik- Termine (Hauptfragebogen) waren gut organisiert. |
| | | Umfang | Die Anzahl der Fragen war passend. |
| | | Inhalt | Die Fragen waren verständlich. |
| Mündlich. Feedback | Plenum | Methodik/ Inhalt | . |
| | Eigenarbeit | Methodik/ Inhalt | |
| | Diskussion | | |
| | Datenerhebung | | |

#### 3.2.2.5 Auswertungsprozess

*Feedbackfragebogen und mündliches Feedback*. Das Feedback des Probelaufs der Trainingsintervention wurde modulspezifisch und insgesamt durch die Ermittlung der Mittelwerte der einzelnen Oberkategorien der geschlossenen Fragen ausgewertet. Mittels t-Test wurde die Abweichung vom Mittelwert statistisch geprüft (Hypothesen H1–H3). Die Dokumentation des mündlichen Feedbacks wird zusammenfassend anhand der deduktiven Oberkategorien dargestellt. Alle erfassten Daten galten dabei als Auswertungseinheit. Es wurde dabei besonders auf die Erfassung von Übereinstimmungen und individuellen Perspektiven geachtet. Neben der Beurteilung der ermittelten Mittelwerte der Oberkategorien waren die Subkategorien zur spezifischeren Einschätzung relevant.

*Hauptfragebogen.* Des Weiteren wurden die Daten der Selbstbeschreibungsmaße (Skalen des Modells des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements) mittels Vergleichs der Mittelwerte der Testzeitpunkte $t_1$ und $t_2$ betrachtet (t-Test).
Wurden bis zu fünf Items nicht beantwortet, wurde der Datensatz weiterverarbeitet, andernfalls verworfen. Es konnten somit alle Datensätze zur Auswertung verwendet werden.

### 3.2.3 Ergebnisse

#### 3.2.3.1 Datenaufbereitung

Die Daten der Feedbackfragebögen der Studie II standen als Papier-und-Bleistift-Version zur Verfügung. Die Werte der Feedbackskalen wurden pro Modul, durch einen individuellen Code anonymisiert, in ein XLS-Sheet übertragen (siehe Anhang). Die Daten der einzelnen Module wurden zu den vorher bestimmten Kategorien Trainingsbewertung, Wissenszuwachs, Transfer und Datenerhebung ausgewertet und Gesamtwerte aller Module gebildet (siehe Tabelle 12). Die Daten des Hauptfragebogens (Selbstmanagementkompetenzen, mentale Stärke, positive Outcomes) wurden aus LimeSurvey exportiert und in das Statistikprogramm SPSS importiert. Dazu mussten die Datensätze der einzelnen Teilnehmer und Messzeitpunkte anhand der Codes zusammengeführt werden. Die Variablen wurden beschriftet, Items bei Bedarf umkodiert (Hoffnung/Optimismus) und die Skalen bestimmt. Anhand eines Datensatzes erfolgte ein Plausibilitätscheck. In Anlehnung an den Auswertungsprozess der zusammenfassenden, qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 1991, 2015) wurden das mündliche Feedback nach vorherbestimmten Kategorien dokumentiert, paraphrasiert, reduziert und zusammengefasst.

#### 3.2.3.2 Deskriptive Statistik

Nach der Datenaufbereitung konnten die Mittelwerte der Feedbackskalen (Ober- und Subkategorien) und die dazugehörige deskriptive Statistik berechnet werden. Diese sind in Tabelle 12 dargestellt. Die Oberkategorien inkludieren die Trainingsbewertung, den erlebten Wissenszuwachs und die Einschätzung zur tatsächlichen Integration in den Alltag. Die Subkategorien der Trainingsbewertung inkludieren eine allgemeine Bewertung, die Bewertung der Ein- und Hinführung zum Thema, die Plenumseinheit, die darin integrierten praktischen Übungen, die Eigenarbeit (Transferaufgaben) und die zum Training gehörende Gruppendiskussion. Für die Beurteilung wurden der Mittelwert, die Standardabweichung und das Minimum/Maximum ermittelt. Die Bewertungsskala erstreckte sich von 1 bis 5. Hohe Ausprägungen stellen ein positives Feedback, niedrige Werte ein negatives Feedback dar.

*Tabelle 12: Ergebnisse Feedbackfragebogen: Trainingsbewertung gesamt*

| Oberkategorie | Subkategorie | M | SD | Min/Max |
|---|---|---|---|---|
| Trainingsbewertung | Insgesamt | 3.95 | 0.11 | |
| | Allgemein | 4.13 | 0.45 | $[2; 5]$ |
| | Einführung | 3.80 | 0.24 | |
| | Plenum | 3.96 | 0.24 | |
| | Übungen | 3.81 | 0.25 | |
| | Eigenarbeit | 4.02 | 0.17 | |
| | Gruppendiskussion | 3.95 | 0.22 | |
| Wissenszuwachs | | 4.08 | 0.30 | |
| Transfer | | 3.94 | 0.74 | $[1; 5]$ |
| Datenerhebung | | 3.61 | 0.01 | |

Die Zusammenfassung aller sechs Module und die Darstellung der Ergebnisse der Oberkategorien ergeben, dass die Trainingsintervention insgesamt gut bewertet wurde. Deskriptiv die höchste Bewertung erhält das Training „Allgemein“ (M= 4.13, SD = 0.45), zudem der erlebte Wissenszuwachs (M= 4.08, SD = 0.30) und die eigenständig umgesetzten Aufgaben (M= 4.02, SD = 0.17). Die geringste positive Bewertung erhielt die Datenerhebung (M = 3.61, SD = 0.01). Die Ergebnisse der Bewertung werden in Tab. 13 dargestellt. Die Mittelwerte (und Standardabweichungen) der einzelnen Module I bis VI werden in Tabelle 14 getrennt dargestellt.

*Tabelle 13: Ergebnisse: Feedbackfragebogen Module I – VI*

| Kategorie | Modul I | Modul II | Modul III | Modul IV | Modul V | Modul VI |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Trainingsbewertung | 3.98 (.75) | 3.51 (.92) | 4.12 (.72) | 4,09 (.71) | 4.04 (.74) | 4.00 (.75) |
| Wissenszuwachs | 3.85 (.75) | 3.62 (.98) | 4.31(.64) | 4.45 (.54) | 4.16 (.75) | 4.07 (.75) |
| Transfer | 3.36 (1.15) | 2.79 (1.37) | 4.71 (.47) | 4.57 (.65) | 4.21 (.97) | 4.00 (.78) |
| Datenerhebung | 3.59 (.94) | - | - | - | - | 3.61 (.83) |

*Anmerkung: Angeführt sind Mittelwert und Standardabweichung in Klammern.*

Die deskriptive Statistik des Hauptfragebogens zu $t_1$ und $t_2$ findet sich in Tabelle 14 und zeigt insgesamt einen Trend, der die Effektivität der Trainingsintervention abbildet. Eine detaillierte Beschreibung und Interpretation finden sich im Ergebnisbericht.

*Tabelle 14: Ergebnisse Hauptfragebogen Studie II*

| Variablen | Range | M (SD) t2 | M (SD)t3 | $Diff_{t2-t1}$ |
|---|---|---|---|---|
| Selbstmanagementkompetenzen | | | | |
| ATPP | $[1; 5]$ | 3.26 (1.08) | 3,84 (.75) | .57 |
| PGV | $[1; 5]$ | 3.46 (.71) | 3.88 (.42) | .38 |
| DK | $[1; 6]$ | 2.99 (.90) | 2.89 (.84) | -.10 |
| Alkohol | $[1; 5]$ | 4.14 (.86) | 4.38 (.56) | .23 |
| Mentale Stärke | | | | |
| Index | $[1; 5]$ | 3.45 (.71) | 3,89 (.43) | .34 |
| SWE lang | $[1; 4]$ | 2.96 (.63) | 3.26 (0.51) | .29 |
| Positive Outcomes | | | | |
| SWLS | $[1; 7]$ | 3.94 (1.85) | 4.90 (1.52) | .96 |
| MHC | $[1; 6]$ | 2.68 (1.24) | 3.57 (.77) | .89 |
| CIT | $[1; 5]$ | 3.42 (.82) | 3.79 (.45) | .37 |
| GSI | $[20; 80]$ | 54.10 (5.39) | 48,71 (10.94) | -5.39 |

#### 3.2.3.3 Auswertung der Feedbackskalen

Wie aus den Hypothesen H1 bis H3 ersichtlich, wurde erwartet, dass das Feedback der Teilnehmer des Probelaufs über dem Mittelwert der Skala liegt und damit positiv ausfällt. Es wird erwartet, dass die teilnehmenden Patienten das Training als hilfreich und sinnvoll erleben, dass sie ihrer Einschätzung nach zielführendes Wissen aufbauen und das Gelernte in den Alltag übertragen können. Wie in den

Tabellen 12 und 13 dargestellt, lagen alle Mittelwerte der Oberkategorien über dem Skalenmittelwert. Der signifikante Unterschied vom Mittelwert wurde mit einem t-Test berechnet und bestätigt die Annahme. Die Bewertung des Trainings über alle Module unterscheidet sich signifikant vom Mittelwert (TB $t(13) = 49.61$, $p < .001$). Der berichtete Wissenszuwachs unterschiedet sich signifikant vom Mittelwert (WZ $t(13) = 38.97$, $p < .001$) und ebenso der Transfer (TF $t(13) = 15.40$, $p < .001$). Die Hypothesen können damit angenommen werden. Detaillierter betrachtet wurden die Bewertung „Allgemein" (M= 4.13, SD= .34), die Übungen der Eigenarbeit (Transferaufgaben) (M= 4.02, SD= .17) und der Wissenszuwachs (M= 4.08, SD= .30) besonders gut beurteilt. Das bedeutet, die teilnehmenden Patienten schätzen das Training insgesamt als unterstützend und sinnvoll ein, erleben die eigenständige Umsetzung der erlernten Techniken als besonders positiv und können einen Zugewinn an Wissen verzeichnen. Eine genauere Betrachtung der deskriptiven Daten der einzelnen Module zeigt, dass das Modul III (Wohlbefinden & Zufriedenheit) hinsichtlich der Trainingsbewertung am besten beurteilt wurde (M= 4.12, .72) und das Modul II (Wege & Hindernisse) am schlechtesten (M= 3.51, .92) und damit den meisten Gewinn durch die Beschäftigung mit Wohlbefinden, positiven Emotionen und Genießen erleben und den wenigsten durch die Analyse dysfunktionaler Kognitionen. Hinsichtlich des Wissenszuwachses wurde das Modul IV (Stärken & Flow) am besten beurteilt (M= 4.45, S D = 0.97) und ebenfalls das Modul II (Wege & Hindernisse) am schlechtesten (M= 3.62, SD= .98). Das bedeutet, dass Teilnehmer des Trainings den größten Lerneffekt durch die Auseinandersetzung mit persönlichen Stärken und dem Flow-Erleben haben und am wenigsten von der Reflexion dysfunktionaler Kognitionen. Bezüglich des Transfers, der Integration des Gelernten in den Alltag, wurde das Modul III (Wohlbefinden & Zufriedenheit) am besten beurteilt (M= 4.71, SD= .47) und das Modul II (Wege & Hindernisse) am schlechtesten (M= 2.79, SD= 1.37).

#### 3.2.3.4 Auswertung des offenen mündlichen Feedbacks

Die Analyse des qualitativen offenen mündlichen Feedbacks erfolgte vor dem Hintergrund der Leitfragen der Studie II mittels zuvor erstellter deduktiver Kategorien und anhand im Anschluss induktiv abgeleiteter Kategorien und wird dementsprechend dargestellt.

*Bewertung Training.* Insgesamt wurde die Trainingsintervention „GPS – gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement" als positiv, hilfreich, sinnvoll und unterstützend in der Bewältigung einer Alkoholabhängigkeitserkrankung bezeichnet. Die teilnehmenden Patienten beschrieben das Training als relevant und als „konkretes Werkzeug" (Patient IH_1931 sie XLS-Tabelle Feedback Probelauf) in der Bewältigung ihrer Erkrankung. Die Ausrichtung an Zukunft und positiven Aspekten im Vergleich zur Bearbeitung von Problemen wurde betont. Ebenso die Idee der Eigenverantwortung und Möglichkeit zur persönlichen Steuerung. Die Themen „Positive Psychologie" und „Positives Gesundheitsverhalten"

wurden als interessant und anregend bewertet, das Thema Dysfunktionale Kognitionen als spannend, allerdings als zu komplex und schwierig. Besonders ansprechend seien die Module „Ziele & Motivation“ und „Wohlbefinden & Zufriedenheit“ gewesen. Das Modul „Wege & Hindernisse“ sei „anstrengend“ (Patient IH_1931). Die vielen praktischen Übungen wurden als besonders positiv hervorgehoben. Die Erklärungen zu den Inhalten, die wissenschaftliche Untermauerung und die direkte Verknüpfung zur praktischen Anwendung seien besonders gut und hilfreich. Die Gruppendiskussion wurde als bereichernd („Es tut gut zu hören was die anderen sagen“, Patient IH_1113). Die Eigenarbeit (Transferaufgaben) wurde als Anregung zum eigenständigen Umsetzen, im Umfang als anspruchsvoll bezeichnet. Das begleitende Arbeitsbuch und die Flipchart-Visualisierungen wurden als ansprechend und hilfreich eingeschätzt. Besonders betont wurde die positive Energie in den Plenums-Einheiten („Tolles Training, tolle Stimmung“, Patient IH_0701). Kritischer beurteilt wurde hier der Austausch im Patienten-Tandem, da dieser wenig produktiv sei („Die Zweier-gespräche sind „nix““, Patient IH_1931). Der zeitliche Umfang der Plenumseinheit und die Theorieteile seien zu ausführlich. Besonders positiv wurde die Andersartigkeit der Trainingsintervention neben dem regulären Therapieprogramm bezeichnet. Ebenso wurde eine zunächst verhaltene Einstellung („ich war erst mal skeptisch“) und anschließende „positive Überraschung“ erwähnt (Patient IH_1113). Die gute Stimmung (z. B. Patient IH_1313) und die positive Energie (Patient IH_0605) wurden hervorgehoben. Die Dauer (3 Einheiten à 50 Minuten) wurde als zu lang und der theoretische Input als zu viel beschrieben.

*Bewertung Wissenszuwachs.* In Summe gaben die Patienten an sich durch die Trainingsintervention bereichert und zum Reflektieren angeregt zu fühlen („Tolle Denkanstöße“, Patient IH_0813). Sowohl durch den theoretischen Input als auch durch die praktischen Übungen sei viel gelernt worden. Die Inhalte wurden als vorher eher unbekannt bezeichnet und die Intervention in Form eines Trainings, nicht als klassische Therapiegruppe, als motivierend. („Das ist mal etwas anderes und Neues“, Patient IH_1313). Der Wert von Wohlbefinden und Zufriedenheit und durch welche Techniken dies erreicht werden könne, sei in den Fokus gelangt. Spezifisch betont wurde auch die Erkenntnis, was man selbst dazu beitragen kann („Da merkt man erst mal, dass, wie es einem geht, an einem selber liegt“, Patient IH_0202).

*Bewertung Transfer.* Insgesamt wurde die Integration der Inhalte in den Alltag vor allem durch die Eigenarbeit beschrieben. Ebenso das Vorhaben, dies weiterhin, auch nach der Entwöhnungsbehandlung, tun zu wollen. Es wurde jedoch von zwei Patienten Skepsis geäußert, dies in den „Alltag zu Hause“ transferieren zu können.

*Bewertung Diagnostik.* Die Erhebung der Daten war mit einer aufwändigen Logistik, einem nicht unerheblichen Zeitaufwand für den Patienten und die Trainerin und der Beantwortung von 250 Fragen zu drei Testzeitpunkten verbunden. Insgesamt gab es wenig schriftliches Feedback zu der Diagnostik. Allgemein fühlten sich die Patienten gut unterstützt und begleitet. Die Anzahl der Items wurde als zu „viel auf einmal" (Patient_ IH0104) beschrieben.

#### 3.2.3.5 Auswertung des Hauptfragebogens (Selbstbeschreibungsmaße)

Um erste Hinweise auf die Wirksamkeit der Trainingsintervention zu bekommen, wurde der Hauptfragebogen, der die Skalen des Modells „Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement" inkludiert, zu drei Messzeitpunkten von den teilnehmenden Patienten ausgefüllt. Das Treatment fand zwischen dem zweiten Messzeitpunkt $t_1$ und dem dritten Messzeitpunkt $t_2$ statt. Es konnte gezeigt werden, dass die trainierte Selbstmanagementkompetenz Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie (ATPP) signifikant gestiegen ist (ATPP t(13) = -2.92, p= .012). Die Überprüfung des Kompetenzzuwachses hinsichtlich Positivem Gesundheitsverhalten (PGV t(13) = -2.06, p=.06) und der Reduktion dysfunktionaler Kognitionen (DK t(13) = 0.61, p=.51) zeigte keinen signifikanten Unterschied. Die Hypothese H4a wurde damit bestätigt, die Hypothesen H4b und H4c müssen verworfen werden. Hinsichtlich des Gesamtwerts (Indexwert) des Konstrukts „Mentale Stärke" konnte ein signifikanter Anstieg festgestellt werden (NM t(13)=-2.73, p= .017). Für die zusätzlich ausführlich erhobene Facette Selbstwirksamkeitserwartung konnte kein signifikanter Anstieg dokumentiert werden (SWE t(13) = -2.20, $p$ = .065). Für die erwarteten positiven weiteren Folgen konnte sowohl für Wohlbefinden/Mental Health (MHC t(13)= -2.48, p= .028), für Lebenszufriedenheit (SWLS t(13)=-2.92, p= .012) und für Wohlbefinden/Thriving (CITt(13)= - 2.33, p= .037) ein signifikanter Anstieg nachgewiesen werden. Damit gelten die Hypothesen H4d-H4f als bestätigt. Für den Gesamtwert GIS, der psychische Belastung abbildet, konnte eine signifikante Reduktion ermittelt werden (GIS t(13) = 2.94, $p$ =.016). Damit gilt auch die Hypothese H4h als bestätigt. Der Gesamtwert der alkoholbezogenen Fragen konnte keine signifikante Verbesserung ermitteln (AL t(13) =. -1.18, $p$ = .260). Damit muss die Hypothese H4g verworfen werden.

### 3.2.4 Diskussion

Ziel der Durchführung eines Probelaufs der Trainingsintervention „Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement- GPS" in der Suchthilfe Klinik Salzburg war Informationen zur Adaption und Verbesserung der Intervention zu generieren, bevor diese in Studie III in vollumfänglichem Rahmen implementiert wird. Die Evaluierung beinhaltet sowohl eine formative als auch eine summative wirkungsfeststellende Ebene, da sie die direkte Reaktion der teilnehmenden Patienten auf die einzelnen

Module des Trainings und die Parameter des Modells des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements erfasst. Zudem wurde erhoben, wie gut der Transfer des Gelernten in den Alltag gelingt. Zusätzlich wurde die aufwändige und komplexe Erhebung der Daten im Klinikgeschehen beleuchtet. Diese Evaluierung ist auch vor dem Hintergrund der langfristigen Integration der Intervention in das Klinikkonzept relevant und dient der argumentativen Grundlage für Entscheidungen des Lenkungsgremiums der Suchthilfe Klinik Salzburg.

#### 3.2.4.1 Diskussion der Studienergebnisse

Die Ergebnisse der Studie II ergeben eine insgesamt deutlich positive Bewertung der Trainingsintervention „Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement – GPS“. Nach Angaben einzelner Patienten verlagerten sich anfängliche Zweifel in Motivation, Vorfreude und Enthusiasmus über die spezifische Herangehensweise, Inhalte und Methodik der Intervention. Die einzelnen Module des sechswöchigen Trainings wurden hinsichtlich des Inhalts, der Methodik, der einzelnen didaktischen Elemente, der Plenums-Einheiten, der praktischen Übungen, der eigenen Arbeit und Gruppendiskussion oberhalb des Skalenmittelwerts, also positiv, beurteilt. Das Feedback macht deutlich, dass die Intervention als gewinnbringend und als Mehrwert erlebt wird. Die Patienten fühlen sich durch die Intervention in der Bewältigung ihrer chronischen Erkrankung Alkoholabhängigkeit unterstützt. Das Formulieren von konkreten Zielen, der Aufbau von benötigter Motivation, die Reflexion von dysfunktionalen Denkmustern, die aktive Gestaltung von ganzheitlichem Wohlbefinden, die Auseinandersetzung mit eigenen Stärken, die Gestaltung eines unterstützenden sozialen Gefüges und die bewusste Umsetzung von Selbstfürsorge werden diesbezüglich als äußerst relevant und hilfreich bewertet. Dies zeigt sich auch an der Bestätigung seitens der Patienten, dass sie die vermittelten Techniken tatsächlich eigenverantwortlich praktisch umsetzten und nach diesen Angaben in den Alltag integrieren. Sowohl im Fragebogen als auch im mündlichen Feedback bestätigten die teilnehmenden Patienten die Relevanz und Praxisnähe der präsentierten Inhalte. Damit werden der angestrebte Wissenszuwachs und die Integration in den Alltag bestätigt. Methodisch besonders hervorgehoben wurde der Fokus auf praktische Übungen und die Möglichkeit, diese direkt im Training zu erproben und weiter in der Eigenarbeit (Transferaufgaben) umzusetzen. Das analoge Präsentationsformat und die interaktive Gestaltung der Plenumseinheiten wurden als motivierend und anregend beschrieben. Der Austausch unter Mitpatienten in der Diskussionsrunde und die dadurch gewonnenen Denkanstöße und alternativen Perspektiven wurden als bereichernd erlebt. Das begleitende Handbuch wurde als sinnvoll zur Unterstützung der Eigenarbeit und zur vertiefenden Auseinandersetzung beurteilt. Dies kann insgesamt als Bestätigung einer erfolgreichen Bedarfsanalyse der Konzeptionsphase (Phase I nach Buchkremer und Klingenberg, 2001) und daraus theoretisch abgeleiteter Intervention und der durch Studie I (qualitative Interviews) gewonnenen Informationen zu Trainingsbedarf und Anforderungen an entsprechende Trainings gewertet werden.

Die Ergebnisse der Selbstbeschreibungsmaße, und der wirkungsfeststellenden Evaluierung geben erste Hinweise darauf, dass Selbstmanagementkompetenzen teilweise erfolgreich aufgebaut werden konnten und sich spezifisch fokussierte weitere positive Folgen, wie die Facetten des Konstrukts mentale Stärke und andere positive Outcomes, wie die Steigerung des Wohlbefindens (Thriving/Mental Health) und der Lebenszufriedenheit und die Reduktion psychischer Belastung durch den Erkenntniszuwachs, die Reflexion des eigenen Handelns und die Etablierung gesundheitsbezogener positiver Selbstmanagementkompetenzen, erreicht wurden. Die Patienten beschreiben durch ihre Angaben im Hauptfragebogen (Selbstbeschreibungsmaße) die Steigerung der Selbstmanagementkompetenzen, mentaler Stärke und des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und eine Verminderung der psychischen Belastung, was, wie in Kapitel 2.2.3 beschrieben, als Schutzfaktor und Recovery-Kapital interpretiert wird. Trotz der fehlenden Signifikanz zeichnet sich dies auch durch die Antworten auf die alkoholbezogenen Fragen ab, was auf eine höhere Abstinenzzuversicht, die als Erfolgskriterium in der Alkoholabhängigkeitstherapie gewertet wird, schließen lässt. Daraus lässt sich ableiten, dass die Trainingsintervention in den meisten Aspekten beibehalten werden kann.

Die Studienergebnisse legen dennoch nahe, dass verschiedene Adaptionen für die Implementierung der Trainingsintervention in die Hauptstudie zielführend erscheinen. Die Hauptveränderung gilt dem Aufbau der Selbstmanagementkompetenz „Reduktion dysfunktionaler Kognitionen“. Durch das Feedback des Fragebogens und die Aussagen des mündlichen Feedbacks hat sich gezeigt, dass sich diese Thematik als zu komplex und anspruchsvoll erweist, als dass sie in dem gegebenen zeitlichen Rahmen einer Plenumseinheit adäquat transportiert und nachvollziehbar, zudem passend für die Eigenarbeit, angeleitet werden kann. Um maladaptive und dysfunktionale Denkmuster erkennen und entsprechend ersetzen zu können, bedarf es in der angestrebten Zielgruppe einer umfangreicheren Erläuterung und wiederholter Übung. Die Ergebnisse der Selbstbeschreibungsmaße (Hauptfragebogen) lassen einen ähnlichen Schluss zu, da dysfunktionale Kognitionen nur in geringem Maß abgebaut werden konnten (siehe Tab. 15). Im Zusammenhang mit einer Abhängigkeitserkrankung haben sich dysfunktionale Kognitionen häufig über einen langen Zeitraum und individuell sehr unterschiedlich aufgebaut und deren Dekonstruktion und Wechsel zu passenden Denkmustern bedarf individuellerer Betreuung innerhalb eines größeren Zeitrahmens, als dieser durch das geplante Training gewährleistet werden kann. In der theoretischen Ableitung der Trainingsintervention wurde die Selbstmanagementkompetenz Achtsamkeit zugunsten der Selbstmanagementkompetenz Reduktion dysfunktionaler Kognitionen verworfen, da diese als schwerwiegenderer Risikofaktor innerhalb der Bewältigung einer Alkoholabhängigkeitserkrankung beurteilt wurde. Infolge der Resultate der Feedbackfragebögen, des mündlichen Feedbacks und der Umsetzungs-Erfahrung der Trainerin soll nun für die folgende Hauptstudie stattdessen die Selbstmanagementkompetenz Achtsamkeit integriert werden. Dysfunktionale Kognitionen sollen in der Hauptstudie dennoch mit einem kürzeren Fragebogen erfasst werden, um zu

beleuchten, ob die geplante Trainingsintervention trotzdem positiv auf die Reduktion der dysfunktionalen Denkmuster wirkt (spill over). Die Umsetzung in der Pilotstudie hat auch gezeigt, dass es als zielführend erscheint, Techniken mehrfach und längerfristig zu thematisieren und einzuüben. Daher soll Achtsamkeit sowohl als theoretischer Kurzinput als auch als praktische Übung in jedes der sechs Module integriert werden (siehe adaptiertes Konzept im Anhang). Das in Modul II (Wege & Hindernisse) integrierte Thema der „Dysfunktionalen Kognitionen“ wurde durch die Ausweitung des Themas positive Zielformulierung und vorhandene Handlungskompetenzen ersetzt. Damit kommt dem angestrebten Aufbau von Hoffnung, Optimismus und Selbstwirksamkeit mehr Bedeutung zu. Eine weitere Erkenntnis der Pilotierung betrifft den zeitlichen Umfang der Plenumseinheiten und des theoretischen Inputs. Die dreistündige Plenumseinheit wurde als zu ausführlich und strapaziös erlebt und die zur Verfügung stehende Aufmerksamkeitsspanne als zu gering. Die Trainingsintervention wurde daher von drei auf zwei Einheiten gekürzt und der theoretische Teil insgesamt auf essenzielle Inhalte reduziert. Die dazugehörigen praktischen Übungen wurden beibehalten oder ausgebaut mit der Idee, die angestrebte Selbstwirksamkeitserwartung zu erhöhen. Das Konstrukt Selbstwirksamkeitserwartung wurde als Facette des Konstrukts mentale Stärke erhoben, die eine signifikante Verbesserung zeigt. Als zusätzlich erhobene Einzelvariable konnte allerdings keine signifikante Steigerung erzielt werden. Daher erscheint es sinnvoll, Techniken zur Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung, zu denen das praktische Erfahrbarmachen gehört (siehe Kapitel 2.3 und 2.4), in das adaptierte Training zu integrieren. Außerdem soll durch gesteigerte praktische Anteile und Austausch Selbstwirksamkeitserwartung über Feedback durch andere und Beobachtungslernen erhöht werden. Des Weiteren konnte durch die Trainingsintervention keine signifikante Steigerung des positiven Gesundheitsverhaltens verzeichnet werden. In der angepassten Trainingsintervention sollen daher diese Themen nicht mehr nur spezifisch im Modul VI (Selbstfürsorge) thematisiert, sondern in alle Module integriert werden. Dies bietet sich besonders im Modul I (Ziele & Motivation) und Modul II (Wege & Hindernisse) an. Dies wird auch durch die qualitativen Interviews der Studie I gestützt, die das Bedürfnis der Patienten nach einem gesunden Lebensstil, vor allem mit ausreichend Bewegung und Sport, dokumentiert. Die Möglichkeit des vermehrten Austausches soll auf Anregung des Feedbacks insofern ermöglicht werden, als dass als Partnerübung gestaltete Reflexionsrunden, entsprechend angeleitet, im gesamten Plenum umgesetzt werden. Dies bietet zum einen den Vorteil der Zeitersparnis und zum anderen eine erhöhte Steuerungsmöglichkeit durch die Trainerin. Eine Anpassung des Sprechtempos, der Satzlänge und die Verwendung einfacher Sprache wurden ebenfalls angeregt.

Eine weitere Adaption umfasst die Veränderung des Hauptfragebogens hinsichtlich Umfangs und Inhalts. Die Kürzung wurde vorwiegend durch die zukünftige Verwendung des kürzeren, 10-Item-langen BIT (Brief Inventory of Thriving), anstatt des CIT mit 54 Items zur Erhebung des Konstrukts Wohlbefinden/Thriving, umgesetzt. In der Erhebung der Studie II und der Beleuchtung der einzelnen Items wurde

festgestellt, dass die einzelnen Items des Fragebogens zur Erfassung von positivem Gesundheitsverhalten dieses nicht optimal abbilden. Der Fragebogen wurde daher gekürzt und die einzelnen Items wurden angepasst. Zusätzlich wurde aus extrahierten Items eine Erfassung des Konstrukts „Vitalität“ gebildet, die als sinnvolle, von Patienten und Experten als anstrebenswert beschrieben, positive Folge in das Modell des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements mit aufgenommen wird. Die alkoholbezogenen Items wurden ebenfalls auf zwei gekürzt, die Abstinenzzuversicht und aktuelles Trinkverlangen erfassen sollen. Die Items zu Abstinenz und Abstinenzbestreben wurden verworfen, da sie zum einen in der Anamnese dokumentiert und zum anderen weniger sinnvoll erschienen.

### 3.2.4.2 Methodische Diskussion

Studie II erhebt vorwiegend quantifizierbare Daten und nur zum kleineren Teil qualitative Daten aus dem mündlichen Feedback. Dies resultiert unter anderem aus der Erfahrung aus Studie I, in der sich der Datengewinn aus den qualitativen Interviews mit Patienten in der akuten Entwöhnungsbehandlung als sehr begrenzt herausstellte. In der frühen Phase der Krankheitsbewältigung erscheint es für Patienten schwierig, sich sowohl mündlich als auch schriftlich zu Sachverhalten zu äußern. Die Anregung kognitiver Prozesse, das Reflektieren und Formulieren von Einschätzungen und Standpunkten erschien gehemmt. Die sechs Module der Trainingsintervention wurden daher einzeln mithilfe eines 25-Item-Fragebogens bewertet, der wichtige Aspekte des Trainings, des Wissenszuwachses und des Transfers beinhaltete, um sicherzustellen, dass es zu einer Bewertung dieser Kategorien kommt. Für die Beantwortung stand jeweils eine Woche zur Verfügung, die eine passende Zeitspanne zum Überdenken der Inhalte und Elemente des Trainingsmoduls, des Erkenntnisgewinns und der individuellen Umsetzung bot. Zudem erschien es als Vorteil, die Bewertung ohne Anwesenheit der Trainerin und damit freier und unbeeinflusst vornehmen zu können. Es konnten damit quantifizierbare Daten zur Überprüfung der Hypothesen gewonnen werden. Kritisch zu betrachten ist hierbei die Tatsache, dass die Erhebung des Feedbacks mittels Multiple-Choice-Fragebögen ein geschlossenes Format darstellt, das keine Möglichkeit zur freien Darstellung der jeweiligen Meinung oder Anregungen bietet und somit wertvolle Informationen verloren gehen könnten. Dem sollte durch die Möglichkeit des mündlichen Feedbacks am Ende des gesamten Trainings begegnet werden. Hier konnten hilfreiche Kommentare, sowohl zur Bestätigung als auch zur Verbesserung, dokumentiert werden. Diese qualitativen Daten ermöglichten eine zusätzliche Exploration der Meinung der teilnehmenden Patienten. Kritisch zu sehen sind hier zum einen die fehlende Anonymität, die eventuell die Äußerung beeinflusst, und das gänzlich freiwillige und offene Antwortformat. Vorher konkret formulierte Steuerungsfragen zu den oben genannten deduktiven Kategorien, die strukturiert gezielt jedem einzelnen Patienten gestellt werden, wären an dieser Stelle sinnvoll gewesen. Die Tatsache, dass sich Patienten durchaus auch kritisch zu der Trainingsintervention äußerten, spricht gegen das Problem der fehlenden Anonymität und

für eine vertrauensvolle Kommunikationsbasis und das Erleben eines geschützten Rahmens seitens der Teilnehmer. Einen weiteren Vorteil zugunsten des Informationsgewinns würde eine digitale Aufzeichnung des mündlichen Feedbacks bieten. Wie in Studie I wurde diese Möglichkeit verworfen, da befürchtet wurde, dass Patienten sich bei einer digitalen Aufnahme des Feedbacks nicht frei äußern würden. Um den Informationsgewinn zu erhöhen, könnten Gruppendiskussionen, die die Möglichkeit zum Austausch und zur gegenseitigen Anregung bieten, angedacht werden. Diese Option wurde verworfen, da die Terminkoordination bei fehlender Blockaufnahme der Suchthilfe Salzburg und damit unterschiedlicher Zeitpläne für das Training neben der benötigten Koordination der Datenerhebung des Hauptfragebogens als nicht zumutbar erschien. Ein offenes schriftliches Feedback wäre eine weitere Möglichkeit zum Gewinn qualitativer Daten. Dies am Ende des sechswöchigen Trainings zu implementieren, erschien als wenig zielführend, als dass die einzelnen Module beurteilt werden sollten, um weiter zu explorieren, welche Inhalte und Themen fokussiert werden sollten. Es wurde befürchtet, dass bei einer Beurteilung am Ende des gesamten Trainings die Themen der ersten Module schon weit zurückgelegen wären. Gegen ein offenes schriftliches Feedback nach jedem Modul sprachen die daraus weiter entstehenden zusätzlichen Aufwände für die Patienten. Für die geplante Hauptstudie ist eine Kombination aus Multiple-Choice-Fragen und schriftlichem offenem Feedback angedacht, um den Informationsgewinn optimal ausschöpfen zu können.

Die Umsetzung der Pilotstudie erfolgte ausschließlich in Haus I der zwei von der Suchthilfe Klinik Salzburg betriebenen Häuser. Um eine optimale Stichprobenhomogenität und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse gewährleisten zu können, hätte die Stichprobe bestenfalls Patienten beider Häuser enthalten. Aufgrund der zu dieser Zeit vorherrschenden Corona-Beschränkungen und Kontaktbestimmungen war es nicht möglich, eine Teilnehmergruppe aus beiden Häusern zu generieren. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die allgemeine Unsicherheit durch die Corona-Pandemie und die wechselnden Bestimmungen insgesamt für das Forschungsvorhaben eine schwerwiegende Herausforderung darstellten.

Die Implementierung der Trainingsintervention „Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement – GPS“ erfolgte in fließendem Übergang mit einem anderen Angebot (S.T.A.R.-Programm) der Suchthilfe Klinik Salzburg. Dieses 12-wöchige Programm wird fortlaufend immer wiederkehrend angeboten, und die Patienten starten individuell, da sie auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten in die Klinik aufgenommen werden und somit gewährleistet wird, dass jeder Patient das Angebot in Anspruch nehmen kann. Diese Vorgehensweise wurde auch auf die neue Trainingsintervention „Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement- GPS“ übertragen. Damit waren Teilnehmer des S.T.A.R.-Programms anfänglich noch in der neuen Intervention zugegen. Dieser Veränderungsprozess und die entstehende Gruppendynamik sind potenzielle Einflussgrößen auf die angestrebten positiven Effekte der Trainingsintervention und das Feedback. Es ist nicht auszuschließen, dass es dadurch zu einer

Verminderung der Wirksamkeit oder einer schlechteren Bewertung kommt. Die Rückmeldungen im mündlichen und schriftlichen Feedback der Patienten und die Beobachtung der Trainerin lassen aber einen gegenteiligen Schluss zu. Die Teilnehmer bestätigten mehrfach den Mehrwert dieses Trainings sowohl hinsichtlich des Inhalts und der Methodik als auch hinsichtlich anderer alternativer Herangehensweisen bzw. zusätzlicher Angebote in der Entwöhnungsbehandlung. Dies wurde auch von den Patienten bestätigt, die nicht in die Pilotstudie integriert, aber durch den Übergang beteiligt waren und einzelne Module des GPS-Trainings absolvierten.

Nach Absprache mit dem Lenkungsgremium der Suchthilfe Klinik Salzburg wurde das GPS-Training, wie oben beschrieben, anstelle eines zuvor vorhandenen Programmes in das Klinik-Programm aufgenommen. Der Kostenträger einer stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung fordert die verpflichtende Teilnahme der Patienten am gesamten Klinik-Programm, in diesem Fall damit auch an der neuen Trainingsintervention, womit keine Freiwilligkeit der Teilnahme gewährleistet werden konnte. Dies bringt potenziell eine ambivalente, skeptische oder ablehnende Haltung der Teilnehmer mit sich, was sich auch in den dokumentierten Kommentaren zeigte. Mangelnde Freiwilligkeit kann sich auf die Effektivität der Trainingsmaßnahme auswirken und muss daher besonders fokussiert werden. Aus diesem Grund wurde speziell in der Einführungsphase und bei Hinführung zu den Themen besonders darauf geachtet, den entsprechenden Dynamiken ausreichend Aufmerksamkeit zu schenken. Eine geschlossene Gruppe, die über den ganzen Zeitraum des Trainings konsistent bleibt, würde diese Herausforderung erleichtern. Durch die Blockaufnahme konnte und kann dies zukünftig nicht erfolgen, daher sollten adäquate Kapazitäten für diese Thematik bereitgestellt werden. Unterstützend ist noch anzumerken, dass die Teilnahme an den einzelnen Elementen des Klinik-Angebots nicht freiwillig ist, die Inanspruchnahme einer finanzierten Alkoholentwöhnung hingegen schon. Ein weiterer Vorteil der bedingten Freiwilligkeit ist, dass es zu keiner Verzerrung, zu einer Stichprobenselektion kommt. Freiwillige Teilnahme könnte hinsichtlich Engagements und Motivation die Ergebnisse beeinflussen.

Ein weiterer wichtiger Punkt zur Exploration und Erprobung in Studie II war die Umsetzung der logistisch anspruchsvollen Datenerhebung des Hauptfragebogens. Alle Patienten füllten zu drei Testzeitpunkten einen Fragebogen aus, zu dem individuell für den Klinikablauf passende Termine koordiniert werden mussten. Das schriftliche und mündliche Feedback der Patienten dokumentiert eine positive Umsetzung. Die beobachtbaren Herausforderungen der Trainerin geben dennoch Anlass, Anpassungen in der Hauptstudie vorzunehmen. Die verbindliche Terminvereinbarung zur Diagnostik sollte zukünftig noch mehr betont, die Einhaltung der Termine begleitet und die Umsetzung patientengerecht gestaltet werden, um Datenverluste zu vermeiden. Das bedeutet eine dauerhafte Anwesenheit der anleitenden Person, um für Erklärung und Erläuterung zur Verfügung zu stehen und zu verhindern, dass eine Antwort willkürlich aufgrund mangelnden Verständnisses gewählt wird. Zudem können Konzentrations- und Motivationsschwächen erkannt und passend behandelt werden. Die statistische

Verarbeitung der gewonnenen Datensätze erfordert in der Vorbereitung ein Matching der Datensätze von drei Messzeitpunkten. Um die Anonymität zu gewährleisten, wurde zu Beginn jeder Datenerhebung ein individueller Code erstellt, mithilfe dessen die Datensätze zusammengeführt werden konnten. Zur Erstellung dieses Codes wurde eine schriftliche und mündliche Anleitung bereitgestellt. In Studie II hat sich dies als schwerwiegende Hürde erwiesen. Die Datensätze konnten nur mit erheblichem Aufwand zugeordnet werden, was eine zukünftig enge Begleitung und Kontrolle durch eine anleitende Person zu Lasten der Anonymität nahelegt.

Im Hinblick auf die CONSORT-Richtlinien wurde Studie II zufriedenstellend umgesetzt. Das Forschungsvorhaben ist adäquat dokumentiert, das Vorgehen ist regelgeleitet, die Stichprobe bildet die angestrebte Zielgruppe ab, und es wurde eine formative und summative Evaluierung vorgenommen. Zudem wurden die Ebenen I, II und III der Evaluierungsstruktur nach Kirkpatrick und Kirkpatrick (2006) dokumentiert. Insgesamt konnten durch Studie II, die Pilotierung der Trainingsintervention, die formulierten Forschungsfragen ausreichend gut beantwortet werden. Durch die Studie II dieses Forschungsvorhabens und den daraus gewonnenen Informationen wurde die externe Validität erhöht und die Fortführung des Forschungsprojekts unter Einhaltung wissenschaftlicher Standards ermöglicht.

#### 3.2.4.3 Ausblick und Implikation für die Forschung und Praxis

In Studie II werden durch die Einschätzung der teilnehmenden Patienten wichtige Erkenntnisse zur Optimierung der geplanten Trainingsintervention gewonnen. Sowohl die formative als auch die summative Evaluation stärken die externe Validität dieser Studie. Zusammengefasst unterstützen und rechtfertigen die Ergebnisse der Pilotierung die Implementierung der Trainingsmaßnahme in größerem Rahmen für Studie III unter Berücksichtigung der oben genannten Verbesserungsvorschläge.
Die überwiegend positiven Rückmeldungen des schriftlichen und mündlichen Feedbacks aus Studie II bestätigen die Akzeptanz und Befürwortung der Trainingsintervention und legen nahe, diese in die Entwöhnungsbehandlungen zu integrieren. Es gilt aber besonders darauf zu achten, die Kapazitäten von Menschen mit Alkoholabhängigkeitserkrankung zu beachten. Die Inhalte müssen adäquat und gut aufbereitet sein, d. h. reduziert, gut verständlich und sich wiederholend, damit Patienten optimal profitieren können. Es muss abgewogen werden, welche Themen sich für ein Gruppensetting und die zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen eignen. Es muss ein angemessener zeitlicher Rahmen gewählt werden, damit es zu keiner Überforderung kommt.
Zudem müssen potenziell ablehnende Haltungen erwartet, berücksichtigt und behandelt werden. Das Training ist Teil des Klinikprogramms und daher verpflichtend. Sowohl grundsätzliche Skepsis als auch keine autonome Entscheidungsfreiheit zur Teilnahme müssen als Hürden berücksichtigt werden und erfordern vor allem zu Beginn eine bedachte Hin- bzw. Einführung in die Thematik und das Training.

Die aktive Beteiligung der Teilnehmer muss besonders unterstützt und gefördert werden, da es speziell in Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen zu einer starken Reduktion der Selbstwirksamkeitserwartung kommen kann. Das bedeutet, dass der Fokus besonders auf praktischen Übungen liegen sollte, die den Patienten ermöglichen, aktiv positive Erfahrungen zu sammeln.
Für zukünftige Forschung ist es wichtig, ein optimales Aufwand-Outcome-Verhältnis der eingesetzten Techniken und Verfahren zu planen. Es muss zwischen Informationsgewinn, Ökonomie und Zumutbarkeit abgewogen werden. Zudem ist es für Forschungsvorhaben im Kontext der Behandlung von Alkoholabhängigkeit besonders wichtig, die spezifischen Merkmale, die diese Erkrankung mit sich bringt, zu berücksichtigen, damit valide Daten gewonnen werden können. Es gilt auch hier die Kapazitätsgrenzen sowohl auf kognitiver Ebene als auch die zur Verfügung stehende Energie zu bedenken.

Die insgesamte positive Rückmeldung unterstützt in jedem Fall die Implementierung von Maßnahmen und Therapien, die Selbstmanagementkompetenzen fördern und positive Auswirkungen wie verbesserte mentale Stärke, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit thematisieren und damit Recovery-Kapital aufbauen, und rechtfertigt es, weitere Forschung voranzutreiben.

## 3.3 Studie III: Evaluation einer Trainingsintervention

In der Hauptstudie (Studie III) der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit wird die auf Basis des theoretischen Hintergrunds (siehe Kapitel 2.1, 2.2, 2.3 und 2.4), der gewonnenen Informationen aus Studie I (Interviewstudie) und Studie II (Probelauf) konzipierte und adaptierte Trainingsintervention im Feldexperiment evaluiert. Es erfolgt zunächst eine Erläuterung des methodischen Vorgehens (siehe 3.3.1), daraufhin eine hypothesengeleitete und explorative Analyse der erhobenen Daten (siehe 3.3.2) und final werden das methodische Vorgehen und die Ergebnisse diskutiert sowie die Implikation für Praxis und Wissenschaft dargestellt (siehe 3.3.3).

### 3.3.1 Methode

Das grundlegende Vorhaben dieses Wissenschaftsprojekts ist, eine wirksame Methode zu generieren, die Patienten mit Alkoholabhängigkeitserkrankung langfristig bei der Bewältigung und dem Umgang mit dieser chronischen Erkrankung unterstützt. Zu diesem Zweck soll eine Trainingsintervention für die stationäre Langzeitentwöhnung entwickelt und wissenschaftlich fundiert überprüft werden. Dazu werden Daten vor ($t_1$) und nach ($t_2$) der sechs-wöchigen Trainingsintervention erhoben, die in der zweiten Hälfte einer 90-tägigen stationären Behandlung stattfindet. Ein weiterer Messzeitpunkt ($t_3$) 12 Wochen nach der Entlassung aus der stationären Entwöhnungsbehandlung soll die Nachhaltigkeit untersuchen. Um ein umfassendes Bild zu erhalten, werden die Daten zusätzlich am Beginn ($t_0$) der stationären Therapie erfasst (Baseline-Erhebung). Ziel der Intervention ist der Aufbau von spezifischen Selbstmanagementfähigkeiten, die in einer Verbesserung mentaler Stärke und der Steigerung von Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Vitalität sowie der Reduktion psychischer Belastung und dysfunktionaler Kognitionen resultieren. Das Training und die beschriebenen Folgen sollen sich als Recovery-Kapital, als protektiver Faktor in Bezug auf eine Alkoholabhängigkeitserkrankung und positiv auf die alkoholbezogene Zukunftszuversicht des Patienten auswirken. Besonders hervorgehoben werden soll die Selbstermächtigung und das Empowerment der Patienten: das Erkennen und Verstärken eigener Fähigkeiten, das Erlernen neuer Kompetenzen, die beschriebene Folgen mit sich bringen. Das Training resultiert aus der Integration bereits bestehender Forschung zu positivem Selbstmanagement (vgl. Kapitel 2.1), Wirkfaktoren und Erfolgskriterien in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit (vgl. Kapitel 2.1.3 und 2.2.3), den Ergebnissen der qualitativen Interviewstudie (Kapitel 3.1.3) und dem Probelauf (3.2.3) und wurde vor dem Hintergrund der theoretischen Annahmen des Modells „Gesundheitsbezogenes positives Selbstmanagement“ konzipiert. Die Annahmen des Modells werden mit der

Trainingsintervention anwendungsbezogen operationalisiert und damit wird die Verbindung zwischen Theorie und Praxis hergestellt.

Wissenschaftliche Evaluation dient dazu, Qualität und Wirksamkeit zu überprüfen und eine evidenzbasierte Grundlage zu schaffen, um Entscheidungen zu treffen, in diesem Fall, um Behandlungen von Alkoholabhängigkeit weiterzuentwickeln und zu optimieren und aktiv in den bestehenden Klinikablauf zu integrieren. Nach Soellner (2021) ist Evaluation „die systematische Untersuchung von Gegenständen oder Sachverhalten (…) mit dem Ziel einer Bewertung“, und zusätzlich müssen „die erzielten Ergebnisse, Schlussfolgerungen oder Empfehlungen dabei nachvollziehbar auf empirisch gewonnenen qualitativen bzw. quantitativen Daten beruhen“. Die Daten müssen objektiv gesammelt, analysiert und interpretiert werden, um eine valide Bewertung zu ermöglichen. In der vorliegenden Hauptstudie werden Daten aus unterschiedlichen Evaluations-Ebenen verwendet. Sowohl die unmittelbare Reaktion der Teilnehmer der Trainingsintervention (Feedback, Evaluations-Ebene I und III) als auch Selbstbeschreibungsmaße (Evaluations-Ebene II und III) (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006) der Variablen des Modells „Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ werden als Information herangezogen, um eine adäquate Bewertung zu gewährleisten und sowohl Wirksamkeit als auch den Transfer abzubilden. Neben der Wirksamkeit des Trainings in Bezug auf verschiedene Variablen, sollen der Einfluss und der Zusammenhang anderer Wirkfaktoren beleuchtet werden (Alter, Engagement, Extraversion). Mit der Untersuchung verschiedener Determinanten und Subgruppen soll der Frage nachgegangen werden, ob verschiedene Teilnehmer unterschiedlich von dem Training profitieren bzw. für welche Teilnehmer bzw. unter welchen Umständen das konzipierte Training am wirksamsten ist.

#### 3.3.1.1 Stichprobe

Die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung bestand aus 191 männlichen Personen, die sich als Patienten der Suchthilfe Salzburg einer 90-tägigen Alkoholentwöhnungsbehandlung unterzogen. Die a priori erstellte G*Power-Analyse bei einer ANOVA mit Messwiederholung mit einer Effektstärke von $\eta^2 = .33$ und einer Power von .80 ergab einen Stichprobengrößenbedarf von N = 92. Die Suchthilfe Klinik Salzburg betreibt zwei Häuser, aus denen die Patienten ursprünglich randomisiert der Trainingsgruppe (=Treatmentgruppe) und der Vergleichsgruppe zugeordnet werden sollten. Aufgrund der Corona-Bedingungen und damit einhergehend der gesetzlich bestimmten Kontaktbeschränkungen war es nicht möglich, die Patienten der beiden Häuser zu mischen und den Gruppen wie geplant vollständig randomisiert zuzuordnen. Daher generierten sich die Teilnehmer der Treatmentgruppe (N = 114) aus dem Haus I der Suchthilfe Salzburg und die Teilnehmer der Vergleichsgruppe (N = 77) aus dem Haus II der Suchthilfe Salzburg und zusätzlich aus nicht am Training teilnehmenden Patienten des Hauses I. Die Teilnehmerzahl wurde durch Abbrüche der Behandlung oder Entlassungen (auch durch

COVID-19-Situation bedingt) (N = 47), sprachlicher Limitationen (N = 8), unvollständiges Ausfüllen der Selbstbeschreibungsmaße (N = 20), mangelnde Teilnahme an der Trainingsintervention (N = 5), extremes Antwortverhalten (N = 1) oder kognitive Einschränkungen (N = 6) auf 104 Teilnehmer reduziert. Es sind 87 Personen aus der Studie ausgeschieden, das entspricht einer Drop-out-Quote von 45.5 %. Das Durchschnittsalter der Treatmentgruppe lag zum ersten Messzeitpunkt bei 46 Jahren (M = 45.53; SD = 11.26) und bei der Vergleichsgruppe bei 48 Jahren (M = 48.11; SD = 8.89). Den durch die Einzeltherapeuten dokumentierten Angaben zufolge lag die durchschnittliche Therapiebereitschaft auf einer Skala von gering (1) bis hoch (5) bei der Treatmentgruppe bei 4.32 (SD = 0.91) und bei der Vergleichsgruppe bei 3.98 (SD = 1.13). Die Angaben zur gleichskalierten Krankheitseinsicht ergaben bei der Treatmentgruppe einen Mittelwert von 4.25 (SD = 1.21) und bei der Vergleichsgruppe einen Mittelwert von 4.19 (SD = .92). Die durchschnittliche Abstinenzmotivation lag bei der Treatmentgruppe bei 4.21 (SD= 1.13) und bei der Vergleichsgruppe bei 4.31 (SD= .87). Die Ergebnisse sind in einer Übersicht in Tabelle 15 dargestellt. Alle Mittelwerte liegen über dem Skalenmittelwert von 3 und können daher als überdurchschnittlich bzw. hoch eingeschätzt werden.

*Tabelle 15: Angaben zu Therapiebereitschaft, Krankheitseinsicht und Abstinenzmotivation*

| | TG (N=52) | VG (N=52) |
|---|---|---|
| Therapiebereitschaft | 4.32(0.91) | 3.98 (1.13) |
| Krankheitseinsicht | 4.25 (1.21) | 4.19 (0.92) |
| Abstinenzmotivation | 4.21 (1.13) | 4.31 (0.87) |

*Anmerkung: Angegeben sind die Mittelwerte und Standardabweichungen.*

Die Sozialdatenblätter zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Entwöhnungsbehandlung dokumentieren Angaben zu Schulabschluss, Ausbildung, derzeitiger Erwerbssituation, Familienstand und Wohn- und Lebenssituation. Sie können Tabelle 16 entnommen werden. Demnach hatten in der Treatmentgruppe 4 Personen einen Sonderschulabschluss, 41 Personen einen Hauptschulabschluss und 4 Matura/Abitur. In der Vergleichsgruppe hatte 1 Person einen Sonderschulabschluss, 42 Personen einen Hauptschulabschluss und 6 Personen Matura/Abitur. Sechs Personen machten keine Angaben. Hinsichtlich des Familienstands gaben 19 Personen der Treatmentgruppe an, ledig zu sein, 14 leben in einer Lebensgemeinschaft oder sind verheiratet und 13 sind getrennt oder geschieden. In der Vergleichsgruppe gaben 21 Personen an, ledig zu sein, 16 leben in einer Lebensgemeinschaft oder sind verheiratet und 10 leben getrennt. 14 Personen der gesamten Gruppe machten keine Angaben. Bezüglich der Lebenssituation gaben 6 Patienten der Treatmentgruppe an, mit dem Partner zu leben, eine Person mit dem Kind, 8 mit Partner und Kind, 3 mit einem Elternteil. 24 Patienten gaben an,

alleine zu leben und 3 wählten die Option „mit sonstigem“. In der Vergleichsgruppe gaben 10 Patienten an, mit dem Partner zu leben, eine Person mit dem Kind, 7 Personen mit Partner und Kind, 3 gaben an, mit einem Elternteil zu leben, und 26 alleine. 10 Personen machten hierzu keine Angaben. In folgender Tabelle 16 finden sich die prozentualen Angaben zu den demographischen Daten.

*Tabelle 16: Angaben zu demographischen Parametern der Treatment- und Vergleichsgruppe in %*

| | TG (N = 52) | VG (N =52) |
|---|---|---|
| Schulabschluss | | |
| Sonderschule | 7.69 | 1.92 |
| Hauptschulabschluss | 78.84 | 80.76 |
| Matura | 7.69 | 9.61 |
| Familienstand | | |
| ledig | 36.54 | 40.38 |
| Lebensgemeinschaft/verheiratet | 26.92 | 30.77 |
| getrennt/geschieden | 25.00 | 19.23 |
| Lebenssituation | | |
| lebt mit Partner | 11.54 | 19.23 |
| lebt mit Kind | 1.92 | 1.92 |
| lebt mit Partner & Kind | 15.38 | 13.46 |
| lebt mit Eltern(teil) | 5.77 | 5.77 |
| lebt mit sonst. | 5.77 | 0.00 |
| lebt mit niemand | 46.15 | 50.00 |

#### 3.3.1.2 Vorbereitende Maßnahmen

Die vorliegende wissenschaftliche Untersuchung und das Design weisen eine erhöhte Komplexität auf, sodass sowohl die vorbereitenden Maßnahmen als auch die Methodik nachfolgend ausführlich beschrieben werden.

*Abstimmung mit der Leitung der Suchthilfe Klinik Salzburg.* Alle drei Studien des Wissenschaftsprojekts sind an die Suchthilfe Klinik Salzburg affiliiert und wurden daher in Abstimmung mit dem Lenkungsgremium der Einrichtung durchgeführt. Wie Studie I und Studie II wurde auch Studie III ausführlich der Geschäftsführung, der ärztlichen und der psychologischen Leitung dargestellt und ein schriftliches Konzept, ein Trainingsmanual und ein das Training begleitendes Arbeitsbuch zur Verfügung gestellt. Der potenzielle Mehrwert der Trainingsmaße für die Klinik, die angestrebten positiven Effekte für die Patienten und das dahinterstehende Modell des Positiven Selbstmanagements bzw. des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements wurden schon zu Beginn der Studien dargelegt und sind rasch auf Zustimmung gestoßen und das Projekt wurde bewilligt. Die aufgrund des Probelaufs

vorgenommenen Veränderungen wurden den Verantwortlichen berichtet, und es wurde diesen ebenfalls zugestimmt. Die genaue Umsetzung und Integration in den Klinikablauf wurden koordiniert und aufgrund der Corona-Situation nochmals adaptiert. Wie oben beschrieben konnten die Teilnehmer der Untersuchung nicht randomisiert der Treatment- bzw. Vergleichsgruppe zugeteilt werden. Zudem musste der ursprünglich verankerte Zeitplan angepasst bzw. flexibel gestaltet werden, da zu diesem Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden konnte, ob die Pandemiesituation das Klinikgeschehen beeinflussen und es so eventuell zu Verzögerungen kommen würde. Diese erschwerten Bedingungen wurden rückgesprochen, erneut beurteilt und der Umsetzung unter besonderen Umständen dennoch zugestimmt. Der ursprünglich angesetzte Zeitraum für die Durchführung der Studie III von 2021 bis 2022 wurde mit einem offenen Ende angepasst. Eine weitere Besonderheit, die der Vorbereitung bedurfte, war die Erhebung der erforderlichen Daten. Sowohl Erhebungsmethode als auch dafür benötigte Zeitfenster mussten flexibel und exakt geplant gestaltet werden. Die Art und Weise der Erhebung musste das Möglichkeitsspektrum von Patienten mit Alkoholabhängigkeitserkrankung abdecken und gleichzeitig wissenschaftliche Standards erfüllen. Konkret waren dazu sowohl digitale als auch Papier-und-Bleistift-Versionen der Selbstbeschreibungsmaße notwendig, es bedurfte jeweils eines individuellen Zeitfensters für jeden Patienten zu drei Messzeitpunkten und deren Integration in den Klinik-Wochenplan. Zudem war es nötig, zu jedem Termin eine Person zur Unterstützung bzw. Begleitung zur Verfügung zu stellen. Die Datenerhebung und die Trainingsintervention mussten mit dem bestehenden Therapieplan terminiert werden. Für das Training konnte ein geeignetes Zeitfenster vereinbart werden, die Datenerhebung, also die Beantwortung der Selbstbeschreibungsmaße, wurde individuell koordiniert und war den anderen verpflichtenden Terminen der Patienten in der Klinik nachgereiht. Das gesamte Klinikteam wurde ausführlich informiert, und es wurde die Möglichkeit gegeben, Rückfragen zu stellen oder Bedenken bekannt zu geben. Seitens des Klinik-Teams wurden keine Einwände erhoben, im Gegenteil, das Vorhaben ist auf große Zustimmung gestoßen. Trotz des hohen administrativen Aufwands und der erschwerten und ungewissen Bedingungen durch die COVID-19-Situation konnte eine gute Vereinbarung für die Durchführung gefunden werden, und dem Wissenschaftsprojekt stand von der Seite der Suchthilfe Klinik Salzburg nichts mehr im Wege.

*Ethikkommission.* Die Einhaltung von ethischen Richtlinien gemäß der „Declaration of Helsinki“ (World Medical Association, 2013) ist bei psychologischen Untersuchungen obligat und wird von der zuständigen Ethikkommission überprüft. Der potenzielle Nutzen einer wissenschaftlichen Untersuchung muss die Kosten, d. h. Aufwände und Belastungen, übersteigen, zudem muss ein Schaden ausgeschlossen werden. In der vorliegenden Studie ist ein ethisch sensibles Vorgehen besonders relevant, da die Teilnehmer Patienten mit einer psychischen und körperlichen Erkrankung sind, die häufig schambesetzt ist und denen die Betroffenen nach wie vor Stigmatisierung ausgesetzt sind. Die Ethikkommission

der Universität Koblenz-Landau wurde zur Begutachtung der Studie III konsultiert. Eine Checkliste und eine genaue Beschreibung der Daten, die erhoben werden sollen, und das konkrete praktische Vorgehen wurden dargestellt, und die Ethikkommission des Fachbereichs 8 der Universität Koblenz-Landau bewilligte das Forschungsprojekt am 07.10.2021 mit der Begründung, dass das geplante Forschungsvorhaben die aktuellen ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e. V. (DGPs) und des Bundesverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDG) geforderten Grundsätze für wissenschaftliche Forschung erfüllt und die erforderlichen Maßnahmen und Vorkehrungen zur Sicherstellung der ethischen Vertretbarkeit der Ziele und Verfahrensweisen getroffen wurden. Damit war die Umsetzung des Forschungsvorhabens aus ethischen Standpunkten möglich.

*Information und freiwillige Teilnahme der Patienten.* Neben der Befürwortung des Lenkungsgremiums der Suchthilfe Klinik Salzburg und der Bewilligung der Ethikkommission mussten die teilnehmenden Patienten ausreichend informiert und die Bestätigung zur freiwilligen und anonymisierten Teilnahme an dem Wissenschaftsprojekt bzw. zur Verwertung der erhobenen Daten eingeholt werden. Die Suchthilfe Klinik Salzburg betreibt zwei Häuser mit insgesamt 37 stationären Betten zur 90-tägigen Alkoholentwöhnungstherapie. Die Studie III wurde ausschließlich in der Suchthilfe Klinik Salzburg mit den zu diesem Zeitraum anwesenden Patienten umgesetzt. Die Durchführung erforderte äußerste Sensibilität, da sich die Patienten während der Behandlung in einer Phase der Veränderung ihres Lebens befinden und die geplante Datenerhebung eine persönliche Einschätzung der eigenen Situation beinhaltet. Zudem war das Training durch die interaktiv geplanten Anteile potenziell eine Herausforderung. Jeder Patient wurde vorab schriftlich und mündlich ausführlich über das geplante Vorhaben informiert, es konnten jederzeit Rückfragen gestellt werden, und es wurde mehrfach explizit darauf hingewiesen, dass die Verwendung der erhoben Daten freiwillig sei, dass man die Teilnahme zu jedem Zeitpunkt beenden könne und dass alle Daten ausschließlich anonymisiert verwendet werden. Zu diesem Zweck wurde zu den drei Messzeitpunkten eine umfangreiche Information über das Ziel und den genauen Inhalt des Forschungsprojekts gegeben und die schriftliche Einverständniserklärung eingeholt. Eine genaue Beschreibung des Anonymisierungsverfahrens erfolgte ebenso. So konnte gewährleistet werden, dass keine Unsicherheiten bei den Patienten und der „Informed Consent“ bestand.

#### 3.3.1.3 Untersuchungsdesign und Trainingsablauf

Nachdem im vorigen Teil die vorbereitenden Maßnahmen dargestellt wurden, werden im nächsten Kapitel das Versuchsdesign und der konkrete Ablauf der Trainingsintervention erläutert.

*Design*. Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um ein quasi-experimentelles Feldexperiment, eine naturalistische Forschung, in der eine Treatmentgruppe, die an einer Trainingsintervention teilnimmt, einer Vergleichsgruppe gegenübergestellt wird. Varianzanalytisch ist dies ein sogenanntes 2 × 3-Design mit dem zweistufigen Zwischensubjektfaktor Gruppe (TG; VG) und dem dreistufigen Innersubjektfaktor Zeit ($t_1$, $t_2$, $t_3$). Der Testzeitpunkt $t_0$ (zu Beginn der Entwöhnungsbehandlung) wird zum Erhalt eines Gesamtbildes und zur explorativen Analyse herangezogen. Die Testzeitpunkte $t_1$ (vor der Trainingsintervention), $t_2$ (direkt im Anschluss an die Trainingsintervention) und $t_3$ (drei Monate nach der Entlassung aus der stationären Behandlung) werden zur Wirksamkeitsprüfung der Intervention verwendet. Wenn die Größe der Gruppen übereinstimmt, können mit dem vorliegenden Design Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge festgestellt werden. Um dem Problem der mangelnden Kontrolle von Störvariablen durch Randomisierung gerecht zu werden, wurden die Stichproben genauer auf Vergleichbarkeit, also auf signifikante Unterschiede oder Zusammenhänge, untersucht. Dies wird in Kapitel 3.3.3.2.3 dargestellt. Zudem werden die Bestätigung des oben beschriebenen Modells und der Einfluss unterschiedlicher Determinanten untersucht.

*Untersuchungsablauf.* Die sechswöchige Trainingsintervention erfolgte in der zweiten Hälfte der 90-tägigen bzw. 12-wöchigen Entwöhnungsbehandlung, also in den letzten sechs Wochen. Zur Überprüfung der Wirksamkeit des Trainings, zur Untersuchung der Determinanten und zur Bestätigung des Modells wurden Selbstbeschreibungsmaße eingesetzt. Der Testzeitpunkt $t_0$ wurde für die ersten 5 Tage der Entwöhnungsbehandlung, Testpunkt $t_1$ für direkt vor (Tag 43–45) und Testzeitpunkt $t_2$ für direkt im Anschluss (Tag 85–90) an die Trainingsintervention festgelegt. Um die Nachhaltigkeit der Effekte festzustellen, wurde der Testzeitpunkt $t_3$ drei Monate nach der Entlassung aus der Klinik angesetzt. Da in der Suchthilfe Klinik Salzburg keine Blockaufnahme der Patienten stattfindet, startete das Training für jeden Teilnehmer individuell in der 6. oder 7. Woche, und jeder teilnehmende Patient erhielt individuelle Zeitpunkte zur Bearbeitung der Selbstbeschreibungsmaße. Es musste vorher ermittelt werden, in welcher Form die Datenerhebung durchgeführt werden konnte, d. h., ob eine Papier-und-Bleistift-Version nötig war oder ob die betreffende Person den Fragebogen digital bearbeiten konnte. Dies ist von den Fähigkeiten und/oder dem Krankheitsfortschritt abhängig. Dazu musste ein geeigneter Raum bzw. PC-Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt werden. Die Untersuchungsleiterin stand während der Dauer der Datenerhebung für Rückfragen zur Verfügung und unterstützte die adäquate Erstellung des Codes zur Anonymisierung. Es war besonders wichtig, die teilnehmenden Patienten zu allen Testzeitpunkten und bei der Erstellung der Codes zu begleiten, da die Datensätze zur Auswertung zusammengeführt werden mussten. Um sicherzustellen, dass alle Patienten die Fragebögen innerhalb eines festgelegten Zeitraums ausfüllen, wurde eine Liste mit entsprechenden Angaben geführt, die zur Koordination der Testzeitpunkte diente. Eine Verwahrung der Liste innerhalb der Klinik und die

beschränkte Zugänglichkeit waren gegeben. Der Versuchsplan der Studie III ist in Tabelle 17 dargestellt.

*Tabelle 17: Versuchsplan Studie III*

| | Woche 1 | Woche 5- 6 | Woche 6 - 11 | Woche 12 | Woche 24 |
|---|---|---|---|---|---|
| Gruppe | | | | | |
| TG | $t_0$ | $t_1$ | $X_{0-6}$ | $t_2$ | $t_3$ |
| VG | $t_0$ | $t_1$ | | $t_2$ | $t_3$ |

*Anmerkung: TG = Treatmentgruppe, VG = Vergleichsgruppe, $X_{0-6}$ = Treatment GPS Training Modul 1 - 6, $t_3$; 3 Monate (follow-up) nach der Entlassung aus der Behandlung statt*

#### 3.3.1.4 Das Training

Die auf Basis von Theorie, vorhandenen Studienergebnissen und praktischer Erfahrung entwickelte und nach Studie I und Studie II angepasste Trainingsintervention verfolgt das Ziel, Selbstmanagementkompetenzen bei Menschen mit Alkoholabhängigkeitserkrankung aufzubauen, dabei mentale Stärke zu fördern, Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Vitalität zu verbessern und psychische Belastung und dysfunktionale Kognitionen zu reduzieren. Damit sollen Voraussetzungen geschaffen werden, die die Bewältigung einer Abhängigkeit erleichtern und die Zuversicht und Zukunftsperspektive fördern, ein zufriedenes, autonomes Leben ohne Alkohol führen zu können.

*Ablauf.* Das sechswöchige Training fand als Teil des Therapieplans im Haus II in der zweiten Hälfte der 12-wöchigen (90 Tage) stationären Entwöhnungsbehandlung der Suchthilfeklinik Salzburg statt. Das Training beinhaltete sechs in sich geschlossene Module, jeweils zu einem spezifischen Thema (siehe Trainingskonzept-Anhang). Aufgrund der Erkenntnisse aus Studie I und Studie II wurden die Plenumseinheiten in jedem Modul von 3 auf 2 Einheiten gekürzt (= 2 × 50 Min.). Die Diskussionseinheit (= 60 Min.) und der Umfang der Eigenarbeit (Transferaufgaben) (= circa 60 Min.) wurden geringfügig angepasst. Die Plenumseinheiten fanden jeweils dienstags zwischen 09:00 und 11:00 Uhr statt, die Diskussions-Einheiten fanden jeweils freitags von 09:00 bis 10:00 Uhr statt. Damit war ein angemessener Zeitraum zur Verarbeitung und Auseinandersetzung mit den Inhalten gegeben und die bestmöglichen Voraussetzungen für den Austausch in der Gruppe waren gewährleistet. Die Eigenarbeit konnte über die Woche selbstständig organisiert und eingeteilt werden. Damit umfasste das Training circa 4 Stunden pro Woche. Da es, wie beschrieben, in der Suchthilfe Salzburg keine Blockaufnahme gibt, starteten die Patienten der Treatmentgruppe zu unterschiedlichen Zeitpunkten (Modulen). Damit befanden sich fortlaufend zwischen 8 und 12 Patienten (der insgesamt 20 bis 22 Patienten) in der Trainingsgruppe. Um den Start zu erleichtern, wurden jedem Patienten, der neu beginnt, vor seinem ersten

Modul der Ablauf und die Aufgaben erläutert. Von dem in Studie II beschriebenen Probelauf erfolgte ein fließender Übergang in Studie III. Die Datenaufnahme für Studie III erfolgte von 2021 bis Sommer 2023. Eine Übersicht der Datenaufnahmestruktur findet sich in Tabelle 17.

*Inhalt.* Die Inhalte und der genaue Ablauf der Plenumseinheiten, der Diskussionsrunden und der Aufgaben der Eigenarbeit wurden bereits in Studie II beschrieben. Daher werden hier die Veränderungen erläutert und ein Überblick in Tabelle 18 gegeben. Die wichtigste Anpassung ist der Austausch der trainierten Selbstmanagementkompetenzen *Reduktion dysfunktionaler Kognitionen* in *Achtsamkeit*. Wie in der Diskussion der Studie II erläutert, hat sich gezeigt, dass die psychoedukativen Informationen, die Transferaufgaben und praktischen Übungen zu dieser Thematik zu komplex und zu umfangreich für die vorhandene Zeit und die Zielgruppenkapazitäten sind. Die Selbstmanagementkompetenz Achtsamkeit stellt, wie in Kapitel 2.2 dargestellt, eine zentrale und wichtige Fähigkeit für die Bewältigung und den Umgang mit einer Abhängigkeitserkrankung dar. Zudem greift sie mit den anderen im Training integrierten Selbstmanagementkompetenzen ineinander und konnte mit theoretischer Erläuterung und praktischer Anwendung in jedes einzelne Modul des GPS-Trainings implementiert werden. Außerdem wurde der zeitliche Rahmen auf zwei statt drei Einheiten gekürzt, da dies der Aufmerksamkeitsspanne der teilnehmenden Patienten besser entsprach. Damit einher ging eine Reduktion der Psychoedukation der theoretischen Hintergründe. Die Themen wurden weitgehend beibehalten, in der Umsetzung wurde darauf geachtet, die wichtige Information zu transportieren, dabei aber nicht zu detailliert zu werden. In der Konzeption und Adaptation der Trainingsintervention „GPS – Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ war es wichtig vor wissenschaftlich fundiertem Hintergrund und dazugehörigen Modellen Inhalte und Übungen zur Positiven Psychologie und zu den Selbstmanagementfähigkeiten Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie, Positivem Gesundheitsverhalten und Achtsamkeit zu vermitteln. Besondere Beachtung fand die Gestaltung eines passenden Verhältnisses zwischen Theorie und Praxis. Für die psychoedukativen Teile wurde die Präsentation mit Flipchart gewählt, da ein gewisser Teil der Patienten unerfahren mit digitaler Vermittlung von Inhalten war. Die praktischen Übungen wurden möglichst vielfältig als Einzel-, Gruppen- oder Partnerübungen gestaltet. Eine Zusammenfassung im Plenum oder die Erarbeitung verschiedener Inhalte in der Plenumsrunde vervollständigten ein abwechslungsreiches Angebot. Die Gestaltung der Trainingsmodule verfolgte trotzdem eine ähnliche Struktur, und die Art der Übungen wiederholte sich mit dem Ziel, den Patienten Sicherheit zu vermitteln und damit die Zugänglichkeit zu erhöhen. Die Einzel- oder Gruppenübungen wurden zudem von der Trainerin unterstützend begleitet und es wurde explizit Raum für individuelle Fragen bereitgestellt. Als Hilfestellung und Anleitung bzw. zum Nachlesen der Inhalte diente das ausführliche begleitende Arbeitsbuch. Ein wichtiges Anliegen der Plenumseinheiten

war die Übung, um Inhalte praktisch erfahrbar zu machen und damit die Erleichterung der Überführung der gelernten Techniken in den individuellen Alltag.

Im Modul I *Ziele & Motivation* wurde der theoretische psychoedukative Input reduziert, die Formulierung eines Ziels nach dem POSITIV-Zielrahmen (C. Blickhan, 2015) wurde einfacher und weniger detailliert gestaltet und der Fokus auf ein positiv, intrinsisch, im Präsens formuliertes Annäherungsziel gelegt. Die Ausformulierung der Ziele nach dem POSITIV-Zielrahmen wurde als Wochenaufgabe deklariert. Eine kurze Erläuterung des Achtsamkeitskonzepts (Kabat-Zinn, 2003a, 2003b, 2015) wurde vor der Imaginationsübung integriert und um die definierte Achtsamkeitsübung Body-Scan erweitert. Im zweiten Teil der Einheit wurde der Fokus auf unterschiedliche Motivationsformen, dargestellt am Motivationskontinuum nach Deci und Ryan, gelegt. Auch hier wurde die theoretisch-psychoedukative Erläuterung gekürzt, mehr Gewicht auf den praktischen Bezug gelegt und die Erklärung zu psychologischen Grundbedürfnissen nur noch marginal implementiert.

Das Modul II „*Wege & Hindernisse"* wurde am meisten transformiert, da hier ursprünglich der psychoedukative Hauptteil der Selbstmanagementkompetenz „Reduktion dysfunktionaler Kognitionen" verortet war. Der erste Teil der Einheit zur Hope Theory (Snyder, 1994, 2000; Snyder et al., 2000a, 2000b; 2002) wurde mit mehr zeitlicher Kapazität ausgestattet, der zweite Teil behandelt jetzt mit der WOOP-Methode (Oettingen, 2015) potenzielle Hindernisse und Lösungsstrategien. Es wird insbesondere auf positives Gesundheitsverhalten und Achtsamkeit als Strategien eingegangen. Diese Inhalte dienen auch der Unterstützung der Umsetzung der Transferaufgaben.

Das Modul III *Wohlbefinden & Zufriedenheit* behandelt klassische Kernthemen der Positiven Psychologie. Dazu gehören Konzepte des Wohlbefindens (siehe Kapitel 2.3). Die Anpassung betrifft die Kürzung des theoretischen Inputs und die Erweiterung der Imaginationsübung zu einer Achtsamkeitsübung mit Body-Scan und den erlebten positiven Emotionen.

Das Modul IV *Stärken & Flow* wurde insofern verändert, als dass nicht wie bei Studie I an vier unterschiedliche Kategorien von Glück, sondern an das PERMA-Modell von Martin Seligman (2011a, 1011b, 2012) mit dem Konzept „Flow" (Csikszentmihalyi, 1990, 2013) angeknüpft wurde. Im zweiten Teil der Plenumseinheit wurde mehr Zeit für die Erläuterung des Stärkenkonzepts bereitgestellt. Dazu wurden die praktischen Übungen auf eine Stärken-Intervention (Stärken-Timeline) reduziert.

Im Modul V *Soziales Wohlbefinden & Bindung* wurden das Grundbedürfnisse-Konzept nach Deci und Ryan (1985, 2000, 2004, 2008, 2013) und die WHO-Definition zu Gesundheit als Basis herangezogen. Aufgrund der Erkenntnisse aus Studie II wurde dem aktiven Austausch in der Gruppe mehr Zeit eingeräumt. Dies betrifft vor allem den Austausch gemachter Erfahrungen und das Erarbeiten geeigneter Strategien zum Gestalten neuer und/oder gelingender Beziehungen.

Das Modul VI *Selbstfürsorge* wurde adaptiert, indem für die physischen Komponenten mehr zeitliche Kapazität bereitgestellt wurde. Positives Gesundheitsverhalten (Ernährung, Bewegung und Schlaf) als erlernbare Selbstmanagementfähigkeiten und Teil von Selbstfürsorge zu thematisieren, hat sich für Patienten mit Abhängigkeitserkrankung als stark anschlussfähig gezeigt. In Tabelle 18 wird eine Übersicht der adaptierten Trainingsintervention dargestellt.

*Tabelle 18: Trainingsintervention GPS - Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement*

| **Woche/Module** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Titel** | **Ziele & Motivation** | **Wege & Hindernisse** | **Wohlbefinden & Zufriedenheit** | **Stärken & Flow** | **Bindung & Soziales Wohlbefinden** | **Selbstfürsorge** |
| **Themen Plenum** | Zielformulierung | Hope Theory | Flourishing | VIA Stärken | Komponenten des sozialen Wohlbefindens | Körperliche Aspekte |
| **3 Stunden** | POSITIV-Zielrahmen | WOOP | Genießen | Flow | | (Psychische Aspekte) |
| | Motivationskontinuum | | Achtsamkeit | | | Selbstmitgefühl |
| **Gruppe** | Kontroverse Diskussion und Austausch über die Themen des Plenums - wöchentlich | | | | | |
| **1 Stunde** | | | | | | |
| **Eigenarbeit** | 3 gute Dinge -Übung täglich | | | | | |
| Basis-Übungen | Dankbarkeits-Übung wöchentlich | | | | | |
| | Themenspezifischer Maßnahmenplan/Transferaufgaben wöchentlich | | | | | |
| Aufbau-Übungen | Besuch einer Nachsorge | Wochen-Plan | Best Possible Self | 3 gute Dinge mit Stärken | Random Act of Kindness | Selbstfürsorgekalender |
| | Zielformulierung nach dem POSITIV-Zielrahmen | Aktivitäten-Liste | Pleasure Walk | Aktivierung schlafender Stärken | Konkreter Schritt für SK | Positives Gesundheitsverhalten |
| | Am Ende meines Lebens-Übung | Wenn-Dann-Pläne | VIA-Test | | Dankbarkeit - SK | Ernährung<br>Bewegung<br>Schlaf |

#### 3.3.1.5 Material

Für die Bewertung der Trainingsintervention wurden die in Kapitel 2.2.3 beschriebenen Ebenen nach Kirkpatrick und Kirkpatrick (2006) herangezogen. Die Befragung erfasst zum einen die unmittelbare Reaktion der Teilnehmenden auf das Training (Evaluationsebene I) und die tatsächliche Anwendung (Transfer), damit die Auswirkung auf das Verhalten (Evaluationsebene III). Der zweite Fragebogen ist ein zu drei Testzeitpunkten eingesetztes Selbstbeschreibungsmaß, das entweder online oder alternativ als Papier-und-Bleistift-Version dargeboten wurde, um die Wirksamkeit zu überprüfen. Es wird angenommen durch diese Daten auch den Einfluss auf das Verhalten abbilden zu können (Evaluationsebene II + III) (Anhang J). Der letzte Testzeitpunkt fokussiert die Nachhaltigkeit und den Transfer in den Alltag, zudem die Wirksamkeit hinsichtlich alkoholrelevanter Aspekte (Anhang L). Zum Testzeitpunkt vier wurden Papier- und Bleistift-Versionen mit reduzierter Skalenzahl verwendet. Alle Fragebögen enthielten operationalisierte Bewertungskriterien für die Evaluierung der Trainingsintervention.

*Evaluationsebene I und III:* Feedback-Fragebogen. Für die Teilnehmer der Treatmentgruppe wurde individuell nach Beendigung des sechswöchigen Trainings eine Befragung zur GPS-Intervention durchgeführt. Diese Feedbackfragebögen wurden als direkte Reaktion auf die Trainingsmaßnahme und zur Erhebung der Auswirkung auf das Verhalten, damit als Evaluationsebene I und III nach Kirkpatrick und Kirkpatrick (2006), eingesetzt. Die Befragung erfolgte als Papier & Bleistift-Versionen (und beinhaltete eine Bewertung auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „stimmt nicht“ bis „stimmt“). Die Fragen bezogen sich auf die Relevanz und Verständlichkeit der Inhalte, zudem auf Didaktik und Umsetzung. „Die Inhalte des GPS-Trainings waren … interessant, … sinnvoll, … hilfreich“, „Ich werde die gelernten Techniken in der Zukunft anwenden“, „Das Verhältnis zwischen Theorie und praktischer Anwendung war passend“ sind Beispielitems des ersten Teils. Zwei offene Fragen bezogen sich auf als positiv und negativ erlebte Aspekte des Trainings. Die von Balzer und Beywl (2015) postulierte interaktive Evaluationsfunktion ist damit erfüllt. Ein weiterer Teil beinhaltete Angaben zur erfolgten Umsetzung der wöchentlichen Basis- und Aufbau-Übungen (Transfer/Verhalten). Auf die Frage „Wie oft haben Sie folgende Übungen ausgeführt“ konnten die Teilnehmer auf einer fünfstufigen Skala von „nie“ (0%) bis „so oft wie vorgesehen“ (100%) antworten. Zudem wurde explizit gefragt, welche Aufbau-Übungen durchgeführt wurden. Zwölf Fragen zum Schluss erfassten die Einschätzung zum Einfluss der Trainingsintervention auf Selbstmanagementfähigkeiten, Gesundheitsverhalten, Achtsamkeit, Motivation, den Umgang mit Zielen, den Umgang mit Hindernissen, die Wahrnehmung positiver Emotionen, das Verständnis von Stärken, das Verständnis von sozialen Beziehungen, das Wohlbefinden und die psychische Belastung. Es wurde auch hier eine fünfstufige Likert-Skala von „nein“ bis „ja“ verwendet.

Der Fragebogen erfüllt wissenschaftlich validierte Evaluationskriterien (Balzer & Beywl, 2015; Owen & Alkin, 2007).

*Evaluationsebene II und III: Selbstbeschreibungsmaße.* Die Befragung wurde wahlweise mit Limesurvey-Software (Limesurvey GmbH) über den Link https://judithgeissler.limesurvey.net/ oder mit einer Papier-und-Bleistift-Version des Fragebogens durchgeführt. Dies ist die Evaluationsebene II nach Kirkpatrick & Kirkpatrick (2006), die durch eine Prä- und Post-Erhebung den Zugewinn an Kompetenzen und Outcomes ermittelt. Die dritte Ebene nach Kirkpatrick & Kirkpatrick (2006), nach der auch die Verhaltensveränderung, also die Transferleistung, erfasst werden soll, wird hier durch die Reflexion und Selbsteinschätzung angenommen. Die Selbstbeschreibungsmaße entsprechen nach Balzer & Beywel (2015) der dokumentierenden Evaluation. Der Begrüßungstext, die Angaben zum Zweck der Befragung und die Informationen zu Anonymität und Freiwilligkeit waren wie aus Studie II. Den Teilnehmern wurde mitgeteilt, dass die Bearbeitung circa eine halbe Stunde dauern werde, eine Pause möglich sei, aber der Fragebogen innerhalb von 24 h ausgefüllt werden sollte. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt, dass die Antwort, die am besten passt, gewählt werden kann, und dass es die Möglichkeit gibt, sich bei Fragen und Unklarheiten an die begleitende Person zu wenden. Zu Beginn der Befragung generierten die Patienten einen persönlichen Code zur Anonymisierung, mithilfe dessen die Datensätze nach Abschluss der Datenerhebung zusammengeführt werden konnten. Um die Zuordnung zu Treatment- oder Vergleichsgruppe zu ermöglichen, gaben die Patienten im Anschluss an die Code-Erstellung an, ob sie sich in Haus I oder Haus II der Suchthilfe befanden und ob sie sich am Anfang, in der Mitte oder am Ende ihrer 90-tägigen Behandlung (= $t_0$, $t_1$, $t_2$) befanden. Die einzelnen Skalen zu den Konstrukten waren auf separaten Seiten, der Wechsel auf die nächste Seite war nur möglich, wenn alle Items ausgefüllt wurden. Den Status, also wie viel des Fragebogens schon beantwortet wurde, konnte man anhand eines Balkens mit Prozentangaben am oberen Bildrand erkennen.

*Selbstmanagementkompetenzen*. Die Skala zu positivem Gesundheitsverhalten wurde aufgrund der Rückmeldung aus Studie I angepasst und fußt auf den theoretischen Grundlagen (siehe Kapitel 2.3.2) und den Anwendungen von Braun et al. (2017) und Dlugosch & Krieger (1996, 2008). Es wurde dabei positives Gesundheitsverhalten im Sinne der Ernährung, Bewegung und der Schlafhygiene ermittelt. Auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt voll und ganz“ wird eine Einschätzung gegeben. Die anderen Instrumente zur Erfassung der Selbstmanagementkompetenzen „Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie – ATPP“ und „Achtsamkeit - MAAS“ sind wissenschaftlich validiert. Siehe dazu entsprechende Publikationen (Braun, 2019, 2020, 2022; Braun et al., 2017, 2019, 2020, 2022, 2023; Michalak et al., 2011). Der ATPP-Fragebogen wird ebenfalls auf

einer fünf-stufigen Skala von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt voll und ganz“ beantwortet, der MAAS mit 15 Items auf einer sechs-stufigen Skala von „fast nie“ bis „fast immer“. Hier soll eine Einschätzung über das Vorkommen bestimmter täglicher Ereignisse gemacht werden. Um Irritationen für Patienten zu vermeiden, da alle anderen Skalen bei niedrigen Werten eine geringe Ausprägung bedeuten und hohe eine hohe Ausprägung, wurde die Antwortskala umgekehrt dargestellt. Im Original steht ein niedriger Wert für „fast immer“ und ein hoher Wert für „fast nie“. Zu beachten ist mit dieser Veränderung, dass eine Abnahme des Konstrukts angestrebt wird.

*Mentale Stärke.* Das Konstrukt Mentale Stärke wurde über die sechs Facetten Emotionsregulation (Braun, 2015; Braun et al., 2017), Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1995; 2002, Schwarzer, 1992, 1995), Optimismus (Glaesmer et al., 2008), Hoffnung (Snyder et al., 1991), Selbstvertrauen (Lantermann, 2007) und Resilienz über jeweils fünf Items mit der fünfstufigen Likert-Skala von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt voll und ganz“. erfasst. Die Reduktion auf 5 Items pro Skala wurde zuvor von Braun (2015) und Braun et al. (2017; 2018, 2023) geprüft. Selbstwirksamkeitserwartung wurde zusätzlich mit der Langversion des Tests erhoben (Schwarzer & Jerusalem, 1995, 2002) und mit der originalen vierstufigen Likert-Skala von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“ dargeboten. Die zweite Erhebung des Konstrukts Selbstwirksamkeit begründet sich in dem Forschungsinteresse an der Vergleichbarkeit der Erfassungsmethoden.

*Positive Outcomes.* Die erhobenen positiven Outcomes waren Lebenszufriedenheit mit der deutschen Version Satisfaction with Life Scale (SWLS) (Diener et al., 1985) von Janke & Glöckner-Rist (2012), der aus fünf Items besteht und auf einer sieben-stufigen Likert-Skala von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt voll und ganz“ eine Bewertung verlangt. Thriving mit der deutschen Version des Brief Inventory of Thriving (BIT) (Su et al., 2014) von Hausler et al. (2017) beinhaltet 10 Items und fordert die Zustimmung zu Aussagen auf fünf Stufen von „stimme gar nicht zu“ bis „stimme völlig zu“. Subjektives, psychisches und soziales Wohlbefinden werden mit der deutschen Version des Mental Health Continuums (Keyes, 2002, 2005) mit 14 Items erfasst. Die sechsstufige Skala reicht von „niemals“ bis „jeden Tag“ und frägt nach Vorkommnissen oder Gefühlen. Das Konstrukt „Vitalität“ wurde mit fünf Items fünf-stufig von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt voll und ganz“ erfasst und ist der Arbeit von Braun und Kollegen (2017) entnommen. Die Skala zur psychischen Belastung, Symptom-Checklist-90 (SCL) von Franke et al. (2014), ist ein in der Suchthilfe Klinik Salzburg standardmäßig eingesetztes Verfahren, das im regulären Betrieb zu Beginn und am Ende der Entwöhnungsbehandlung eingesetzt wird (siehe Anhang). Für diese wissenschaftliche Untersuchung wurde es zusätzlich in der Mitte der 90-tägigen Behandlung, also vor der Trainingsintervention, eingesetzt. Das Verfahren misst die

Beeinträchtigung eines Patienten durch körperliche oder psychische Symptome mit 90 Items auf einer fünfstufigen Skala. Die Ergebnisse geben die subjektive Einschätzung zu den Bereichen Aggressivität/Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, paranoides Denken, phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit wieder. Zudem gibt es drei übergeordnete Kennwerte, „die grundsätzliche psychische Belastung, die Intensität der Antworten und die Anzahl der Symptome bei der eine Belastung vorliegt“ (Franke et al., 2014). In Bezug auf Alkohol wurden zwei Items herangezogen, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt voll und ganz“ beantwortet werden konnten. Ein Item bezog sich auf das aktuelle Alkoholverlangen (Craving) und das andere auf Zukunftsperspektive/Zuversicht in Bezug auf Alkoholkonsumverhalten.

*Zusätzliche Fragen.* Zu jedem Messzeitpunkt wurden mit einem fünf-Item-langen Fragebogen die Big-5-Persönlichkeitsfaktoren erfasst (Rammstedt et al., 2004). Dieses Instrument erhebt eine Einschätzung pro Persönlichkeitseigenschaft auf einem Kontinuum zwischen zwei Polen, das in sieben Stufen unterteilt ist. Mit einem weiteren Item wurde die soziale Erwünschtheit (SEA-K), auf einer vier-stufigen Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft genau zu“ erfasst (Satow, 2012). Patienten mit Alkoholabhängigkeit neigen dazu, bei Fragebögen zu Wohlbefinden und psychischer Belastung sozial erwünschte Antworten zu geben. Stigmatisierung kann dazu führen, dass sie befürchten, negativ beurteilt zu werden, wenn sie ihre Situation ehrlich ansprechen. Diese Angst motiviert sie dazu, sozial akzeptablere Antworten zu wählen. Darüber hinaus könnte eine verzerrte Selbstwahrnehmung dazu führen, dass sie sich in einem besseren Licht darstellen möchten. Sie sind möglicherweise auch besorgt, dass ehrliche Antworten negative Konsequenzen nach sich ziehen könnten. Der Wunsch nach sozialer Zugehörigkeit verstärkt dieses Verhalten, da Patienten häufig versuchen, den Erwartungen ihrer Umgebung zu entsprechen. Um Verzerrungen bei der Analyse der Daten berücksichtigen zu können, wurde daher die soziale Erwünschtheit mit einbezogen. Ein Überblick der Erhebungsinstrumente kann Tabelle 19 entnommen werden.

Als soziodemographische Daten wurden in den Datensatz das Alter, der Bildungsstand, der Familienstand, die Wohnsituation und der Erwerb aufgenommen. Mit Ausnahme des Alters waren die Antwortmöglichkeiten bei den anderen Daten vorgegeben. In folgender Tabelle wird ein Überblick über die eingesetzten Instrumente, deren Quellen mit einem Beispielitem und Angaben zur Skalierung gegeben.

*Tabelle 19: Erhebungsinstrumente Studie III*

| Erhebungsinstrumente | Beispielitem | Antwortskala | Itemanzahl |
|---|---|---|---|
| Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie (ATPP; Braun; 2015) | Vor dem Einschlafen rufe ich mir noch- mal alle positiven Ereignisse des Tages vor Augen. | Fünf-stufige Likert-Skala von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt völlig“ | 10 |
| Gesundheitsverhalten/Vitalität (Braun et al.,2017) | Ich achte auf regelmäßige körperliche Aktivität (Walken, Wandern, Radfahren, Laufen). Das ist ein wichtiger Bestandteil meines Lebens. | Fünf-stufige Likert-Skala von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt völlig“ | 20 |
| Achtsamkeit (MAAS dt Version Michalak et al.,2003) | Ich könnte ein Gefühl haben und mir dessen erst irgendwann später bewusst werden. | Sechs-stufige Likert-Skala von „fast nie“ bis „fast immer“ | 15 |
| Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1999) | Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann. | Fünf-stufige Likert-Skala von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt völlig“ | 5 |
| Emotionsregulation (Braun, 2015) | Ich vermag Gefühle so zu beeinflussen, dass diese mich bei der Verfolgung eigener Ziele unterstützen | Fünf-stufige Likert-Skala von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt völlig“ | 5 |
| Optimismus (Glaesmer et al., 2008) | Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich immer das Beste | Fünf-stufige Likert-Skala von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt völlig“ | 5 |
| Resilienz (Leppert et al., 2018) | In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss. | Fünf-stufige Likert-Skala von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt völlig“ | 5 |
| Selbstvertrauen (Lantermann, 2007) | Ich kann mich auf meine Fähigkeiten verlassen | Fünf-stufige Likert-Skala von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt völlig“ | 5 |
| Hoffnung (Snyder et al., 1991) | Selbst wenn andere entmutigt sind, weiß ich, dass ich einen Weg finde, um das Problem zu lösen | Fünf-stufige Likert-Skala von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt völlig“ | 5 |
| Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1995) - lange Form | Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern | Vier-stufige Likert-Skala von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“ | 10 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gedeihen/ Thriving<br>(BIT; Su et al., 2014; Hausler et al., 2017) | Ich erreiche die meisten meiner Ziele. | Fünf-stufige Likert Skala von „stimme gar nicht zu“ bis „stimme völlig zu“ | 10 |
| Vitalität<br>(Braun et al., 2017) | Ich fühle mich voller Energie | Fünf-stufige Likert-Skala von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt völlig“ | 5 |
| Mental Health<br>(MHC-SF; Keys, 2009) | SWB: Wie oft haben Sie in letzter Zeit erlebt, dass Sie interessiert am Leben sind? | Sechs-stufige Likert-Skala von „niemals“ bis „jeden Tag“ | 14 |
| | PWB: Wie oft hatten Sie in letzter Zeit das Gefühl gehabt, dass Sie die meisten Aspekte ihrer Persönlichkeit mögen? | | |
| | SWB: Wie oft haben Sie in letzter Zeit erlebt, dass unsere Gesellschaft für die Menschen ein guter Platz ist oder ein besserer Platz wird? | | |
| | Ich bin mit meinem Leben zufrieden | | |
| SWLS: Lebenszufriedenheit<br>(SWLS; Janke & Glöckner-Rist, 2012) | | Sieben-stufige Likert Skala von „stimme überhaupt nicht überein“ bis „stimme vollkommen überein“ | 5 |
| SCL: Psychische Belastung<br>(SCL, Franke et al, 2014) | | Fünf-stufige Likert-Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“ | 90 |
| SCL - Depressivität | Wie oft litten Sie in den letzten sieben Tagen an dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt etwas anzufangen. | | |
| SCL - Ängstlichkeit | Wie oft litten Sie in den letzten sieben Tagen an dem Gefühl von Nervosität und innerem Zittern. | | |
| DFK: Dysfunktionale Kognitionen<br>(Sauerland, 2015) | Ich neige dazu, meine Misserfolge schlimmer wahrzunehmen, als sie es objektiv betrachtet verdient hätten. | Fünf-Stufige Likert-Skala von „stimmt gar nicht“ bis „“stimmt völlig“ | 5 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ALKOHOL: Abstinenzzuversicht und Craving | Ein Leben ohne Alkoholkonsum kann ich mir gut vorstellen<br><br>Ich habe kein starkes Trinkverlangen (Craving) | Fünf-Stufige Likert-Skala von „stimmt gar nicht“ bis „“stimmt völlig“ | 2 |
| BIG-Five NEO<br>(Rammstedt et al.,2004) | extrovertiert – introvertiert<br>sensitiv, reizbar – resistent<br>offen, aufgeschlossen – verschlossen<br>barsch – umgänglich<br>gewissenhaft – nachlässig | 7 Abstufungen | 5 |
| Soziale Erwünschtheit<br>(Satow, 2012) | Ich würde nie schlecht über einen Kollegen reden | Vier-stufige-Likert-Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft genau zu“ | 3 |

#### 3.3.1.6 Reliabilität

Zur Bestimmung des Gütekriteriums Reliabilität bzw. interne Konsistenz wurden für alle eingesetzten Instrumente mit Cronbachs Alpha berechnet und sind für die Messzeitpunkte $t_1$ und $t_2$ in Tabelle 20 dargestellt. Die des Feedbackfragebogens für Messzeitpunkt 2. Der Feedbackfragebogen wurde zum Testzeitpunkt $t_2$ von N = 52 Personen bearbeitet. Die Reliabilität lag bei $\alpha = .81$ und kann damit als gut (Blanz, 2021; Witz, 2020) eingestuft werden. Die interne Konsistenz der Skalen des Hauptfragebogens kann nach Blanz (2021) und Wirtz (2020) als mindestens akzeptabel eingestuft werden. Die Skalen Emotionsregulation (zu $t_0$), Optimismus ($t_1$, $t_2$) und Hoffnung ($t_0$, $t_1$) liegen unter $\alpha = .08$. Alle anderen Skalen haben mit über $\alpha = .08$ eine mindestens gute Reliabilität

*Tabelle 20: Reliabilitäten zu zwei Messzeitpunkten der Skalen des Hauptfragebogens*

| Skala | Cronbachs Alpha | |
|---|---|---|
| | $t_1$ | $t_2$ |
| Selbstmanagementkompetenzen: | | |
| ATPP: Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie | .91 | .94 |
| PGV: Positives Gesundheitsverhalten | .94 | .96 |
| ACHT: Achtsamkeit | .94 | .95 |
| Mentale Stärke: | | |
| MS_Index: | .95 | .96 |
| SWE: Selbstwirksamkeitserwartung | .84 | .90 |
| ER: Emotionsregulation | .79 | .83 |
| OP: Optimismus | .73 | .66 |
| RZ: Resilienz | .87 | .88 |
| SV: Selbstvertrauen | .76 | .85 |
| HO: Hoffnung | .74 | .73 |
| SWE: Selbstwirksamkeitserwartung | .92 | .94 |
| Positive Outcomes: | | |
| BIT: Gedeihen/ Thriving | .92 | .93 |
| VIT: Vitalität | .93 | .94 |
| MHC: Mental Health/ Wohlbefinden | .94 | .96 |
| SWLS: Lebenszufriedenheit | .88 | .90 |
| DFK: Dysfunktionale Kognitionen | .85 | .87 |
| SCL: Psychische Belastung | .89 | .92 |

*Anmerkung: Für die Berechnung der Reliabilität standen zum Testzeitpunkt $t^2$ N = 104 und zum Testzeitpunkt $t^3$ N = 104*

#### 3.3.1.7 Auswertungsprozess

Im folgenden Abschnitt werden die Auswertung des Feedbackfragebogens und des Hauptfragebogens (Selbstbeschreibungsmaße) dargestellt.

*Feedbackfragebogen.* Die Auswertung der Feedbackfragebögen (Evaluations-Ebene I und III nach Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006) erfolgt über die Berechnung der Mittelwerte. Zusätzlich für das Feedback, der Umsetzung und die Einschätzung der Wirkung/des Einflusses mit der Prüfung, ob diese über dem Skalenmittelwert liegen. (t-Test). Die Häufigkeitsnennung der umgesetzten Aufbau-Übungen wird quantitativ ermittelt. Das qualitative Feedback wird durch eine zusammenfassende Inhaltsanalyse dargestellt. Es werden vor allem Gemeinsamkeiten fokussiert, aber auch bedeutende Einzelaspekte berichtet.

*Hauptfragebogen.* Ziel dieser Untersuchung ist die Wirksamkeit der Trainingsintervention „GPS- Gesundheitsbezogenes Selbstmanagement“ die auf Grundlage des Modells des Positiven Selbstmanagements (Braun, 2019, 2020, 2022 Braun et al., 2017, 2019, 2020, 2023) konzipiert wurde. Es werden in einem ersten Schritt mit einer Pearson-Korrelations-Berechnung die postulierten positiven und negativen Zusammenhänge des Modells überprüft. Darüber hinaus wird mittels multipler Regressionsanalysen die Vorhersagekraft des GPS-Modells beleuchtet. In einem zweiten Schritt wird die Vergleichbarkeit der Gruppen mittels t-Test zum Testzeitpunkt $t_0$ und $t_1$, am Beginn der Entwöhnungsbehandlung und vor dem Treatment, festgestellt. Um anschließende varianzanalytische Berechnungen anstellen zu können, wurden die Voraussetzungen Normalverteilung, Bestimmung von Ausreißern, Sphärizität und Homoskedastizität überprüft. Für die Beleuchtung der Effektivität des Trainings wurden Varianzanalysen in gemischtem Design (between subject und within subject) berechnet. Es wurden die Haupt- und Interaktionseffekte der Faktoren Zeit ($t_1$, $t_2$) und Gruppe (Treatment- und Vergleichsgruppe) für die trainierten Selbstmanagementfähigkeiten, das Konstrukt Mentale Stärke und die positiven Outcomes berechnet. Ein t-Test zum Vergleich der Gruppen zu Testzeitpunkt $t_2$ finalisiert die Analyse. Diese Berechnungen geben Aufschluss über den Unterschied der Gruppen in Bezug auf den Zugewinn von Selbstmanagementkompetenzen, mentaler Stärke und weiteren positiven Outcomes über einen Zeitraum von sechs Wochen. In einem weiteren Analyseschritt wurde der Faktor Zeit genauer betrachtet. Mittels post-hoc-t-Test wurde die Entwicklung der Skalen über die Zeit ($t_1 – t_2$), in der das Treatment stattfand, für die Gruppen getrennt beleuchtet. Die Analyse des Zugewinns an Selbstmanagementkompetenzen, mentaler Stärke und weiterer positiver Outcomes über den Zeitraum des Klinikaufenthalts hinaus ($t_3$ Follow-up 12 Wochen) sollte auf die gleiche Weise untersucht werden.
In einem weiteren Schritt soll untersucht werden, ob bestimmte Personengruppen mehr von dem Training profitieren. Zu den untersuchenden Determinanten gehören das Alter, das Engagement/Involvement (Umsetzung der Transferaufgaben) und der Persönlichkeitsfaktor Extraversion. Die

Treatmentgruppe wird mit Hilfe eines Mediansplits in zwei Gruppen mit jeweils hoher oder niedriger Ausprägung des Merkmals geteilt und hinsichtlich des Trainingserfolgs mit einer mixed ANOVA untersucht.

## 3.3.2 Ergebnisse

In dem folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Hauptstudie dieser wissenschaftlichen Arbeit berichtet. Hauptanliegen war es, das auf Basis aktueller Forschung und der Resultate der Vorstudien konzipierte Training zu evaluieren und damit dessen Wirksamkeit zu überprüfen. Dazu werden im ersten Teil die Evaluationsstufen I und III, als die unmittelbare Reaktion der Teilnehmer auf das Training (Feedbackfragebogen), ausgewertet und im zweiten Teil die Evaluationsebenen II und III, also die Ergebnisse der Selbstbeschreibungsmaße und die Transferleistung.

### 3.3.2.1 Feedbackfragebogen

#### 3.3.2.1.1 Datenaufbereitung

Die Feedbackfragebögen wurden als Papier-und-Bleistift-Version bearbeitet und im Anschluss in eine Excel-Datei transformiert. Die Zuordnung der Datensätze erfolgte mittels des oben beschriebenen Codes zur Anonymisierung. Dieser Matchingprozess und die Übertragung der Daten wurden mit einem Plausibilitätscheck (Zufallsversuchsperson) überprüft.

#### 3.3.2.1.2 Deskriptive Statistiken

Nach der Aufbereitung der Daten wurde die deskriptive Statistik des Feedbackfragebogens berechnet. Dazu gehören die Anzahl der Personen, die einen Fragebogen ausgefüllt haben, der Mittelwert, die Standardabweichung, das Minimum und Maximum und die Range (= die Spannweite der Skala). Eine Darstellung findet sich in Tabelle 21. Hohe Werte beschreiben ein positives Feedback, niedrige Werte eine negative Bewertung. Bezüglich der Umsetzung bedeuten niedrige Werte wenig Umsetzung und hohe Werte viel Umsetzung der Aufgaben der Eigenarbeit. Deskriptiv lässt sich sagen, dass das Training positiv mit einem Mittelwert von M = 4.13 und einem Minimalwert von 2 und einem Maximalwert von 5 bewertet wurde. Die Angaben der teilnehmenden Patienten zur Umsetzung der Eigenarbeit (Transferaufgaben) ergaben einen Mittelwert von M = 3.62 (SD = 0.74). Damit wurden im Durchschnitt mehr als 50 % der Aufgaben ausgeführt. Es wurden von 0 % bis maximal 100 % der Aufgaben gemacht. Detaillierter betrachtet ergeben die Angaben der Patienten für die wöchentlich gleichbleibenden Basis-Transferaufgaben einen Mittelwert von 3.61 (SD= 0.74) und für die Aufbau-Transferaufgaben einen

Mittelwert von 3.65 (SD= 1.02). Der beschriebene Einfluss bzw. die Wirkung des Trainings wird mit einem Mittelwert von 4.02 (SD= 0.68) als hoch beschrieben.

*Tabelle 21: Deskriptive Statistik Feedbackfragebogen Studie III*

| Variable | N | Min | Max | Range | M | SD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Feedback | 52 | 3.67 | 4.78 | $[1; 5]$ | 4.14 | 0.67 |
| Umsetzung | 52 | 1.12 | 5.00 | $[1; 5]$ | 3.62 | 0.74 |
| Wirkung/Einfluss | 52 | 3.61 | 4.30 | $[1; 5]$ | 4.02 | 0.68 |

#### 3.3.2.1.3 Auswertung der unmittelbaren Trainingsreaktion (Feedback)

Es wurde hypothetisiert, dass die unmittelbare Reaktion der am Training teilnehmenden Patienten am Ende des sechswöchigen Trainings positiv, also über dem Mittelwert 3 sein wird (H5).
In der deskriptiven Statistik wurde gezeigt, dass der Mittelwert bei M = 4.14 (SD = 0.67) liegt. Ein Einstichproben-t-Test belegt, dass sich der errechnete Mittelwert signifikant von der Skalenmitte unterscheidet. Es konnte ein hochsignifikanter Unterschied mit starkem Effekt festgestellt werden ($t(51) = 34.95$, $p < .001$, $d = 4.85$). Die Hypothese H5 kann somit als bestätigt angenommen werden. Zudem wurde angenommen, dass die Aufgaben der Eigenarbeit zumindest zu 50 % umgesetzt werden (H6). Der Mittelwert von 3.62 (SD = 0.74) bestätigt diese Hypothese (H6). Die Berechnung eines Einstichproben-t-Tests ergibt einen hoch signifikanten Unterschied mit starkem Effekt $t(51) = 10.40$, $p < .00$, $d = 1.44$. Eine weitere Hypothese (H7) behandelt den erlebten Einfluss der Trainingsintervention auf das Erleben und Verhalten, was als hoch, also mehr als der Skalenmittelwert von 3 angenommen wird. Der Mittelwert liegt bei 4.02 (SD = 0.68). Ein t-Test ($t(51) = 45.20$, $p < .001$, $d = 6.27$) bestätigt den signifikanten Unterschied und die Hypothese (H7). Zu den quantitativen Fragen der unmittelbaren Trainingsreaktion wurde nach den gemachten Aufgaben der wöchentlichen Aufbau-Übungen (themenspezifische Transferaufgaben) gefragt. In Tabelle 22 werden die Aufgaben und die Häufigkeit der Nennung dargestellt.

Aus der Häufigkeit der Nennung der absolvierten Transferaufgaben ergibt sich, dass der Besuch einer Nachsorgegruppe, der Genuss-Spaziergang, der VIA-Charakterstärken-Test und die Übung „Random Act of Kindness“ am häufigsten gemacht wurden. Die „Am Ende meines Lebens“ - Übung, die „Best-Possible-Self“-Übung, die „Aktivierung schlafender Stärken“-Übung und die „Konkreter Schritt für soziale Kontakte“-Übung wurden am seltensten umgesetzt.

*Tabelle 22: Feedback Studie III: Häufigkeitsnennung der Aufbauübungen*

| Aufbau-Übung | Häufigkeit |
|---|---|
| Besuch einer Nachsorge | 48 |
| Zielformulierung nach dem POSITIV Zielrahmen | 25 |
| Am Ende meines Lebens-Übung | 18 |
| Wochen-Plan | 32 |
| Aktivitäten-Liste | 28 |
| Wenn-Dann-Pläne | 35 |
| Best Possible Self | 15 |
| Pleasure Walk | 45 |
| VIA-Test | 46 |
| 3 gute Dinge mit Stärken | 34 |
| Aktivierung schlafender Stärken | 18 |
| Random Act of Kindness | 40 |
| Konkreter Schritt für soziale Kontakte | 15 |
| Dankbarkeit – Soziale Kontakte | 27 |
| Selbstfürsorgekalender | 21 |
| Positives Gesundheitsverhalten (Ernährung, Bewegung, Schlaf) | 43 |

#### 3.3.2.1.4 Auswertung des qualitativen Feedbacks

Bei der Auswertung der qualitativen Feedbackkommentare kann zusammengefasst werden, dass das Training insgesamt auf positive Resonanz gestoßen ist. In Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1991, 2015) konnten über Generalisierung und Reduktion folgende Kategorien gebildet werden. Die Kategorien finden sich in Tabelle 23. Die vermittelten Inhalte, also Kernkonzepte der Positiven Psychologie, des Positiven Gesundheitsverhaltens und der Achtsamkeit, wurden als interessant und hilfreich bewertet. Besonders betont wurde die Relevanz für den zukünftigen Alltag nach Abschluss der Entwöhnungsbehandlung. Mehrfach genannt wurden hier die Themen Wohlbefinden, Selbstbewusstsein und Stärken und Ziele. Die Trainerin wurde als kompetent, gut vorbereitet und engagiert erlebt. Die Möglichkeit des persönlichen, individuellen Kontakts und spezifischer Unterstützung wurde hervorgehoben. Die praktischen Übungen innerhalb der Plenumseinheiten wurden als effektiv und bezugsnah dargestellt. Ebenso positiv erwähnt wurde das Theorie-Praxis-Verhältnis. Das begleitende Arbeitsbuch, die damit einhergehende Möglichkeit, die theoretischen Hintergrundkonzepte und

Studien nochmals nachlesen zu können, und die schriftliche Anleitung der Aufgaben zu jedem Modul wurden ebenso als hilfreich und positiv wahrgenommen.

*Tabelle 23: Qualitatives Feedback Studie III: Häufigkeit der genannten Kategorien*

| Oberkategorie | Subkategorie |
|---|---|
| Inhalt | Themenauswahl/Relevanz |
| | Gesundheit |
| | Wohlbefinden |
| | Selbstbewusstsein/Stärken |
| | Ziele |
| Methode | Kompetenz der Trainerin |
| | Persönlicher Kontakt/Unterstützung |
| | Anwendung/praktische Übungen |
| | Gruppendiskussion/Austausch |
| | Transferaufgaben |
| | Verhältnis Theorie/Praxis |
| | Unterstützung |
| | Arbeitsbuch |
| | Flip-Charts |

Mehrfach wurde auch erwähnt, dass die wiederkehrenden Aufgaben (Basis-Aufgaben) als Gewohnheitsaufbau, besonders in der Bewältigung dieser Erkrankung, als konstruktiv und sinnvoll bezeichnet wurden. Einige Teilnehmer wiesen darauf hin, dass sie zunächst sehr skeptisch in das Training gestartet seien, sich dies aber sehr positiv und ins Gegenteil entwickelt habe. Die Gestaltung der Flip-Charts wurde hervorgehoben. Das analoge Präsentationsmedium wurde als positiv, zielführend und erleichternd erlebt. Einige Patienten gaben die Rückmeldung, dass die Gruppenkohäsion zum Teil die Wirksamkeit und das eigene Engagement bremste und dies besonders in den Diskussionsrunden zu tragen gekommen sei.

#### 3.3.2.2 Selbstbeschreibungsmaß Hauptfragebogen

##### 3.3.2.2.1 Datenaufbereitung

Die Daten des Hauptfragebogens wurden entweder via LimeSurvey (LimeSurvey GmbH, 2021) digital oder mit einer analogen Papier-und-Bleistift-Version erhoben. Zunächst wurden die Daten der Messzeitpunkte der Papier-und-Bleistift-Version in eine Excel-Tabelle übertragen. Die digitalen Daten

wurden aus LimeSurvey in ein Excel-Sheet exportiert und die Datensätze anhand der erhobenen Codes zusammengeführt. Der Matchingprozess gestaltet sich als sehr aufwändig, da trotz mehrfacher Hinweise und Begleitung der Code-Erstellung nicht alle Patienten zu allen Messzeitpunkten denselben Code generierten. Durch eine Analyse von Rechtschreibfehlern, falschen Zeichen und den Abgleich der demographischen Daten und Testzeitpunkte konnte der gesamte Datensatz vervollständigt werden. Patienten, die zu einem Messzeitpunkt den Fragebogen nicht oder unvollständig ausgefüllt hatten, bzw. extremes Antwortverhalten zeigten, wurden aus der weiteren Analyse ausgeschlossen (N = 21). Der ursprünglich angesetzte vierte Messzeitpunkt musste an dieser Stelle aufgrund mangelnden Rücklaufs verworfen werden. Von den 104 Teilnehmern wurden lediglich 21 Fragebögen zurückgesendet (TG N = 12; VG N = 9). Der Datensatz der 104 Studienteilnehmer wurde mittels Plausibilitätscheck (Vergleich der Gruppengröße, Anzahl der Variablen) überprüft. Anschließend wurden die Daten in das Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 30 (IBM Corporation, 2023) importiert. Im SPSS wurden die Daten für die weitere Berechnung vorbereitet. Der Datensatz wurde auf doppelte Fälle untersucht, die Variablen wurden beschriftet, das Messniveau der Variablen wurde bestimmt und die Werte wurden definiert. Invers formulierte Items wurden umkodiert (Skala Hoffnung: Item 4; Skala Optimismus: Item 3 und 4). Ein Plausibilitätscheck mit einer Zufallsperson schloss die Vorbereitung der Daten ab. Die Auswertung der Skalen zu psychischer Belastung mit dem SCL (GIS, Depressivität, Ängstlichkeit) erfolgt durch die Transformation der Werte in T-Normwerte, deren Normbereich zwischen 40 und 60 liegt. Werte unter 40 werden als eine unterdurchschnittliche, Werte über 60 werden als eine überdurchschnittliche Ausprägung interpretiert. Hinsichtlich der Erhebung der psychischen Belastung musste einen Datenverlust von 5 Teilnehmern dokumentiert werden.

#### 3.3.2.2.2 Deskriptive Statistiken

Nach der Überführung der Daten und den vorbereitenden Maßnahmen konnten die Skalenmittelwerte für die 21 Skalen und Subskalen berechnet werden und so eine deskriptive Darstellung erfolgen. Für das Konstrukt „Mentale Stärke“ wurde ein Indexwert aus allen sechs Facetten generiert. Nachfolgend finden sich das Minimum und Maximum, die Range, die Mittelwerte und die Standardabweichung. Die Werte in Tabelle 24 beziehen sich auf die Messzeitpunkte $t_1$ vor der Trainingsintervention der Treatment- und der Vergleichsgruppe (N = 104). Für die Messung der psychischen Belastung konnten 98 Datensätze verwendet werden. Die Skalen werden mit einer vier- bis siebenstufigen Likert-Skala abgebildet. Niedrige Werte stehen für eine geringe Ausprägung des Konstrukts und hohe Werte stehen für eine starke Ausprägung des Konstrukts. Zu beachten sind hier die Skalen *Achtsamkeit (Unachtsamkeit)*, *dysfunktionale Kognitionen* und *psychische Belastung*, da hier eine Reduktion der Werte angestrebt wird. Verteilen sich die Werte über die gesamte Skala, bedeutet dies, dass sowohl sehr niedrige als

auch sehr hohe Werte gewählt wurden und damit die gesamte Range genutzt wurde. Dies muss bei der Interpretation der Mittelwerte berücksichtigt werden.

*Tabelle 24: Deskriptive Statistik Studie III Treatment und Vergleichsgruppe zum Testzeitpunkt $t_1$*

| | Treatmentgruppe (N = 52) | | | Vergleichsgruppe (N = 52) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstmanagementkompetenzen | $M_{t1}$ | SD | $\mathbf{M_{Difft1-t2}}$ | $M_{t1}$ | SD | $\mathbf{M_{Difft1-t2}}$ |
| ATPP | 3.34 | 0.73 | **0.53** | 3.24 | 0.71 | **0.16** |
| PGV | 3.63 | 0.81 | **0.33** | 3.58 | 0.81 | **0.08** |
| ACHT | 2.71 | 1.03 | **-0.50** | 2.61 | 0.92 | **-0.02** |
| Mentale Stärke | | | | | | |
| MS Index | 3.66 | 0.60 | **0.37** | 3.50 | 0.57 | **0.02** |
| SWE | 3.01 | 0.49 | **0.41** | 3.73 | 0.76 | **0.01** |
| SWE lang | 3.00 | 0.50 | **0.33** | 3.08 | 0.47 | **0.23** |
| ER | 3.63 | 0.64 | **0.39** | 3.61 | 0.69 | **0.00** |
| SV | 3.20 | 0.68 | **0.37** | 3.84 | 0.69 | **0.04** |
| RZ | 3.86 | 0.76 | **0.38** | 3.82 | 0.77 | **0.00** |
| HF | 3.51 | 0.60 | **0.39** | 3.64 | 0.65 | **0.01** |
| OP | 3.41 | 0.68 | **0.32** | 3.46 | 0.79 | **0.04** |
| Positive Outcomes | | | | | | |
| SWLS | 4.61 | 1.25 | **0.67** | 4.62 | 1.50 | **0.14** |
| MHC | 3.09 | 1.07 | **0.61** | 2.58 | 1.01 | **0.12** |
| BIT | 3.83 | 0.71 | **0.41** | 3.72 | 0.75 | **0.42** |
| VIT | 3.65 | 0.88 | **0.54** | 3.377 | 1.00 | **0.21** |
| | | | | | | |
| DK | 3.13 | 0.97 | **-0.38** | 2.76 | 1.05 | **0.23** |
| GSI (N =98) | 53.60 | 9.95 | **-5.80** | 51.32 | 11.51 | **-0.68** |
| DEP (N=98) | 54.23 | 9.08 | **-5.50** | 51.78 | 10.51 | **-0.76** |
| ÄNG (N=98) | 55.06 | 10.30 | **-4.87** | 53.80 | 11.19 | **-1.69** |
| AZ | 4.31 | 0.78 | **0.29** | 4.29 | 0.89 | **0.08** |
| CR | 3.73 | 1.59 | **0.40** | 3.73 | 1.56 | **0.15** |

*Anmerkung: ATPP = Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie, ACHT = Achtsamkeit, PGV = Positives Gesundheitsverhalten, MS-Index = Mentale Stärke Indexwert, SWE = Selbstwirksamkeitserwartung; ER = Emotionsregulation, RZ = Resilienz, SV = Selbstvertrauen, HF = Hoffnung, OP = Optimismus, BIT = Wohlbefinden/Thriving, MHC = Wohlbefinden/Mental Health, VT = Vitalität, AZ = Abstinenzzuversicht, CR = Trinkverlangen, GSI = Psychische Belastung Gesamtwert, ÄN = Ängstlichkeit, DEP = Depressivität, DK = dysfunktionale Kognitionen*

Die deskriptiven Daten (siehe Anhang) zeigen, dass zum Testzeitpunkt $t_2$ lediglich der Mittelwert der Skala Achtsamkeit (Unachtsamkeit) sich vom Skalenmaximum unterschiedet. Der dazugehörige Skalenmittelwert liegt ebenfalls eher unter der Skalenmitte. Die Mittelwerte der Treatmentgruppe zum Testzeitpunkt $t_1$ vor der Trainingsintervention lagen tendenziell in der Skalenmitte und nahmen zum Testzeitpunkt $t_2$ nach der Trainingsintervention zu. Bei den Skalen Achtsamkeit, dysfunktionale Kognitionen und psychische Belastung nahmen die Werte entsprechend ab. In der Vergleichsgruppe lagen die Mittelwerte der Skalen zum Messzeitpunkt $t_1$ vor dem Training ebenso tendenziell in der Skalenmitte, nahmen aber zum Testzeitpunkt weniger zu bzw. weniger ab. Auf die genauen Unterschiede wird im Rahmen der Hypothesentestung genauer eingegangen (siehe 3.3.3.2.5). Integriert man in die Beschreibung den ersten Testzeitpunkt ($t_0$) zu Beginn der 90-tägigen Entwöhnungsbehandlung, zeigt sich deskriptiv, dass sich die Mittelwerte in beiden Gruppen von Testzeitpunkt $t_0$ zu Testzeitpunkt $t_1$ erhöhen bzw. verringern (=TAU/Treatment As Usual), ebenfalls von Testzeitpunkt $t_1$ zu Testzeitpunkt $t_2$, in der Treatmentgruppe aber mit der Trainingsintervention eine stärkere Erhöhung bzw. Verringerung dokumentiert werden konnte.

Die erhobenen Daten zu den Persönlichkeitsmerkmalen Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit zeigten ebenfalls eine Verwendung der gesamten siebenstufigen Skala. Damit gibt es sowohl Personen mit niedrigen Ausprägungen auf entsprechenden Skalen als auch mit hohen Ausprägungen. Die Mittelwerte der Skalen Offenheit für Erfahrung und Gewissenhaftigkeit liegen bei beiden Gruppen deutlich unter dem Mittelwert, die Mittelwerte der Skala Verträglichkeit liegen deutlich über dem Mittelwert. Die Angaben der Patienten zu den Persönlichkeitsmerkmalen zum zweiten Testzeitpunkt können Tabelle 25 entnommen werden.

*Tabelle 25: Angaben zu Big 5 Persönlichkeitsmerkmalen zum Testzeitpunkt $t_1$*

| Persönlichkeitsmerkmale | Treatmentgruppe (N = 52) | | Vergleichsgruppe (N = 52) | |
|---|---|---|---|---|
| | M | SD | M | SD |
| Neurotizismus | 4.17 | 1.57 | 4.52 | 1.60 |
| Extraversion | 3.87 | 1.74 | 3.46 | 1.73 |
| Offenheit für Erfahrung | 3.15 | 1.76 | 2.79 | 1.61 |
| Gewissenhaftigkeit | 2.77 | 1.45 | 2.63 | 1.37 |
| Verträglichkeit | 4.88 | 1.44 | 5.06 | 1.03 |

#### 3.3.2.2.3 Vergleich zwischen Treatment- und Vergleichsgruppe

Um eine adäquate und valide Aussage über die Wirksamkeit der Trainingsintervention „GPS – Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ machen zu können, müssen zwei vergleichbare Stichproben zu Verfügung stehen. Um dies zu gewährleisten, wurden die Gruppen (Treatment- und Vergleichsgruppe) hinsichtlich ihrer soziodemographischen Angaben und hinsichtlich der Ausgangswerte der verwendeten Skalen auf signifikante Unterschiede überprüft. Die Daten Messzeitpunkts $t_1$ (direkt vor der Trainingsintervention) wurden mit einem t-Test für unabhängige Stichproben verglichen. Die Ergebnisse bestätigen die Vergleichbarkeit der Gruppen hinsichtlich der überprüften Skalen. Es konnten keine signifikanten Unterschiede der Ausgangswerte festgestellt werden ($p > .065$) Dies gilt auch für den Erhebungszeitpunkt $t_0$ am Beginn der Entwöhnungsbehandlung. Es zeigten sich in keiner Skala signifikante Unterschiede der Gruppen ($p > .15$). Aufgrund der zum Zeitpunkt der Durchführung der Studie vorherrschenden Corona-Beschränkungen konnten die Teilnehmer nicht randomisiert der Treatment- und Vergleichsgruppe zugeteilt werden. Sie stammen jedoch aus derselben Grundgesamtheit von Personen mit Alkoholabhängigkeitserkrankung in einer stationären Alkoholentwöhnung der Suchthilfe Klinik Salzburg. Hinsichtlich weiterer vorhandener Daten wurden die Gruppen mittels Chi²-Test bzw. t-Test auf Unterschiede überprüft. Für die Komponenten Therapiebereitschaft ($p = .57$), Abstinenzmotivation ($p = .36$) und Krankheitseinsicht ($p = .051$) konnten keine Unterschiede festgestellt werden. Hinsichtlich des Familienstands ($p = .97$), der Lebenssituation ($p = .19$) und des Schulabschlusses ($p = .16$) ebenfalls nicht.

#### 3.3.2.2.4 Korrelationsanalyse

Das vorliegende Forschungsvorhaben fußt auf dem unter 2.4.2 beschriebenen Modell des Positiven Selbstmanagements nach Braun (2019, 2020, 2022) und Braun und Kollegen (2017, 2019, 2020, 2023) und der Weiterentwicklung zum Modell des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements (siehe Kapitel 2.4.3). Es wurde angenommen, dass die Variablen in signifikantem Zusammenhang stehen (siehe Hypothese H8–H11) und sich das Modell damit bestätigen lässt. Aus diesem Grund wurde für den Messzeitpunkt $t_1$ eine einfache Pearson-Korrelation berechnet. Nach Cohen (1988) steht ein Korrelationskoeffizient ab b $|r| = .10$ für geringe bzw. kleine Effekte, ab $|r| = .30$ für mittlere bzw. moderate Effekte und ab $|r| = .50$ für große bzw. starke Effekte. Die detaillierte Darstellung der entsprechenden Daten ist im Anhang N dargestellt, die eine Modellbestätigung begründet. Für das alkoholbezogene Item zu Suchtdruck konnte kein Zusammenhang zu Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie, Selbstwirksamkeitserwartung (lang), Emotionsregulation, Optimismus, Mental Health, dysfunktionalen Kognitionen und psychischer Belastung, Depressivität und Ängstlichkeit festgestellt werden. Damit können die Hypothesen H8a bis H11j bestätigt werden.

#### 3.3.2.2.5 Regressionsanalysen

Um die Wirkungszusammenhänge des GPS-Modells zu überprüfen, werden Regressionsanalysen berechnet. Es wird explorativ beleuchtet, ob die Selbstmanagementkompetenzen Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie, Achtsamkeit und positives Gesundheitsverhalten die Outcome-Variablen Wohlbefinden (Aufblühen, Mental Health), Lebenszufriedenheit, Vitalität, dysfunktionale Kognitionen und psychische Belastung signifikant vorhersagen können und einen wesentlichen Teil zur Aufklärung der Varianz beitragen können und damit das Modell eine adäquate Grundlage für weiterführende Untersuchungen bietet.
Es werden dazu zunächst jeweils verschiedene Voraussetzungen für jede abhängige Variable geprüft. Eine erste Voraussetzung ist die lineare Beziehung zwischen den Variablen, die sich graphisch durch Streudiagramme (Scatter/Dots) überprüfen lässt. Des Weiteren werden die Daten auf Ausreißer kontrolliert. Zunächst geben die Werte der studentisierten Residuen mit Werten von +/- 3 Aufschluss über potenzielle Ausreißer. Die Cook-Distanzen (> 1.00) und der Hebelwert (*(2 x p)/ n* (Igo, 2010) bzw. 0.2 (Huber, 1981)) ermöglichen die Einschätzung eines potenziellen Einflusses auf die Regressionsanalysen. Darüber hinaus wird die Unabhängigkeit der Residuen mittels der Durbin-Watson-Statistik beleuchtet, die Aussagen über eine vorliegende Autokorrelation zulässt. Ein Nichtvorliegen von Multikollinearität wird über die angegebene Pearson-Korrelation und Toleranzstatistik überprüft. Die Normalverteilung der Residuen und das Vorhandensein von Homoskedastizität werden graphisch mit einbezogen. Nach Cohen (1988) steht ein Korrelationskoeffizient ab b $|R|$ = .10 für geringe bzw. kleine Korrelation, ab $|R|$ = .30 für mittlere bzw. moderate Korrelation und ab $|R|$ = .50 für große bzw. starke Korrelation.

*Wohlbefinden (Aufblühen).* (Ausreißer: errechneter Hebelwert (.058)). Nach Ausschluss der Ausreißer (N = 13) hat das Modell mit einem $R^2$ = .664 (korrigiertes $R^2$ = .613) eine hohe Anpassungsgüte (Cohen, 1988). Die Prädikatoren Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie, Achtsamkeit und positives Gesundheitsverhalten sagen statistisch signifikant das Kriterium Wohlbefinden (Aufblühen) vorher, F(3; 87) = 57.33, $p$ <.001. Werden die standardisierten Regressionskoeffizienten zur näheren Betrachtung herangezogen, zeigt sich, dass ATPP die größte und signifikante Vorhersagekraft besitzt (β = .393; $p$ < .001). Achtsamkeit zeigt sich ebenfalls signifikant (β = -.292; $p$ < .001) und positives Gesundheitsverhalten ebenfalls (β = .599, $p$ = .015).

*Wohlbefinden (Mental Health).* Hinsichtlich des Wohlbefindens (Mental Health) hat das Modell nach Ausschluss von Ausreißern (N = 13) mit einem $R^2$ = .647 (korrigiertes $R^2$ = .643) eine hohe Anpassungsgüte (Cohen, 1988). Die Prädikatoren Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie, Achtsamkeit und positives Gesundheitsverhalten sagen statistisch signifikant das Kriterium Wohlbefinden

(Mental Health) vorher, F(3; 87) = 53.05, *p* <.001. Werden die standardisierten Regressionskoeffizienten zur näheren Betrachtung herangezogen, zeigt sich, dass ATPP die größte und signifikante Vorhersagekraft besitzt (β = .638; *p* < .001). Achtsamkeit (β = -.309; *p* < .001) und positives Gesundheitsverhalten (β = .351; *p* = .009) sind zudem signifikante Prädikatoren.

*Lebenszufriedenheit.* Hinsichtlich der abhängigen Variable Lebenszufriedenheit hat das Modell nach Ausschluss der Ausreißer (N = 12) mit einem $R^2$ = .566 (korrigiertes $R^2$ = .551) eine hohe Anpassungsgüte (Cohen, 1988). Die Prädikatoren Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie, Achtsamkeit und positives Gesundheitsverhalten sagen statistisch signifikant das Kriterium Lebenszufriedenheit vorher, F (3;88) = 50.91, *p* <.001. Werden die standardisierten Regressionskoeffizienten zur näheren Betrachtung herangezogen, zeigt sich, dass Achtsamkeit die höchste Vorhersagekraft besitzt (β = -.601; *p* < .001) positives Gesundheitsverhalten eine ähnliche (β = .541, *p* <.001) und die ATPP ebenfalls allerdings schwächere signifikante Vorhersagekraft besitzt (β = .388; p= .015).

*Vitalität.* Hinsichtlich der abhängigen Variable Vitalität hat das Modell nach Ausschluss der Ausreißer (N = 12) mit einem $R^2$ = .677 (korrigiertes $R^2$ = .666) eine hohe Anpassungsgüte (Cohen, 1988). Die Prädikatoren Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie, Achtsamkeit und positives Gesundheitsverhalten sagen statistisch signifikant das Kriterium Vitalität vorher, F(3, 88) = 61.51, *p* <.001. Werden die standardisierten Regressionskoeffizienten zur näheren Betrachtung herangezogen, zeigt sich, dass ATPP die größte und signifikante Vorhersagekraft besitzt (β = .590; <. 001). Positives Gesundheitsverhalten zeigt ebenfalls ein signifikantes Ergebnis (β = .357, *p* =.003) und Achtsamkeit ebenfalls (β = -.247, *p* = .003).

*Psychische Belastung (GSI).* Hinsichtlich der abhängigen Variable psychische Belastung hat das Modell mit einem $R^2$ = .360 (korrigiertes $R^2$ = .337) eine moderate Anpassungsgüte (Cohen, 1988). Die Prädikatoren Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie, Achtsamkeit und positives Gesundheitsverhalten sagen statistisch signifikant das Kriterium psychische Belastung vorher (F(3, 96) = 81.00, *p* <.001. Werden die standardisierten Regressionskoeffizienten zur näheren Betrachtung herangezogen, zeigt sich, dass ATPP keine signifikante Vorhersagekraft besitzt (β = -1.28; *p* = .492), ebenso wie positives Gesundheitsverhalten (β = .587, *p* = .738). Signifikante Vorhersagekraft besitzt lediglich Achtsamkeit (β = 6.76; *p* < .001).

*Ängstlichkeit.* Hinsichtlich der Facette der psychischen Belastung Ängstlichkeit hat das Modell nach Ausschluss von Ausreißern (N = 14) mit einem $R^2$ = .310 (korrigiertes $R^2$ = .286) eine moderate Anpassungsgüte (Cohen, 1988). Die Prädikatoren Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie,

Achtsamkeit und positives Gesundheitsverhalten sagen statistisch signifikant das Kriterium Ängstlichkeit vorher, F(3; 96) = 12.59, *p* <.001. Werden die standardisierten Regressionskoeffizienten zur näheren Betrachtung herangezogen, zeigt sich, dass Achtsamkeit (β = 5.78; *p* < .001) die größte und einzig signifikante Vorhersagekraft besitzt, ATPP (β = -2.71; *p* = .171) und positives Gesundheitsverhalten (β = .928, *p* = .620) hingegen nicht.

*Depressivität.* Hinsichtlich der Facette der psychischen Belastung Depressivität hat das Modell nach Ausschluss von Ausreißern (N = 14) mit einem $R^2$ = .330 (korrigiertes $R^2$ = .306) eine moderate Anpassungsgüte (Cohen, 1988). Die Prädikatoren Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie, Achtsamkeit und positives Gesundheitsverhalten sagen statistisch signifikant das Kriterium Depressivität vorher, F(3; 96) = 13.78, *p* <.001. Werden die standardisierten Regressionskoeffizienten zur näheren Betrachtung herangezogen, zeigt sich, dass Achtsamkeit (β = 3.44*p* = .005) die größte und einzig signifikante Vorhersagekraft besitzt, ATPP (β = -1.86; *p* = .292) und positives Gesundheitsverhalten (β = -2.62, *p* = .119) hingegen nicht.

*Dysfunktionale Kognitionen*. Hinsichtlich der abhängigen Variable Reduktion dysfunktionaler Kognitionen hat das Modell mit einem $R^2$ = .482 (korrigiertes $R^2$ = .464) eine moderate Anpassungsgüte (Cohen, 1988). Die Prädikatoren Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie, Achtsamkeit und positives Gesundheitsverhalten sagen insgesamt statistisch signifikant das Kriterium Reduktion dysfunktionaler Kognitionen vorher, F(3, 86) = 26.72, *p* <.001. Werden die standardisierten Regressionskoeffizienten zur näheren Betrachtung herangezogen, zeigt sich, dass Achtsamkeit eine signifikante Vorhersagekraft besitzt (β = .803; *p* < .001), ATPP (β = -.066; = .682) und ebenso positives Gesundheitsverhalten (β = .076, *p* =.635) hingegen nicht.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für alle integrierten abhängigen Variablen das GPS-Modell eine moderate bis hohe Anpassungsgüte liefert. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Mediatoren (mentale Stärke) keine Berücksichtigung fanden.

#### 3.3.2.2.6 Soziale Erwünschtheit

Patienten mit Alkoholabhängigkeit neigen häufig dazu, bei Fragebögen zu Wohlbefinden und psychischer Belastung sozial gewünschte Antworten zu geben. Dies kann mehrere Gründe haben. Einerseits ist Alkoholabhängigkeit oft mit Stigmatisierung verbunden, wodurch Patienten befürchten, negativ beurteilt zu werden, wenn sie ehrliche Antworten geben, die auf ihre Probleme hinweisen. Diese Angst kann dazu führen, dass sie versuchen, sozial akzeptablere oder positivere Antworten zu wählen, selbst wenn diese nicht der Realität entsprechen. Zusätzlich könnte eine verzerrte Selbstwahrnehmung eine

Rolle spielen. Viele Patienten haben möglicherweise ein unrealistisches Bild ihrer eigenen Situation und könnten sich wünschen, sich in einem besseren Licht darzustellen. Dies kann ihre Antworten beeinflussen und dazu führen, dass sie ihre tatsächlichen Belastungen nicht erkennen oder benennen. Weiterhin können Patienten besorgt sein, dass ehrliche Antworten negative Konsequenzen nach sich ziehen, beispielsweise Interventionen oder Änderungen im Behandlungsansatz, die sie vermeiden möchten. Der Wunsch nach sozialer Zugehörigkeit spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Menschen streben meist danach, akzeptiert und gemocht zu werden, was dazu führen kann, dass Patienten sich an den Normen und Erwartungen ihrer Umgebung orientieren, anstatt ihre echten Gefühle und Erfahrungen zum Ausdruck zu bringen. Zusätzlich können einige Patienten Abwehrmechanismen verwenden, um sich vor der Auseinandersetzung mit ihren Schwierigkeiten und der emotionalen Belastung zu schützen. Dies manifestiert sich oft in einer Tendenz hin zu sozial erwünschten Antworten. Nicht zuletzt kann auch der Einfluss von Behandlung und Beratung einen entscheidenden Faktor darstellen. In einem therapeutischen Kontext könnte der Druck, den Erwartungen von Therapeuten oder Fachleuten gerecht zu werden, Patienten dazu bringen, Antworten zu geben, die besser in das von ihnen gewünschte Bild passen.

Der Mittelwert der Skala „Soziale Erwünschtheit“ zum zweiten Messzeitpunkt vor der Intervention von M = 2.58 ist nicht übermäßig hoch, die Standardabweichung von SD =.51 nicht auffällig. Zum Messzeitpunkt nach der Intervention, am Ende der gesamten Entwöhnungsbehandlung, lag der Mittelwert bei M = 2.59 (SD = .64). Um den Zusammenhang zu den inkludierten Variablen zu beleuchten, wurde eine einfache Pearson-Korrelation berechnet. Diese ergab in der Skala Selbstwirksamkeitserwartung (lang) zum Testzeitpunkt $t_1$ einen signifikanten Zusammenhang (r = .259, $p$ = .008) und zum Testzeitpunkt $t_2$ in der Depressivität (r = -234, $p$ = .021) einen signifikanten Zusammenhang. Es ist daher davon auszugehen, dass die Teilnehmer zu beiden Testzeitpunkten tendenziell nicht sozial erwünscht geantwortet haben. Lediglich bei der Interpretation der Skalen Selbstwirksamkeitserwartung ($t_1$) und Depressivität ($t_2$) sollte eine potenzielle Verzerrung berücksichtigt werden.

#### 3.3.2.2.7 Varianzanalytische Auswertung von Zeit- und Gruppenvergleichen

Das zentrale Anliegen des Forschungsvorhabens bestand darin, die Wirksamkeit des konzipierten Trainings „GPS - Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ zu bewerten. Es wurde angenommen, dass die Patienten, die an dem Training teilnahmen, innerhalb eines Zeitraums von sechs Wochen die Kompetenzen im Selbstmanagement, insbesondere in den Bereichen Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie, Achtsamkeit und positives Gesundheitsverhalten (Ernährung, Bewegung, Schlaf), stärker ausbauen konnten als die Vergleichsgruppe.

Darüber hinaus wurde hypothesiert, dass das Training eine Verbesserung der Facetten des Konstrukts „Mentale Stärke“, wie Selbstwirksamkeitserwartung, Emotionsregulation, Optimismus, Selbstvertrauen, Hoffnung und Resilienz, bewirken würde. Weiterhin erwartete man positive Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit, Vitalität und das Wohlbefinden (Aufblühen & Mental Health) sowie eine Reduzierung von psychischen Belastungen insgesamt und spezifisch in Werten zu Ängstlichkeit und Depressivität und zusätzlich in dysfunktionalen Kognitionen (Hypothesen H12a bis H12o). Zudem wurde ein positiver Einfluss auf die Abstinenzzuversicht und den erlebten Suchtdruck erwartet. Diese Effekte sollten sowohl zeitlich als auch im Vergleich zu einer nicht am Training teilnehmenden Gruppe auftreten, um die Wirksamkeit eindeutig dem Training zuschreiben zu können (Interaktionseffekt).

Zur Überprüfung der Annahmen über die spezifische Wirksamkeit des Trainings wurden Mixed ANOVAs (2 x 2) mit dem Innersubjektfaktor Zeit und dem Zwischensubjektfaktor Gruppe durchgeführt. Aufgrund unzureichender Rückmeldungen konnte der Messzeitpunkt drei Monate nach der Entwöhnungsbehandlung nicht berücksichtigt werden und damit auch keine Aussage zur Wirkung über die Entwöhnungsbehandlung hinaus gemacht werden. Durch weitere Analysen, mittels t-Tests, wurde der zeitliche Verlauf für die Gruppen getrennt sowie die Signifikanz der Unterschiede im Falle eines vorliegenden Interaktionseffekts nach dem Training zu Messzeitpunkt $t_2$ untersucht.

Die Interpretation der Effektstärken folgte den Empfehlungen von Cohen (1988), wobei ein Effekt als klein ab $\eta_p^2$ = .01, als mittel ab, $\eta_p^2$= .06 und als groß ab, $\eta_p^2$= .14 gilt. Bei Vergleichen zwischen zwei Gruppen wurden standardisierte Mittelwertdifferenzen (Cohen's d) zur Beurteilung der Effektstärke verwendet: |d| > 0.2 entspricht einem kleinen Effekt, |d| > 0.5 einem mittleren Effekt und |d| > 0.8 einem großen Effekt. Die Effektstärken wurden für alle varianzanalytischen Verfahren und alle t-Tests berichtet.

Die jeweiligen Hypothesen wurden bestätigt, wenn der Interaktionseffekt signifikant war, ein signifikanter Unterschied zwischen den Messzeitpunkten vor ($t_1$) und nach der Intervention ($t_2$) festgestellt wurde und die Gruppen sich zum Messzeitpunkt nach der Intervention ($t_2$) signifikant unterschieden.

Bevor die Varianzanalysen durchgeführt wurden, wurden die notwendigen Voraussetzungen für diese statistische Methode sorgfältig geprüft (Bortz & Schuster, 2010; Field, 2018). Zunächst erfolgte mittels des Shapiro-Wilk-Tests eine Prüfung auf Normalverteilung der Variablen. Diese Voraussetzung war für die Variablen "Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie", "Achtsamkeit", "Emotionsregulation", "Hoffnung" und "Dysfunktionale Kognitionen" erfüllt (p > .05). Bei den übrigen Variablen wurde die Normalverteilungsannahme verletzt, was jedoch bei ausreichend großer Stichprobe (> 30)

vernachlässigt werden kann, da das Varianzanalysen-Verfahren tolerant gegenüber dieser Verletzung ist (Glass et al., 1972; Harwell et al., 1992; Lumley et al., 2002; Salkind, 2010).

Zusätzlich wurde mittels Box-Plot auf Ausreißer überprüft, um mögliche Verzerrungen in den Ergebnissen zu vermeiden. Nur geringe Ausreißer wurden identifiziert; daher wurden keine Fälle aus der Analyse ausgeschlossen, und die Auswertung wurde mit dem vollständigen Datensatz fortgesetzt.

Eine weiterer Vorrausetzung ist die Sphärizität, die mittels des Mauchly-Tests übrtptüft wird. Da bei vorliegendem Design der Innersubjektfaktor lediglich zwei Stufen hat und damit nur eine Differenz zur Verfügung steht, ist Sphärizität immer gegeben (Griden, 1992; O'Brien & Kaiser, 1985; Salkind, 2010).

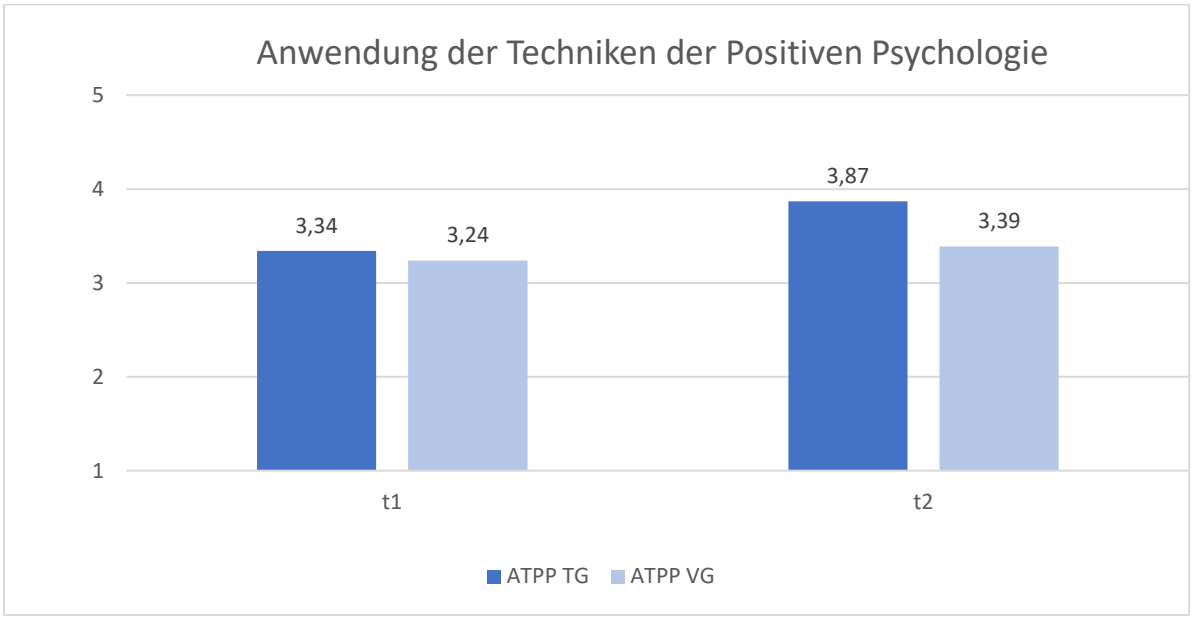
Des Weiteren verlangt eine Mixed-ANOVA die Gleichheit der Varianzen (Homoskedastizität). Mittels des Levene-Tests wurde festgestellt, dass diese Voraussetzung für die Variablen "Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie" ($p < .033$), "Lebenszufriedenheit" ($p < .008$), Vitalität ($p < .014$) und Wohlbefinden/Thriving ($p < .041$) nicht erfüllt war. Um die Daten dennoch interpretieren zu können, wurde eine Box-Cox-Transformation durchgeführt (Hemmerich, 2016). Die Prüfung der Kovarianzmatrix-Homogenität erfolgte nach Literaturangaben auf einem Signifikanzniveau von .001 (Warner, 2012), um möglichen Verzerrungen der Daten vorzubeugen. Der Box-Test bestätigte die Homogenität der Kovarianzmatrizen ($p > .009$). Insgesamt konnten die Voraussetzungen zur Durchführung einer Mixed-ANOVA als erfüllt oder, wenn notwendig, als korrigiert betrachtet werden. Eine Ausnahme bildet die Skala Vitalität, hier konnte trotz Transformation keine Homoskedastizität erreicht werden.

In Anhang O findet sich eine Übersicht der gesamten Ergebnisse (Interaktionseffekte, Haupteffekt Zeit, Zeitvergleiche für die Gruppen getrennt und Gruppenvergleich zum letzten Testzeitpunkt). Wurden nicht signifikante Unterschiede ermittelt, wurden diese in der Tabelle markiert. Im Anschluss werden die Ergebnisse ausführlich berichtet und der Verlauf der untersuchten Parameter über die gesamte Entwöhnungsbehandlung wird veranschaulicht.

**Selbstmanagementkompetenzen**

*Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie.* Es wurde erwartet, dass sich durch die Trainingsintervention „GPS – Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ eine signifikante Steigerung der Selbstmanagementkompetenz Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie (ATPP) in einer Treatmentgruppe im Unterschied zu einer nicht am Training teilnehmenden Vergleichsgruppe erreichen lässt (H12a). Die Ergebnisse werden in Abbildung 8 dargestellt.

*Abbildung 8: Entwicklung der Selbstmanagementkompetenz Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie*




*Anmerkung: TG: N = 52; VG: N = 52*

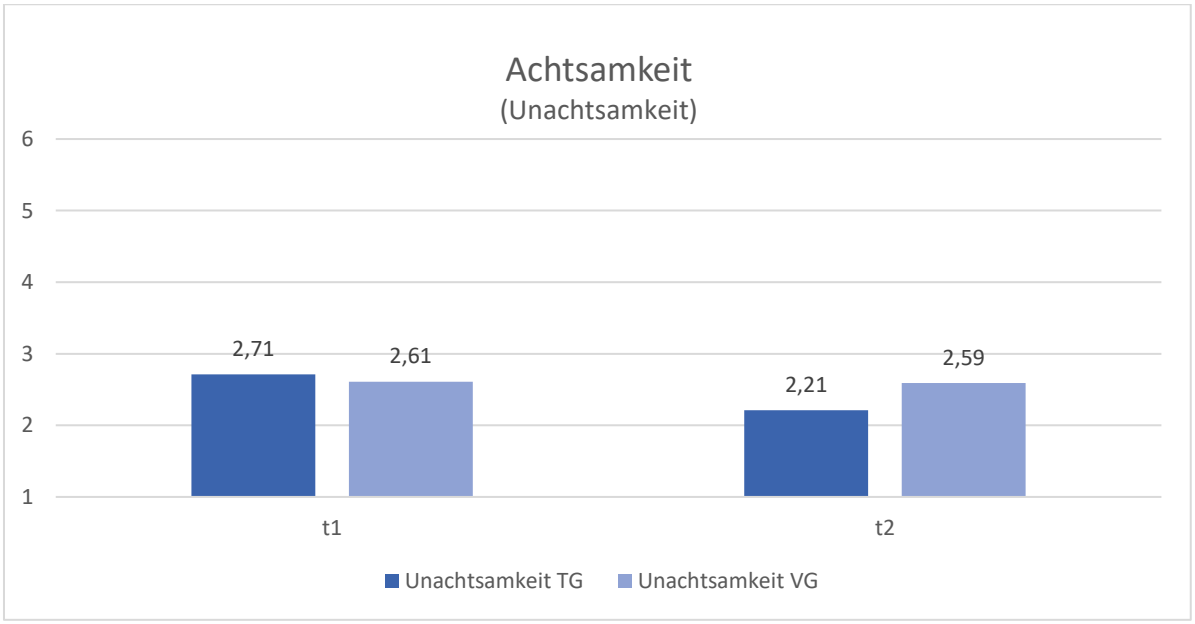
Die gewonnenen Daten stützen diese Hypothese. Es konnte ein signifikanter und mittlerer Interaktionseffekt nachgewiesen werden. F(1,102) = 11.65, $p < .001$, $\eta_p^2 = .10$). Der Haupteffekt des Innersubjektfaktors Messzeitpunkt weist Signifikanz mit hoher Effektstärke auf F(1,102) = 27.05, $p < .001$; $\eta_p^2 = .86$). Der Haupteffekt des Zwischensubjektfaktor Gruppe weist Signifikanz mit mittlerer Effektstärke FKauf F(1,102) = 7.99, $p = .006$; $\eta_p^2 = .07$).

Werden die Mittelwerte vor ($t_1$) und nach ($t_2$) der Trainingsintervention für die Gruppen getrennt betrachtet, zeigt sich für die am Training teilnehmende Gruppe ($Mt_1 = 3.34$ und $Mt_2 = 3.87$) ein hoch signifikanter Unterschied mit starkem Effekt (t(51) = 7.84, $p < .001$, $d = 0.99$). Der Vergleich der Mittelwerte der Vergleichsgruppe ($Mt_1 = 3.24$) und ($Mt_2 = 3.39$) zeigt hohe Signifikanz mit mittlerem Effekt (t(51) =2.32, $p < .025$, $d = 0.025$).

Am Ende des Trainings unterschieden sich die Gruppen ($MTGt_2$ = 3.87; $MVGt_2$ =3.39) signifikant mit mittlerem Effekt. (t (102) = 3.21, *p* <.001, *d* = 0.61). Damit kann die Hypothese (H12a) bestätigt werden. Die Selbstmanagementkompetenz Anwendungen der Techniken der Positiven Psychologie hat sich über den Verlauf des Trainings, also innerhalb von sechs Wochen, im Unterschied zur Vergleichsgruppe signifikant verbessert.

*Achtsamkeit.* Die Trainingsintervention zielt darauf ab, einen signifikanten Aufbau der Selbstmanagementkompetenz Achtsamkeit im Vergleich zu einer nicht an der Trainingsintervention teilnehmenden Gruppe zu bewirken (H12b). Das verwendete Messinstrument erhebt Unachtsamkeit. Es wird daher eine Verringerung der Werte erwartet. Die Ergebnisse sind in Abbildung 9 dargestellt.

*Abbildung 9: Entwicklung der Selbstmanagementkompetenz Achtsamkeit*




*Anmerkung: TG: N = 52; VG: N = 52*

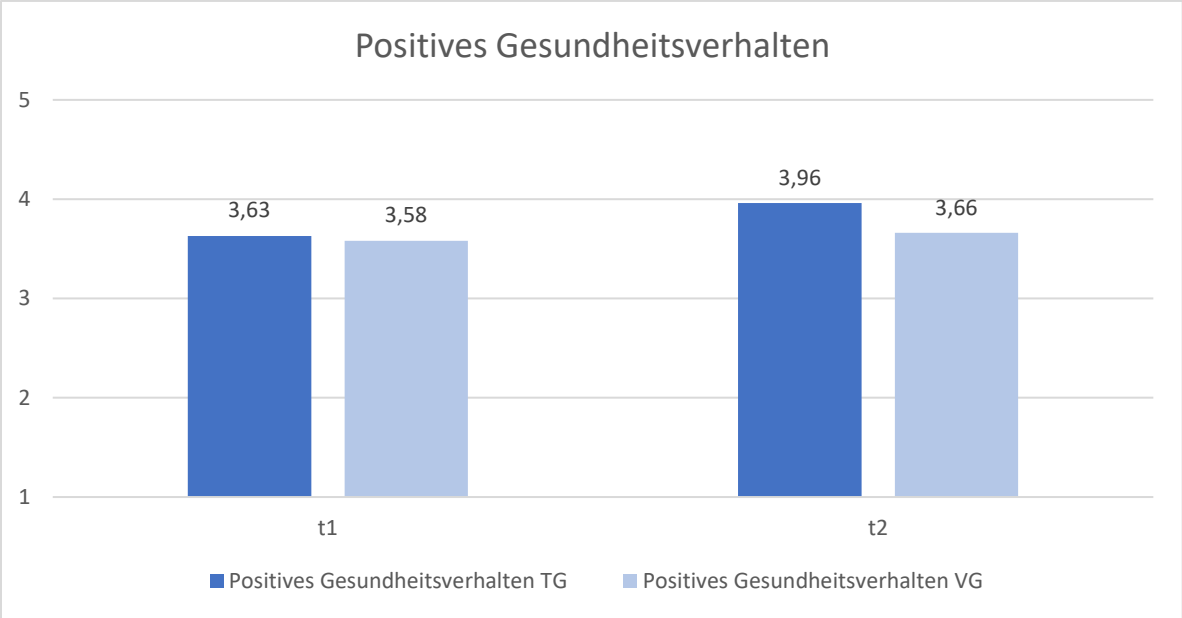
Das verwendete statistische Analyseverfahren ergibt eine signifikante Interaktion mit mittlerem Effekt (F(1, 102) = -10.29, *p* < .003, $\eta_p^2$ = -.08). Der untersuchte Innersubjektfaktor Zeit, zeigt ebenfalls eine Signifikanz mit mittlerem Effekt (F(1, 102) = -23.10, *p* < .002, $\eta_p^2$ = .09). Die Analyse des Zwischensubjetfaktor Gruppe zeigte keine Signifikanz F(1, 102) = .065, *p* = .420, $\eta_p^2$ = .006).

Werden die Daten über die Zeit für die Gruppen getrennt betrachtet, ergibt sich für die Mittelwerte der Treatmentgruppe vor ($Mt_1$ = 2.71) und nach ($Mt_2$ = 2.20) dem Training ein signifikanter Unterschied mit mittlerem Effekt (t(51) = -7.175, *p* < .001; *d* = *-0.*67). Der Vergleich der Mittelwerte vor ($Mt_1$= 2.60) und nach dem Training ($Mt_2$= 2.59) für die Vergleichsgruppe ergaben keinen signifikanten Unterschied (t(51) = -.132, p = .90; *d* =-.018).

Der t-Test zum Gruppenvergleich nach dem Training ($MTGt_2$ = 2.21; $MVGt_2$ =2.59) belegt einen signifikanten Unterschied mit kleinem Effekt der Gruppen am Ende der Trainingsintervention (t(102) = -2.02, $p$ = .046 , $d$ = -0.40). Damit konnte die Treatmentgruppe die Selbstmanagementkompetenz Achtsamkeit im Vergleich zu der nicht am Training teilnehmenden Gruppe signifikant verbessern und die Hypothese (H12b) kann bestätigt werden.

*Positives Gesundheitsverhalten.* Es wurde angenommen, dass die trainierte Gruppe über den Verlauf des sechs-wöchigen Trainings die Selbstmanagementkompetenz Positives Gesundheitsverhalten, inkludiert ist die Verbesserung des Bewegungs- und Aktivitätsverhaltens, der Ernährung und des Schlafs, im Unterschied zur Vergleichsgruppe signifikant besser aufbauen kann. Die gewonnenen Ergebnisse sind in Abbildung 10 dargestellt.

*Abbildung 10: Entwicklung der Selbstmanagementkompetenz Positives Gesundheitsverhalten*




*Anmerkung: TG: N = 52; VG: N = 52*

Die Mixed ANOVA zeigt einen signifikanten und niedrigen Interaktionseffekt (F(1, 102) = 4.80, $p$ = .031, $\eta_p^2$ = .05). Der einfache Haupteffekt Zeit ist hoch signifikant und stark (F(1, 102) = 13.09, $p$ < .001, $\eta_p^2$ = .11). Der Zwischensubjetfaktor Gruppe zeigte keine Signifikanz F(1, 102) = 1.24, $p$ = .268, $\eta_p^2$ = .012).

Wird die zeitliche Komponente gesondert für die Treatmentgruppe untersucht, zeigt sich ein signifikanter Unterschied mit mittlerem Effekt zwischen den Mittelwerten vor ($Mt_1$ = 3.63) und nach ($Mt_2$= 3.96) der GPS-Intervention (t(51) = 3.88, $p$ < .001, $d$ = 0.54). Werden die Mittelwerte der

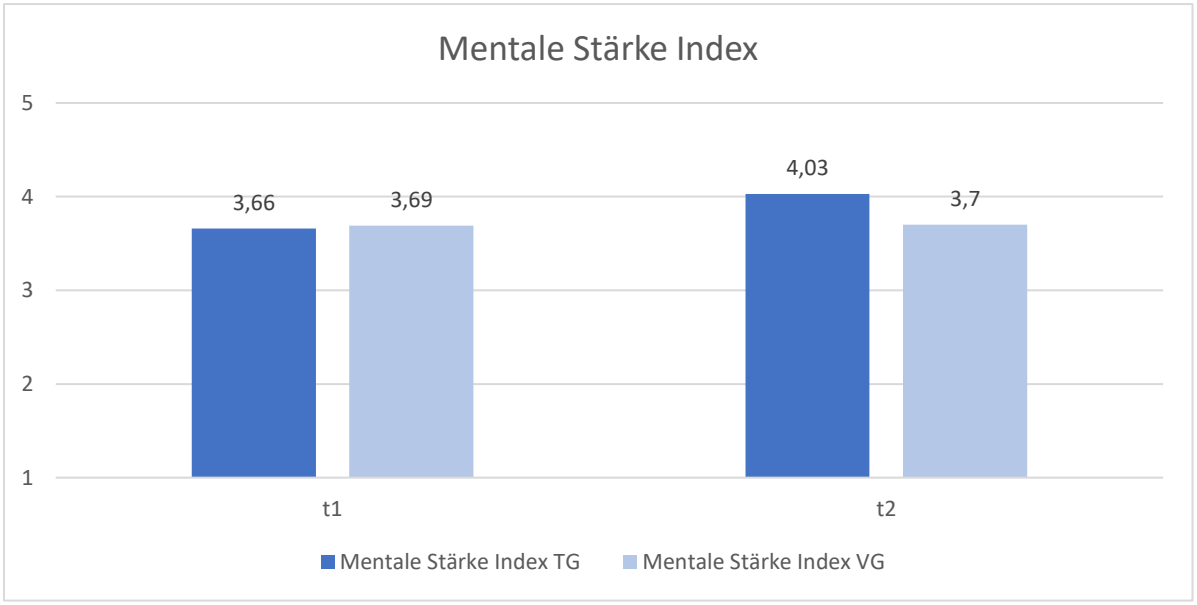
Vergleichsgruppe vor ($Mt_1$= 2.58) und nach ($Mt_2$= 3.66) dem Training verglichen, zeigt sich kein signifikanter Unterschied (t(51) = - 1.08, p = .278, d = .15).

Werden die Mittelwerte der Treatmentgruppe ($Mt_2$ = 3.96) und der Vergleichsgruppe ($Mt_2$ = 3.66) am Ende verglichen (t(102) = 1.80, *p* = .075, *d* = 0.25), zeigt sich jedoch kein signifikanter Unterschied. Damit konnte die Treatmentgruppe ($M_{Difft1\text{-}t2}$ = 0.33) zwar deskriptiv ihre Werte deutlich mehr erhöhen, als die Vergleichsgruppe ($M_{Difft1\text{-}t2}$ = 0.08) weist nach der Intervention jedoch keine signifikant bessere Selbstmanagementkompetenz Positives Gesundheitsverhalten auf. Hypothese (H12c) muss daher verworfen werden.

**Mentale Stärke**

*Mentale Stärke Index.* Eine weitere Hypothese (H12d) dieser Forschungsarbeit nahm an, dass Patienten, die an der Trainingsintervention teilnahmen, signifikant mehr mentale Stärke aufbauen können als die nicht-teilnehmende Vergleichsgruppe. Mentale Stärke setzt sich dabei aus den sechs Facetten, Selbstwirksamkeitserwartung, Emotionsregulation, Resilienz Hoffnung, Optimismus und Selbstvertrauen zusammen. Die Ergebnisse der sechs Facetten als Gesamtwert (mentale Stärke Index) ist in Abbildung 11 dargestellt.

*Abbildung 11: Entwicklung des Gesamtwertes (=Index-Wert) der Mentalen Stärke*




Die Analyse der Daten zeigt eine hoch signifikante Interaktion mit starkem Effekt (F(1, 102) = 19.05, *p* < .001, $\eta_p^2$ = .16). Wird der Innersubjektfaktor Zeit näher beleuchtet, zeigt sich ein hoch signifikanter

Effekt hoher Stärke (F(1, 102) = 22.45, $p < .001$, $\eta_p^2 = .18$). Die Untersuchung des Zwischensubjetfaktor Gruppe zeigt keine Signifikanz F(1, 102) = 1.89, $p = .172$, $\eta_p^2 = .018$).

Werden die Mittelwerte der Treatmentgruppe vor ($Mt_1 = 3.65$) und nach ($Mt_2 = 4.03$) dem Training verglichen, unterscheiden sich diese mit starkem Effekt (t(51) = 6.71, $p < .001$, $d = 0.93$). Werden die Mittelwerte der Vergleichsgruppe vor ($Mt_1$=3.69) und nach ($Mt_2$= 3.70) verglichen, zeigt sich kein signifikanter Effekt (t(51) = .255, $p$ =.80, $d$ = .035). Damit baut lediglich die Treatmentgruppe während der Trainingsphase signifikant mentale Stärke auf.

Der Unterschied der Gruppen nach der Trainingsintervention zeigt sich signifikant mit mitterem Effekt (t(102) = 2.85, $p = .005$, $d = 0.56$) und bestätigt damit die Hypothese (H12d). Am Ende der Entwöhnungsbehandlung und nach der Intervention konnte die Treatmentgruppe im Unterschied zur Vergleichsgruppe signifikant mehr mentale Stärke aufbauen.

Die Hypothesen (H12e) erwarteten einen signifikanten Anstieg der einzelnen Facetten in der Trainingsgruppe über die Zeit und im Unterschied zur Vergleichsgruppe. Der angestrebte Interaktionseffekt konnte bei allen Facetten mit mittleren bis hohen Effektstärken nachgewiesen werden. Ebenso zeigte sich bei den einzelnen Facetten ein hoch signifikanter Effekt der Zeit. Der Vergleich der Mittelwerte der Gruppen nach der Trainingsintervention ($M_{t2}$) ergab, mit Ausnahme der Facette Optimismus (p = .091), jeweils ein signifikantes Ergebnis und bestätigte damit die Annahme, dass sich die Treatmentgruppe im Verlauf des Trainings und im Unterschied zur Vergleichsgruppe signifikant positiver entwickelte. Die detaillierte varianzanalytische Auswertung und graphische Darstellung der einzelnen Facetten finden sich im Anhang P.

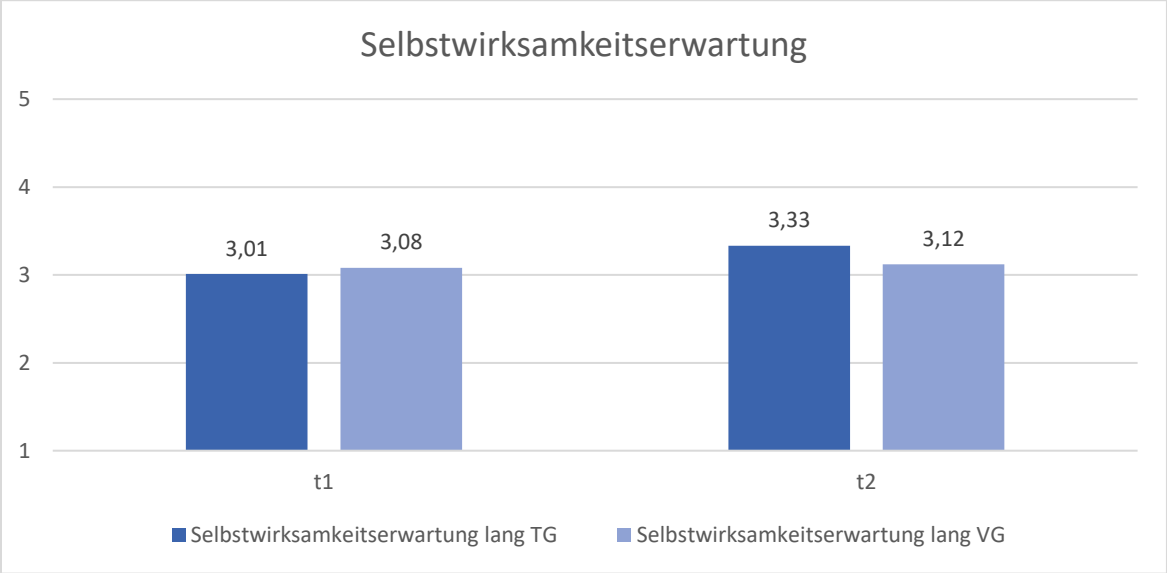
*Selbstwirksamkeitserwartung.* Ein weiteres Ziel der GPS-Intervention war es, durch das Training Selbstwirksamkeitserwartung aufzubauen und damit die Krankheitsbewältigung der Patienten zu unterstützen. Die Ergebnisse sind in Abbildung 12 dargestellt.

Das verwendete varianzanalytische Verfahren zeigt eine signifikante Interaktion mit knapp starkem Effekt (F(1, 102) = 14.10, $p < .001$, $\eta_p^2 = .12$). Der Haupteffekt Zeit konnte als hoch signifikant und stark-dokumentiert werden (F(1, 102) = 25.19, $p < .001$, $\eta_p^2 = .20$). Die Analyse der Daten ergab für den Zwischensubjektfaktor Gruppe keine Signifikanz (F(1, 102) = .572, $p = .451$, $\eta_p^2 = .006$).

Wird der Faktor Zeit genauer analysiert, zeigt sich für die Treatmentgruppe ein signifikanter Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartung von $t_1$ (M= 3.01) zu $t_2$ (M=3.33) mit starkem Effekt (t(51) = 6.21, $p < .001$, $d = 0.86$). In der Vergleichsgruppe unterschieden sich die Mittelwerte vor ($Mt_1 = 3.08$) und nach dem Training ($Mt_2$= 3.12) nicht signifikant (t(51) = 0.89; $p = .376$, $d = .012$).

Nach dem Training unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant mit mittlerem Effekt ($MTGt_2$ = 3.33; $MVGt_2$ =3.12) (t(102) = 2.06, *p* = .042, *d* = 0.40). Damit kann angenommen werden, dass die Trainingsgruppe durch die Intervention im Unterschied zur Vergleichsgruppe über den Zeitraum des Trainings signifikant mehr Selbstwirksamkeitserwartung aufbaute und Hypothese (H12e) bestätigt werden.

*Abbildung 12: Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung*



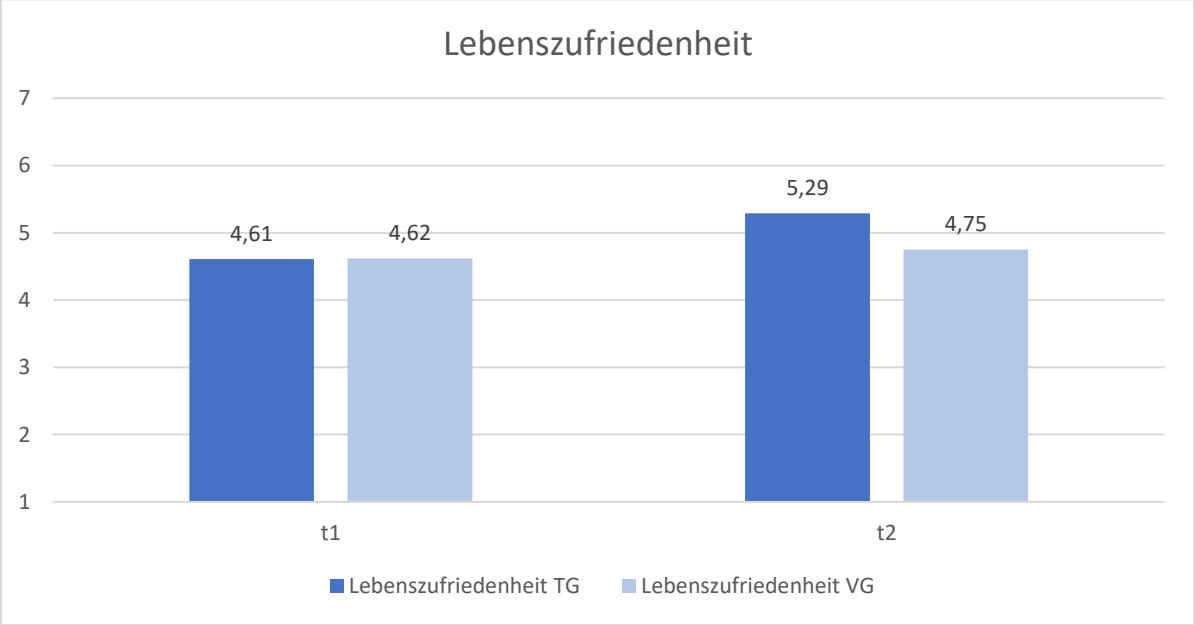

**Positive Outcomes**

Um die Bewältigung einer Alkoholabhängigkeitserkrankung zu unterstützen und möglichst lange Abstinenzzeiten zu erreichen, wurde eine Trainingsintervention entworfen, von der angenommen wurde, sogenanntes Recovery-Kapital zu generieren. Zu den angestrebten Komponenten zählen eine Steigerung der Lebenszufriedenheit, des Wohlbefindens (Aufblühen/Mental Health), der Vitalität und eine Reduktion psychischer Belastung (Gesamtwert, Angst, Depression) und dysfunktionaler Kognitionen. Zudem wurde erwartet, dass sich das Training auf die Komponenten Abstinenzzuversicht und Suchtdruck auswirkt.

*Lebenszufriedenheit***.** Es wurde angenommen, dass sich durch die sechs-wöchige Trainingsintervention "GPS - Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement" die Lebenszufriedenheit im Unterschied zu einer Vergleichsgruppe signifikant steigern lässt (H12f). Abbildung 13 veranschaulicht die Ergebnisse der statistischen Analyse der Variable Lebenszufriedenheit.

Das varianzanalytische Verfahren dokumentiert einen signifikanten Interaktionseffekt mit mittlerem Effekt (F(1, 102) = 6.58, $p$ = .01, $\eta_p^2$ = .06). Die Analyse des Hauptfaktor Zeit zeigt ein signifikantes Ergebnis mit hoher Effektstärke (F(1, 102) = 307.35, $p$ < .001, $\eta_p^2$ = .75). Die Analyse des Zwischensubjektfaktors Gruppe ergibt kein signifikantes Ergebnis F(1, 102) = 1.73, $p$ = .192, $\eta_p^2$ = .017).

*Abbildung 13: Entwicklung der Lebenszufriedenheit*




Werden die Mittelwerte der Treatmentgruppe vor ($Mt_1$ = 4.61) und nach ($Mt_2$ = 5.29) dem Training verglichen, zeigt der gepaarte t-Test ein hoch signifikantes Ergebnis mit mittlerer Effektstärke (t(51) = 5.59, $p$ < .001, $d$ = 0.78). In der Vergleichsgruppe unterscheiden sich die Mittelwerte ($Mt_1$ = 4.66; $Mt_2$ = 4.75) nicht signifikant (t(51) = 1,06, $p$ = .297, $d$ = .146).

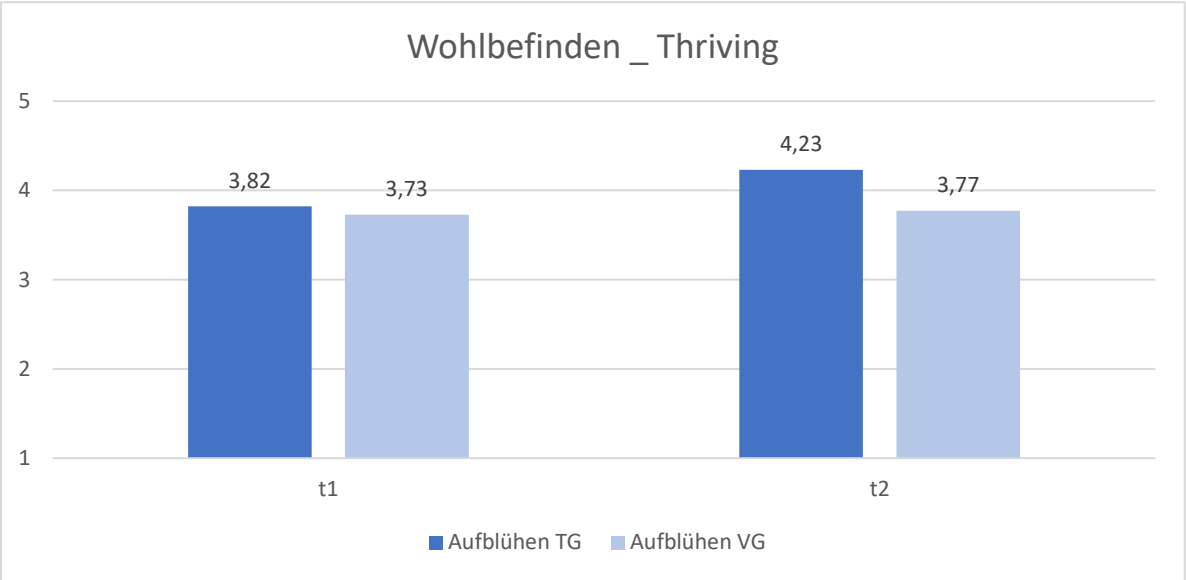
Der Vergleich der Mittelwerte der Treatmentgruppe ($Mt_2$ = 5.29) und der Vergleichsgruppe ($Mt_2$ = 4.75) zum Testzeitpunkt nach dem Training ergab ein signifikantes Ergebnis mit mittlerer Effektstärke (t(51) = 2.08, $p$ = .04, $d$ = 0.41). Die Hypothese (H12f), dass es der Trainingsgruppe durch das Training gelingt, ihre Lebenszufriedenheit signifikant zu steigern, kann damit bestätigt werden.

*Wohlbefinden (Thriving).* Eine Annahme dieser Untersuch war, dass es der Trainingsgruppe im Unterschied zur Vergleichsgruppe gelingt durch das Training mehr Lebenszufriedenheit zu erreichen (H12g). Die Ergebnisse für die Skala Wohlbefinden (Thriving) sind in Abbildung 14 veranschaulicht.

Die Ergebnisse der mixed ANOVA weisen eine signifikante Interaktion mit knapp starkem Effekt auf (F(1, 102) = 16.85, $p$ < .001, $\eta_p^2$ = .13). Der Haupteffekt Zeit stellte sich ebenfalls als hoch signifikant mit

hoher Effektstärke dar (F(1, 102) = 300.43, $p < .001$, $\eta_p^2 = .78$). Wird der Zwischensubjektfaktor Gruppe betrachtet, zeigt sich ein signifikantes Ergebnis mit mittlerer Effektstärke (F(1, 102) = 7.06, $p = .009$, $\eta_p^2 = .06$).

*Abbildung 14: Entwicklung des Wohlbefindens/Aufblühens*



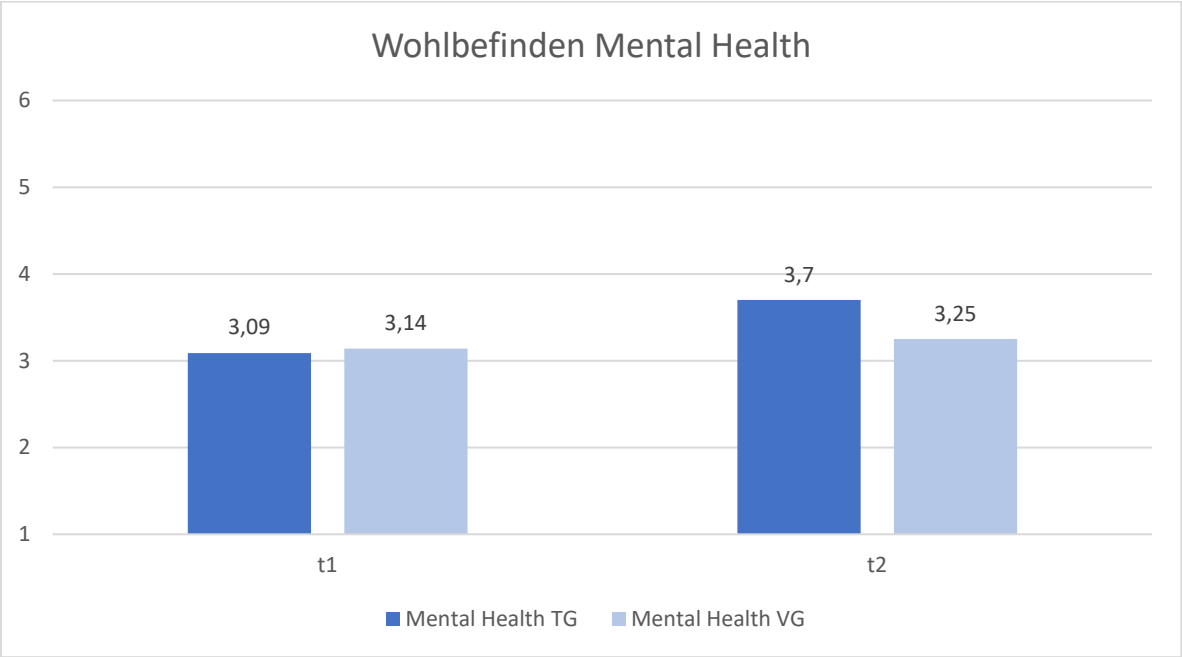

Werden die Mittelwerte des Testzeitpunkts vor ($Mt_1 = 3.82$) und nach ($Mt_2 = 4.23$) Training nur für die Treatmentgruppe verglichen, ergibt der gepaarte t-Test ein hoch signifikantes Ergebnis mit hoher Effektstärke (t(51) = 6.34, $p < .001$, $d = 0.89$). Für die Vergleichsgruppe ergibt der t-Test keinen signifikanten Unterschied von $t_1$ (M= 3.73) zu $t_2$ (M=3.77) (t(51) = .605, p = .548, $d = 0.084$).

Zur finalen Bestätigung der Hypothese (H12g), dass die trainierte Patientengruppe im Unterschied zur nicht trainierten Patientengruppe im Verlauf des Trainings signifikant mehr Wohlbefinden (Thriving) aufbauen kann, wurden die Mittelwerte der Gruppen nach Abschluss des Trainings mit einem t-Test verglichen. Dieser wies ebenfalls ein hoch signifikantes Ergebnis mit mittlerer Effektstärke auf und bestätigt damit die Hypothese (H12g) (t(102) = 3.55, $p < .001$, $d = 0.70$).

*Wohlbefinden (Flourishing/Mental Health).* Im Zuge der Evaluierung der Trainings-Intervention GPS - Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement wurde eine weitere Erfassungsmethode des Konstrukts Wohlbefinden untersucht. Es wurde erwartet, dass sich Wohlbefinden, bestehend aus emotionalem, psychischem und sozialem Wohlbefinden im Sinne der (Mental Health) durch die Intervention im Vergleich zu einer nicht an dem Training teilnehmenden Gruppe signifikant steigern lässt (H12h). Die Ergebnisse der statistischen Analyse sind in Abbildung 15 dargestellt.

Die statistische Analyse zeigt einen signifikanten Interaktionseffekt mit mittlerer Effektstärke (F(1, 102) = 8.73, *p* = .004, $\eta_p^2$ = .08) und einen hoch signifikanten und starken Haupteffekt für Zeit (F(1, 102) = 19.11, *p* < .001, $\eta_p^2$ = .15). Der Zwischensubjektfaktor Gruppe wird als nicht signifikant dokumentiert (F(1, 102) = 1.13, *p* = .290, $\eta_p^2$ = .011).

*Abbildung 15: Entwicklung Wohlbefinden/ Mental Health*

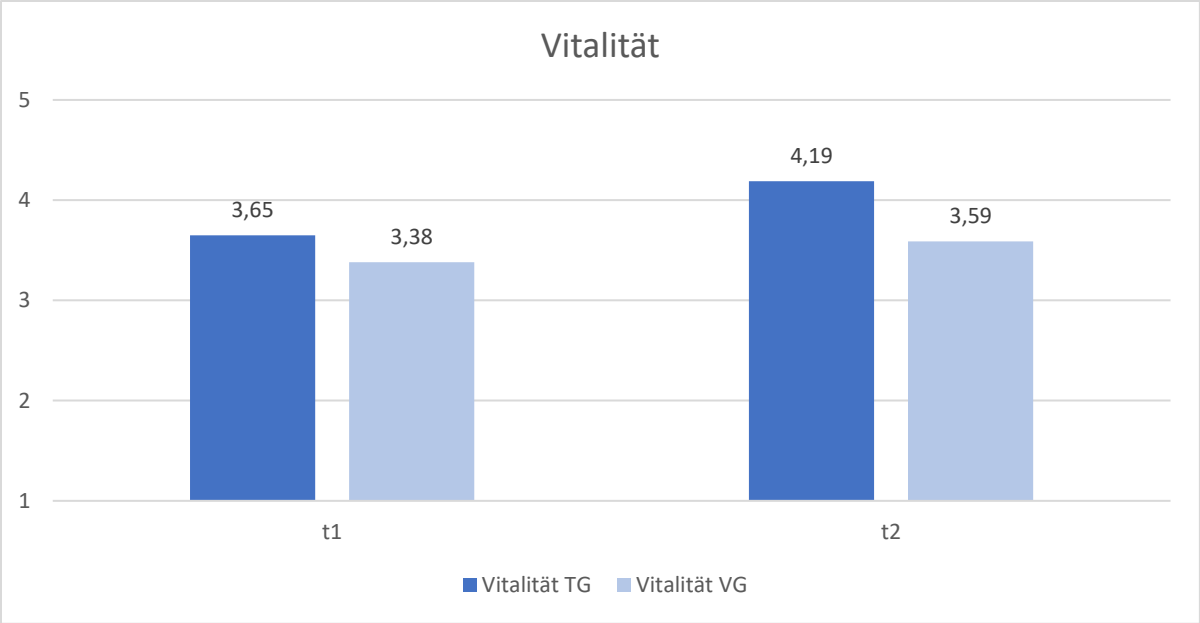



Wird der Unterschied der Mittelwerte der Trainingsgruppe vor ($Mt_1$ = 3.09) und nach ($Mt_2$= 3.70) dem Treatment auf Signifikanz überprüft, zeigt sich eine hohe Signifikanz mit mittlerem Effekt (t(51) = 5.28, *p* < .001, *d = 0.*73). Für die Vergleichsgruppe zeigt sich kein signifikanter Unterschied der Mittelwerte vor ($Mt_1$= 3.14) und nach ($Mt_2$= 3.26) dem Training (t(51) = .983, p = .330, d = .136).

Der t-Test zum Testzeitpunkt $t_3$ ($MTGt_2$ = 3.70; $MVGt_2$ =3.25) dokumentiert einen signifikanten Unterschied der Gruppen mit moderatem Effekt (t(102) = 2.22, *p* = .029, *d = 0.*44), und damit kann die angenommene Hypothese (H12h) bestätigt werden. Die Trainingsgruppe konnte im Verlauf des Trainings und im Unterschied zur Vergleichsgruppe mehr Wohlbefinden (Mental Health) aufbauen.

*Vitalität***.** Es wurde hypothetisiert, dass sich durch die implementierte Trainingsintervention das Gefühl der Vitalität in einer Trainingsgruppe im Unterschied zu einer Vergleichsgruppe signifikant steigern lässt (H12i). In Abbildung 16 ist die Entwicklung der Variable Vitalität für die Gruppen und über die Zeit dargestellt.

*Abbildung 16: Entwicklung Vitalität*




Die bestehenden Interaktionseffekte dürfen aufgrund mangelnder Voraussetzungen (keine Gleichheit der Fehlervarianzen < .015) nicht interpretiert werden.

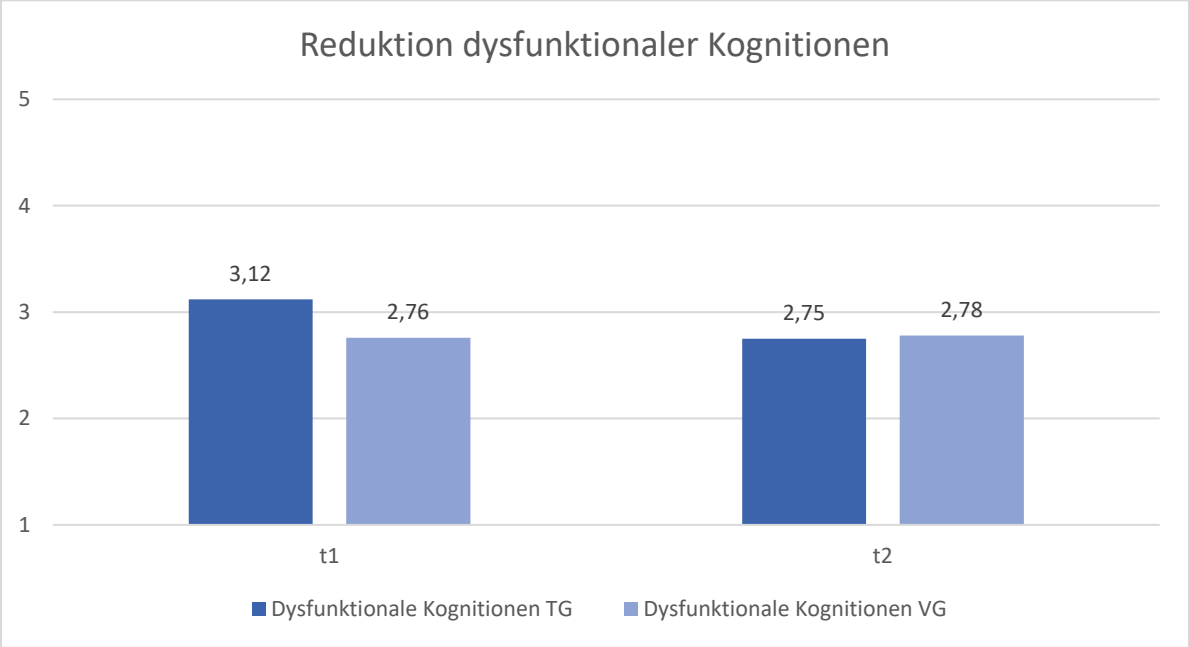
Der Innersubjektfaktor Zeit zeigt sich hoch signifikant mit starkem Effekt ($F(1, 102) = 164.82$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .62$). Ebenso der Zwischensubjektfaktor Gruppe zeigt sich signifikant mit mittlerem Effekt ($F(1, 102) = 6.25$, $p = .014$, $\eta_p^2 = .06$).

Die Analyse des Faktors Zeit für die Gruppen getrennt ($Mt_1 = 3.65$; $Mt_2 = 4.19$) zeigt, dass ein signifikanter und hoher Effekt für die Treatmentgruppe bestätigt werden kann ($t(51) = 5.98$, $p < .001$, $d = .81$). Die Mittelwerte vor ($Mt_1=3.38$) und nach dem Training ($Mt_2=3.59$) in der Vergleichsgruppe unterschieden sich ebenfalls signifikant mit geringem Effekt ($t(51) = 2.28$, $p = .027$, $d = .32$). Damit haben beide Gruppen über den Zeitraum der Trainingsintervention ihr Gefühl von Vitalität signifikant verbessert.

Die signifikanten Unterschiede mit mittlerer Effektstärke der Mittelwerte der Gruppen zum Testzeitpunkt $t_2$, nach der Intervention, lassen den Schluss zu, dass die Trainingsgruppe nach dem Training signifikant mehr Gefühl von Vitalität erlebt ($t(102) = 3.28$, $p = .001$, $d = .64$). Deskriptiv war die Zunahme des Vitalitätsgefühls in der Treatmentgruppe ($M_{Difft1\text{-}t2} = 0.54$) mehr als doppelt so hoch als in der Vergleichsgruppe ($M_{Difft1\text{-}t2} = 0.21$).

*Dysfunktionale Kognitionen***.** Ein Ziel der durchgeführten Trainingsintervention war die signifikante Reduzierung dysfunktionaler Kognitionen im Vergleich zu der nicht am Training teilnehmenden Gruppe (H12j). In Abbildung 17 sind die Ergebnisse der Auswertung der Daten veranschaulicht.

*Abbildung 17: Entwicklung Reduktion dysfunktionaler Kognitionen*




Die varianzanalytische Auswertung der gewonnenen Daten ergab einen signifikanten Interaktionseffekt mittlerer Stärke (F(1, 102) = 6.97, $p$ = .10, $\eta_p^2$ = .06) und zudem einen signifikanten Zeiteffekt mittlerer Stärke (F(1, 102) = 5.47, $p$ = .021, $\eta_p^2$ = .05). Die Analyse des Zwischensubjektfaktors Gruppe ergab kein signifikantes Ergebnis F(1, 102) = .85, $p$ = .360, $\eta_p^2$ = .008).

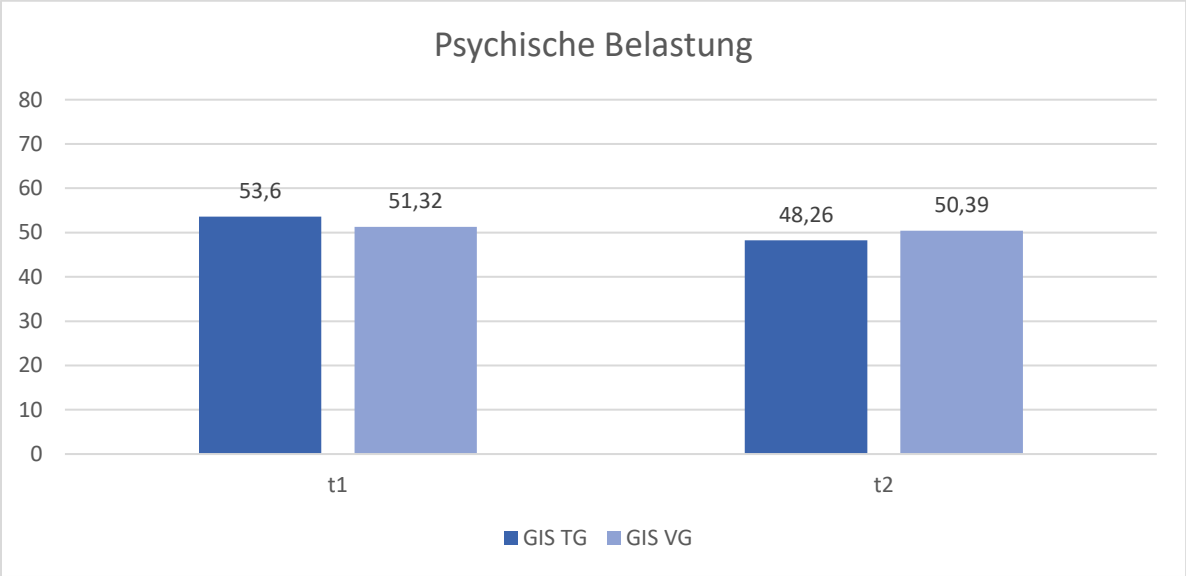
Wird die Treatmentgruppe über die Zeit gesondert beleuchtet und untersucht, ob sich die Komponente im Verlauf des Trainings ($Mt_1$= 3.12, $Mt_2$ = 2.75) positiv verändert, zeigt der gepaarte t-Test ein hoch signifikantes Ergebnis mit mittlerer Effektstärke (t(51) = -3.77, $p$ < .001*, d = -0.*52). Für die Vergleichsgruppe konnte kein signifikanter Unterschied der Mittelwerte vor ($Mt_1$= 2.76) und nach ($Mt_2$ = 2.78) festgestellt werden (t(51) = .201, p = .196, $d$ = 0.03).

Werden die beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Mittelwerte ($Mt_2$) nach dem Training auf Unterschiede mittels t-Test geprüft ($MTGt_2$= 2.74; $MVGt_2$ = 2.78), ergibt sich dennoch keine Signifikanz (t(102) = -0.18, $p$ = .86, $d$ = -0.04). Deskriptiv lässt sich abbilden, dass die Treatmentgruppe ihre Werte verringerte ($M_{Difft1\text{-}t2}$ = -0.38), die Vergleichsgruppe sogar steigert ($M_{Difft1\text{-}t2}$ = 0.23). Dennoch muss die

angenommene Hypothese (H12j) verworfen werden. Beide Gruppen haben am Ende der Behandlung vergleichbare Werte hinsichtlich dysfunktionaler Kognitionen.

*Psychische Belastung***.** Es wurde angenommen, dass sich durch das durchgeführte Training die psychische Belastung im Vergleich zu einer Vergleichsgruppe signifikant reduzieren lässt (H12k). Für den Gesamtwert (GSI), der sich aus neun Facetten zusammensetzt, zeigt die statistische Analyse Ergebnisse, die in Abbildung 18 dargestellt sind

*Abbildung 18: Entwicklung GIS – Psychische Belastung Gesamtwert*




Die Auswertung der Daten mittels mixed ANOVA ergab für den Gesamtwert GSI der psychischen Belastung einen hoch signifikanten und starken Interaktionseffekt (F(1, 96) = 11.73, $p < .001$, $\eta_p^2 = .11$). Die Untersuchung des Hauptfaktor Zeit zeigt ebenfalls ein hoch signifikantes Ergebnis mit hohem Effekt (F(1, 96) = 18.79, $p < .001$, $\eta_p^2 = .17$). Die Analyse des Zwischensubjektfaktors Gruppe kein signifikantes Ergebnis (F(1, 96) = .12, $p = .734$, $\eta_p^2 = .001$).

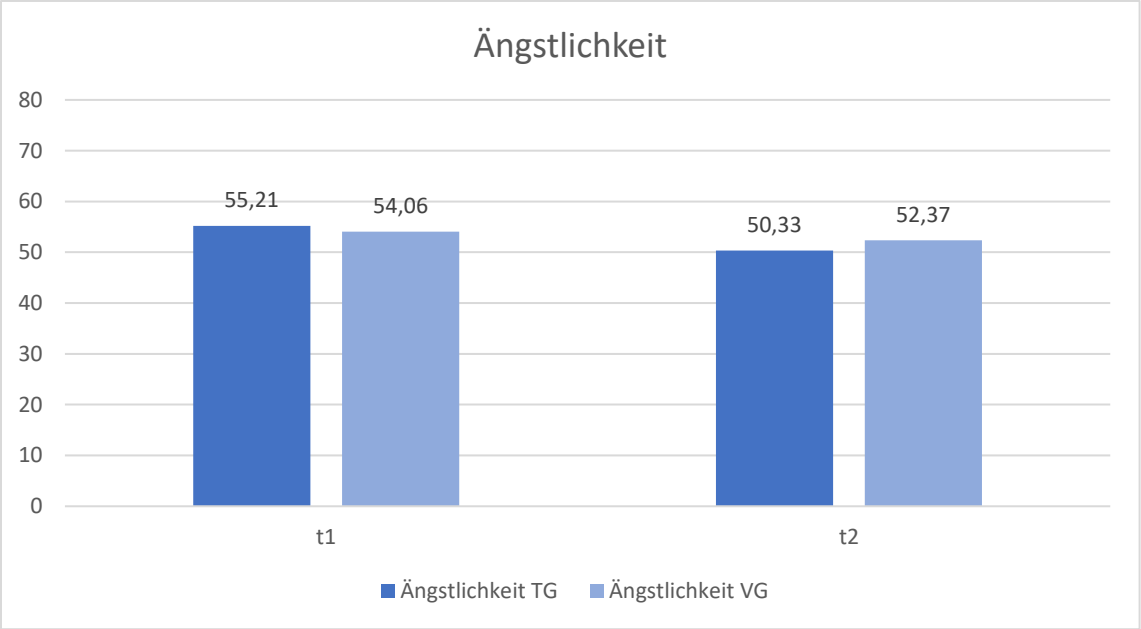
Der t-Test zum Vergleich der Mittelwerte vor ($Mt_1 = 53.60$) und nach ($Mt_2 = 48{,}26$) dem Training bestätigt durch sein signifikantes Ergebnis, dass die Treatmentgruppe über die Zeit die psychische Belastung deutlich reduzieren konnte (t(48) = -6.34, $p < .001$, $d = -0.93$). Die Vergleichsgruppe konnte über die sechs Wochen ($Mt_1 = 51.32$; $Mt_2 = 50.39$) keine signifikante Reduktion der psychischen Belastung erreichen (t(48) = -.578, p = .566, $d = -0.084$).

Um zu überprüfen, ob sich die Gruppen am Ende der gesamten Behandlung signifikant unterscheiden, wurden die Mittelwerte ($MTGt_2 = 48.26$; $MVGt_2 = 50.39$) des Testzeitpunkts ($Mt_2$) verglichen. Die Mittelwerte hinsichtlich der gesamtpsychischen Belastung unterschieden sich zum letzten Testzeitpunkt

nicht signifikant (t(96) = -0.88, *p* = .38, *d* = -0.18). Damit erreichten am Ende der Behandlung beide Gruppen einen ähnlichen Wert in psychischer Belastung. Die Hypothese (H12k) muss daher verworfen werden. Deskriptiv erreichte die Treatmentgruppe eine deutlich höhere Reduktion ($M_{Difft1-t2}$ = -5.21), als die Vergleichsgruppe ($M_{Difft1-t2}$ = -0.93).

*Ängstlichkeit*. Als Teilaspekt der psychischen Belastung wurde in der vorliegenden Arbeit die Komponente Ängstlichkeit genauer untersucht. Es wurde hypothetisiert, dass sich Ängstlichkeit durch das umgesetzte Training verringern lässt (H12l). Die varianzanalytische Auswertung der Daten ist in Abbildung 19 dargestellt.

*Abbildung 19: Entwicklung der Variable Ängstlichkeit*



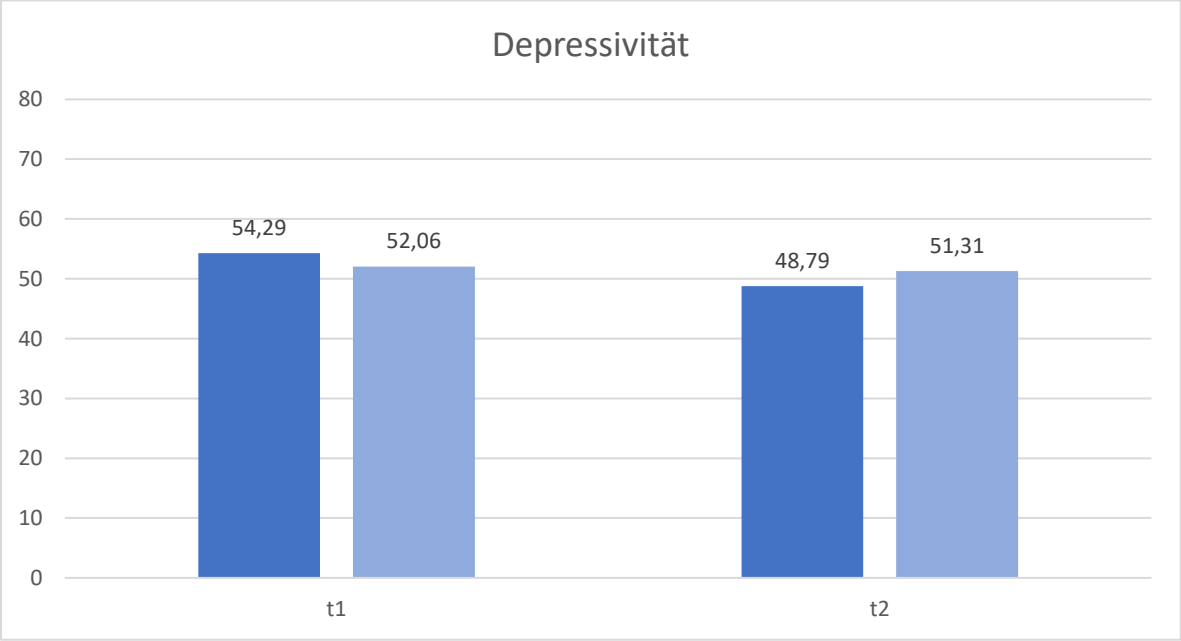

Die mixed ANOVA ergab einen signifikanten und geringen Interaktionseffekt (F(1,96) = 4.232, p = .042, $\eta_p^2$ = .043) und einen hoch signifikanten und starken Effekt des Faktors Zeit (F(1,96) = 18.047, p <.001, $\eta_p^2$ =.16). Die Untersuchung des Zwischensubjektfaktors Gruppe zeigt kein signifikantes Ergebnis F(1, 96) = .049, *p* = .826, $\eta_p^2$ = .001).

Die zeitliche Dimension für die Trainingsgruppe getrennt betrachtet, ergibt einen signifikanten Unterschied mittlerer Effektstärke der Messzeitpunkte vor ($Mt_1$ = 55.21) und nach ($Mt_2$= 50.33) dem Training (t(48) = -4.70, p < .001, *d* = 0.72). In der Vergleichsgruppe ergab sich keine signifikante Reduktion der Ängstlichkeitswerte von vor ($Mt_1$= 50.74) zu nach ($Mt_2$= 50.06) der Trainingsintervention (t(48) = -1.48, *p* = .146, *d* = -0.21).

Deskriptiv erreicht die Treatmentgruppe eine stärkere Reduktion ($M_{Difft1-t2}$ = -4.87) im Vergleich zur nicht am Training teilnehmenden Gruppe ($M_{Difft1-t2}$ = -1.69). Dennoch konnte zum letzten Testzeitpunkt nach der Intervention ($t_2$) kein signifikanter Unterschied der Gruppen festgestellt werden (t(96) = -1.10, *p* = .274, *d* = -0.222). Damit muss die Annahme, dass das Training Ängstlichkeit im Vergleich zu einer nicht am Training teilnehmenden Patientengruppe signifikant reduziert, verworfen werden(H12l).

*Depressivität.* Eine weitere Komponente psychischer Belastung stellt Depressivität dar. Es wurde angenommen, dass sich durch den Verlauf des Trainings und im Vergleich zur Vergleichsgruppe dieser Aspekt signifikant reduzieren lässt (H12m). Die Ergebnisse sind in Abbildung 20 dargestellt.

*Abbildung 20: Entwicklung der Variable Depressivität*




Die statistische Auswertung der Daten ergab einen signifikanten und knapp starken Interaktionseffekt (F(1, 96) = 11.36, *p* = .001, $\eta_p^2$ = = .11) und einen hoch signifikanten und starken Effekt des Faktors Zeit (F(1, 96) = 19.73, *p* < .001, $\eta_p^2$ = .17). Der Effekt des Zwischensubjektfaktors Gruppe zeigt keine Signifikanz (F(1, 96) = .005, *p* = 942, $\eta_p^2$ = .00)

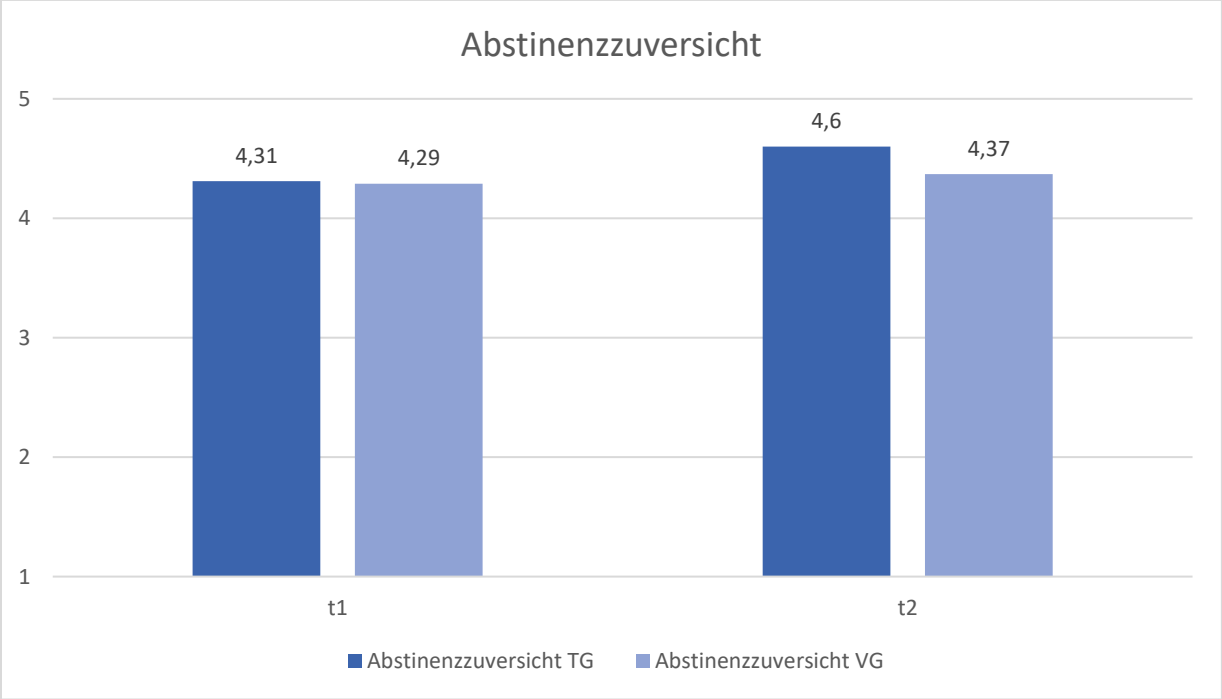
Es wird zudem die zeitliche Dimension für die Gruppen getrennt betrachtet. Die Signifikanzprüfung der Mittelwertsunterschiede vor ($Mt_1$ = 54.29) und nach ($Mt_2$= 48.79) dem Training für die Treatmentgruppe, zeigt sich hoch signifikant mit starkem Effekt (t(48) = 5.54, *p* < .001, *d* = -0.80). In der Vergleichsgruppe ergab der Vergleich der Mittelwerte von vor ($Mt_1$ = 52.06) und nach ($Mt_2$= 51.31) keinen signifikanten Unterschied (t(48) = -.757, *p* = .453, *d* = -0.108). Werden die Mittelwertdifferenzen

genauer betrachtet, zeigt sich in der Trainingsgruppe eine deutlich stärkere Reduktion ($M_{Difft1-t2}$ = -5.50) als in der Vergleichsgruppe ($M_{Difft1-t2}$ = -1.69).

Der Vergleich der Mittelwerte am Ende der Behandlung ergibt jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede (t(96) = -1.31, *p* = .19, *d* = -0.27). Beide Gruppen erreichen nach der Behandlung und der Trainingsintervention vergleichbare Werte. Damit muss diese Hypothese (H12m) verworfen werden.

*Abstinenzzuversicht*. Ein wichtiges Erfolgskriterium einer Alkoholentwöhnungstherapie ist Abstinenzzuversicht. Eine Hypothese (H12n) dieser Arbeit ist, dass sich durch die Trainingsintervention Abstinenzzuversicht signifikant steigern lässt. Die Entwicklung der Variable Abstinenzzuversicht für die Trainings- und vergleichsgruppe ist in Abbildung 21 dargestellt.

*Abbildung 21: Entwicklung der Abstinenzzuversicht*




Die Voraussetzung für eine varianzanalytische Auswertung ist bei diesem Aspekt nicht gegeben. Der Einfache Haupteffekt Zeit lässt sich als signifikant und moderat dokumentieren (F(1, 102) = 6.28, *p* = .014, $\eta_p^2$ = .06). Der Zwischensubjektfaktor Gruppe lässt sich als nicht signifikant dokumentieren (F(1, 102) = .796, *p* = .374, $\eta_p^2$ = = .008).

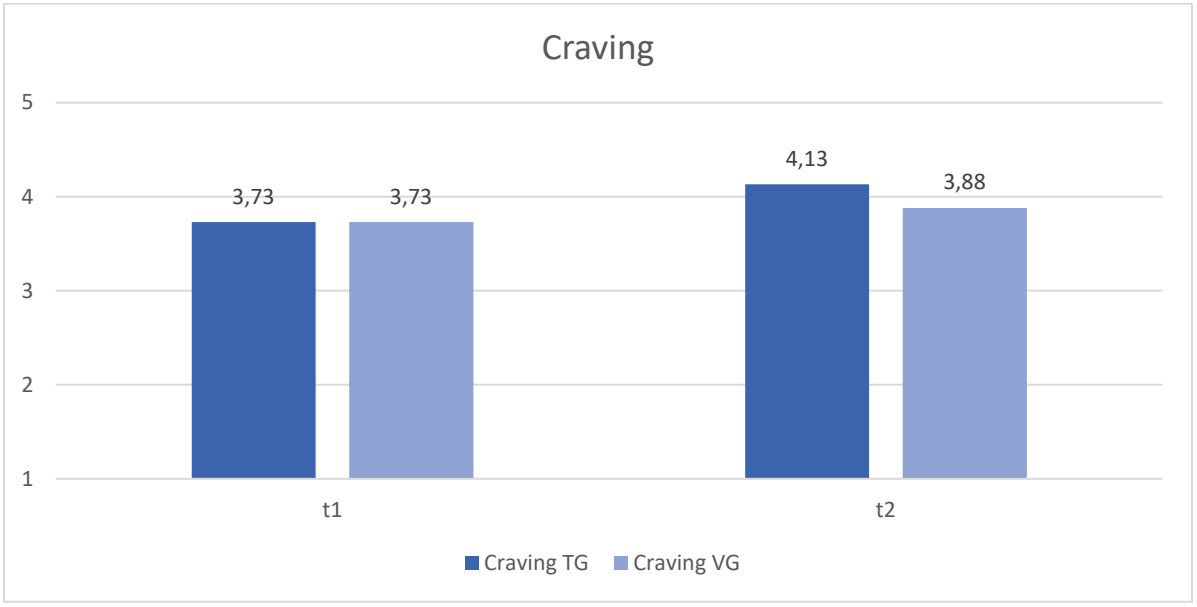
Der Vergleich der Mittelwerte der Treatmentgruppe vor ($Mt_1$ = 4.31) und nach ($Mt_2$= 4.60) dem Training ergab ein hoch signifikantes Ergebnis (t(51) = 2.876, *p* = .006, *d* = .40). Die Vergleichsgruppe konnte in diesem Zeitraum ($Mt_1$ = 4.29, $Mt_2$= 4.37) kein signifikantes Ergebnis erzielen (t(51) = .727, *p* = .471,

*d* = 0.101). Deskriptiv zeigt sich für die Treatmentgruppe eine deutliche Zunahme ($M_{Difft1\text{-}t2}$ = 0.29). In der Vergleichsgruppe ist die Steigerung der Abstinenzzuversicht wesentlich geringer ($M_{Difft1\text{-}t2}$ = -0.08).

Werden die Gruppen nach der Trainingsphase verglichen, ergibt sich knapp kein signifikantes Ergebnis (t(102) = 1.52, *p* = .065, *d* = 0.30). Damit erreichen beide Gruppen hinsichtlich Abstinenzzuversicht vergleichbare Werte und die Hypothese (H12n) muss verworfen werden.

*Trinkverlangen (Craving).* Weiter wurde das Kriterium Trinkverlangen (Craving) untersucht. Es wurde angenommen, dass die Patienten der Treatmentgruppe durch die Intervention am Ende des Trainings im Vergleich zur Vergleichsgruppe weniger Suchtdruck erleben. In Abbildung 22 ist die Entwicklung des Cravings dargestellt.

*Abbildung 22: Entwicklung des Trinkverlangens*




*Anmerkung: Angestrebt ist eine Erhöhung der Werte da das Item negativ formuliert ist*

Die Auswertung der Mittelwertsunterschiede mittels mixed ANOVA und t-Tests führt zu einer Falsifizierung der Hypothese (H12o). Es konnte kein signifikanter Interaktionseffekt festgestellt werden (F(1, 102) = 0.54, *p* = .48, $\eta_p^2$ = .01). Die Untersuchung des Haupteffekt Zeit ergab ebenfalls kein signifikantes Ergebnis in der Unterschiedsprüfung (F(1, 102) = 2.67, *p* = .11, $\eta_p^2$ = .03). Der Zwischensubjektfaktor Gruppe kann ebenfalls mit keinem Unterschied dokumentiert werden (F(1, 102) = .283, *p* = .596, $\eta_p^2$ = = .003)

Der t-Test zum Vergleich der Mittelwerte ($Mt_1$= 3.73) und ($Mt_2$= 4.13) in der Treatmentgruppe zeigt keine Signifikanz (t(51) = 1.85, *p* = .07, *d* = 0.26). In der Vergleichsgruppe ergibt der t-Test zum Vergleich

der Mittelwerte ($Mt_1$ = 3.73; $Mt_2$ = 3.88) ebenfalls kein signifikantes Ergebnis t(51) = .586, *p* = .56, *d* = 0.08).

Der Vergleich der Gruppen nach dem Training ($Mt_2$) ergibt kein signifikantes Ergebnis (t(102) = 0.92, *p* = .36, *d* = 0.18). Deskriptiv verbessert sich der Wert hinsichtlich Trinkverlangen in der Treatmentgruppe ($M_{Difft1\text{-}t2}$ = 0.40) deutlich mehr als in der Vergleichsgruppe (($M_{Difft1\text{-}t2}$ = 0.15). Die Hypothese (H12o) muss dennoch verworfen werden.

#### 3.3.2.2.8 Hypothesen zur unterschiedlichen Entwicklung verschiedener Patientengruppen

Nachdem eine ausführliche Evaluierung der Trainingsintervention GPS -Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement erfolgt ist, soll in weiterer Folge untersucht werden, inwieweit bestimmte Patientengruppen unterschiedlich stark von dem Treatment profitieren. Dies dient zum einen dazu, die Intervention hinsichtlich bestimmter Aspekte (Engagement – Transferaufgaben) adaptieren zu können, und zum anderen dazu, die Entwöhnungsbehandlung individuell anpassen zu können. Lässt sich feststellen, dass bestimmte Patienten optimalere Outcomes von einem Treatment haben, kann dies in der Behandlungsplanung berücksichtigt werden.

##### 3.3.2.2.8.1 Hypothesen zum Wirkfaktor Engagement

In folgendem Abschnitt werden die Hypothesen (H13a-c) untersucht, die annehmen, dass Patienten, die die im sechs-wöchigen Training inkludierten Transferaufgaben (Basis- und Aufbauübungen) häufiger umgesetzt haben (= mehr Engagement), mehr von dem Training profitieren, also effektiver ihre Selbstmanagementkompetenzen verbessern, mehr mentale Stärke aufbauen und bessere positive Outcomes erreichen als Personen, die die Transferaufgaben weniger gemacht haben.

In einem ersten Schritt wird aus den vier Items zur Umsetzung der Transferaufgaben ein Mittelwert errechnet und daraus eine Variable erstellt. Es handelte sich hierbei um eine fünfstufige Skala, die eine Einschätzung zur Umsetzung der Basis- und Aufbauübungen von nie (0 %), selten (25 %), zur Hälfte (50 %), meistens (75 %) und immer (100 %) erfragte. Die deskriptive Statistik ergibt einen Mittelwert von M = 3.62 (SD = 0.43) bei einem Minimum von 2.50 und einem Maximum von 4.50. In einem zweiten Schritt wird die Treatmentgruppe mittels Mediansplit in hohes (N = 28) und niedriges (N = 24) Engagement geteilt, und anschließend werden die Daten analog zu vorangegangenen Analysen varianzanalytisch ausgewertet. Es werden die Voraussetzungen geprüft und die Vergleichbarkeit der Gruppen vor ($t_2$) dem Training in allen Parametern. Es soll überprüft werden, ob die Gruppe mit hohem Engagement signifikant besser von der Trainingsintervention profitiert. Die Mixed-ANOVAs ergeben lediglich in der Skala Selbstvertrauen einen signifikanten Interaktionseffekt (F(1, 50) = 4.42, $p$ = .041, $\eta_p^2$ = .08). Der t-Test am Ende des Trainings ergab keinen signifikanten Unterschied (p = .575). Damit müssen die Hypothesen H13a–c verworfen werden.

*Explorative Analyse*. Zur näheren Analyse werden die Variablen getrennt für die Gruppen hinsichtlich des Faktors Zeit beleuchtet und mittels gepaartem t-Test auf signifikante Mittelwertunterschiede vor ($t_1$) und nach ($t_2$) dem Training untersucht. In Tabelle 26 sind die Mittelwertdifferenzen getrennt für

die Gruppen und Ergebnisse der t-Tests dargestellt, um die Entwicklung der Skalen des Modells des gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements zu veranschaulichen.

*Tabelle 26:Entwicklung der Parameter abhängig vom Engagement*

| Outcome | Gruppe niedriges Engagement (N = 24) | | Gruppe hohes Engagement (N= 28) | |
|---|---|---|---|---|
| | $M_{Difft1-t2}$ | p | $M_{Difft1-t2}$ | p |
| ATPP | 0.37 | <.001 | 0.66 | <.001 |
| ACHT | -0.41 | = .013 | -0.60 | <.001 |
| PGV | 0.41 | = .006 | 0.26 | = .023 |
| MS_Index | 0.27 | <.001 | 0.47 | <.001 |
| ER | 0.31 | = .006 | 0.45 | <.001 |
| RZ | 0.28 | = .004 | 0.47 | <.001 |
| SV | 0.23 | = .001 | 0.48 | <.001 |
| HF | 0.28 | = .012 | 0.48 | <.001 |
| OP | 0.23 | = .078 | 0.39 | <. 001 |
| SWE | 0.29 | <.001 | 0.52 | <.001 |
| SWE (lang) | 0.29 | = .018 | 0.36 | <.001 |
| Wohlbefinden/Aufblühen | 0.35 | <.001 | 0.47 | <.001 |
| Lebenszufriedenheit | 0.50 | =.005 | 0.82 | <.001 |
| Vitalität | 0.53 | <.001 | 0.56 | <.001 |
| Wohlbefinden/Mental Health | 0.55 | <.001 | 0.66 | =.001 |
| Dysfunktionale Kognitionen | -0.36 | =.054 | -0.40 | =.002 |
| Psychische Belastung (N = 23/26) | -4.24 | =.013 | -5.48 | =.001 |
| Ängstlichkeit (N = 23/26) | -3.66 | =.043 | - 5.81 | <.001 |
| Depressivität (N = 23/26) | -6.10 | =.002 | -5.07 | <.001 |
| Abstinenzzuversicht | 0.29 | =.135 | 0.36 | =.022 |
| Trinkverlangen | 0.35 | <.001 | 0.47 | <.001 |

*Selbstmanagementkompetenzen.* Die Selbstmanagementkompetenz Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie (ATPP) entwickelte sich sowohl für die Treatmentteilnehmer, die die Transfer-aufgaben mehr als auch für die Teilnehmer, die die Transferaufgaben weniger absolviert hatten, positiv mit einem signifikanten Unterschied zu vor der Trainingsintervention. Deskriptiv bildet sich jedoch eine deutlichere Zunahme für die engagierteren Teilnehmer ($M_{Diff}$ high $t_1$–$t_2$ = 0.66, $p < .001$, $d = 1.21$) im

Vergleich zu den weniger engagierten ($M_{Diff}$ low $t_1$–$t_2$ =0 .37, $p < .001$, $d = 0.79$). Eine ähnliche Entwicklung ergab die Analyse mittels gepaartem t-Test der Variable Achtsamkeit (ACHT) für die engagierte Gruppe ($M_{Diff}$ high $t_1$–$t_2$ = -0.58, $p < .001$, $d$ = -0.76) im Vergleich zu der weniger engagierten ($M_{Diff}$ low $t_1$–$t_2$ = -0.41, $p$ = .013, $d$ = -0.55). Die Selbstmanagementkompetenz positives Gesundheitsverhalten (PGV) entwickelte sich konträr. Hier erzielte die Gruppe, die weniger Zeit in die Umsetzung der Transferaufgaben investierte ($M_{Diff}$ low $t_1$–$t_2$ =0 .41, $p$ = .006, $d = 0.62$), eine stärkere Steigerung als die Gruppe, die engagierter die Transferaufgaben umsetzte ($M_{Diff}$ high $t_1$–$t_2$ = 0.26, $p$ = .023, $d = 0.46$).

*Mentale Stärke.* Die oben beschriebene Entwicklung lässt sich auch für den Gesamtwert der mentalen Stärke (Mentale-Stärke-Index) abbilden. Die erste Gruppe (hohes Engagement) erzielte ($M_{Diff}$ high $t_1$–$t_2$ = 0.47, $p < .001$, $d$ = 1.11) im Verlauf des Trainings eine stärkere Steigerung der mentalen Stärke als die zweite Gruppe (niedriges Engagement) ($M_{Diff}$ low $t_1$–$t_2$ = -0.27, $p < .001$, $d$ = -0.74). Für die sechs Facetten der mentalen Stärke lässt sich ein ähnliches Bild dokumentieren. Alle Teilnehmer des Treatments steigerten die Werte der Facetten der mentalen Stärke. Deskriptiv gelingt dies der engagierteren Gruppe besser. Eine Ausnahme bildet die Komponente Optimismus. Hier konnte die zweite Gruppe (niedriges Engagement) im Verlauf des Trainings keine signifikante Verbesserung erreichen.

*Positive Outcomes.* Für die Outcome-Variablen des Modells des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements konnten sich beide Gruppen in den Variablen Wohlbefinden/Aufblühen, Lebenszufriedenheit, Vitalität, Wohlbefinden/Mental Health, Ängstlichkeit und Depressivität signifikant positiv entwickeln. Deskriptiv gelingt dies der stärker engagierten Gruppe mehr. Unterschiede konnten in den Skalen dysfunktionale Kognitionen, Abstinenzzuversicht und Trinkverlangen festgestellt werden. Die Gruppe mit weniger Engagement erreichte in der Reduktion dysfunktionaler Kognitionen und Abstinenzzuversicht keine signifikante Verbesserung während des Trainings, die engagierte Gruppe schon. Umgekehrt zeigen sich die Ergebnisse der gepaarten t-Tests für die Skala Trinkverlangen. Hier erreichte die weniger engagierte Gruppe signifikante Verbesserungen, die engagierte hingegen nicht

#### 3.3.2.2.8.2 Hypothesen zum Wirkfaktor Persönlichkeitsmerkmal Extraversion

Des Weiteren wurde angenommen, dass das Persönlichkeitsmerkmal Extraversion die Entwicklung der Variablen beeinflusst (H14a–c). Es wurde hypothetisiert, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit hoher Extraversion und niedriger Extraversion hinsichtlich des Aufbaus von Selbstmanagementkompetenzen, der mentalen Stärke und der positiven Outcomes gibt. Um die Trainingsgruppe aufzuteilen, wurden die zum Testzeitpunkt $t_1$ vor der Trainingsintervention erhobenen Extraversionswerte herangezogen und mittels Mediansplit in eine Gruppe mit hohen (N = 19) und eine Gruppe mit niedrigen (N = 33) Extraversionswerten geteilt. Deskriptiv ist der Mittelwert der ersten Gruppe bei M= 5.68 (SD= .67), der der zweiten Gruppe bei 2.82 (SD = 1.24) auf der siebenstufigen Skala. Zunächst muss festgehalten werden, dass sich die Gruppen vor der Intervention ($t_1$) in den Variablen Achtsamkeit, Mentale Stärke Index, Emotionsregulation, Hoffnung, Optimismus, Selbstvertrauen, Lebenszufriedenheit, dysfunktionale Kognitionen, Depressivität und Abstinenzzuversicht signifikant unterschieden. Deskriptiv hat die Gruppe mit niedrigen Extraversionswerten in den meisten Variablen günstigere Werte. Die Gruppen weisen auch eine deutliche unterschiedliche Größe auf. Die Verwendung einer mixed ANOVA ist daher nicht angezeigt

*Explorative Analyse:* Werden die Daten dennoch weiter untersucht, können tendenzielle Unterschiede der Gruppen dargestellt werden. Der gepaarte t-Test zum Vergleich der Mittelwerte vor ($t_1$) und nach ($t_2$) dem Training zeigt für die Patienten mit niedrigen Extraversionswerten in allen Skalen mit Ausnahme von Optimismus (p = .066), Abstinenzzuversicht (p = .374) und Trinkverlangen (p = .526) eine signifikante Verbesserung im Verlauf des Trainings. Die Gruppe mit hohen Extraversionswerten konnte in allen Skalen signifikante Verbesserungen erreichen. Deskriptiv zeigt sich tendenziell, dass die Verbesserung in der Gruppe mit hohen Extraversionswerten deutlich höher war. Zum Testzeitpunkt ($t_2$) nach der Trainingsintervention unterschieden sich die Gruppen nur noch in den Variablen Achtsamkeit, Selbstvertrauen und dysfunktionale Kognitionen. Die extrovertiertere Gruppe hat tendenziell schlechtere Ausgangswerte und verbessert sich tendenziell mehr, sodass die Gruppen am Ende des Trainings in den meisten Skalen vergleichbare Werte erreichen. Lediglich in drei Skalen (Achtsamkeit, Selbstvertrauen und Reduktion dysfunktionaler Kognitionen) konnte die extrovertiertere Gruppe ihren Rückstand trotz stärkerer Verbesserung nicht aufholen. Um die Entwicklung darzustellen, werden in Tabelle 27 Mittelwertdifferenzen für die Gruppen und Ergebnisse der t-Tests dargestellt.

*Tabelle 27: Entwicklung der Parameter abhängig vom Persönlichkeitsfaktor Extraversion*

| Outcome | Gruppe niedrige Extraversion (N = 33) | | Gruppe hohe Extraversion (N = 19) | |
|---|---|---|---|---|
| | $M_{Diff}$ | p | $M_{Diff}$ | p |
| Anwendung der Techniken d. PP | 0.46 | <.001 | 0.65 | <.001 |
| Achtsamkeit | -0.39 | <.001 | -0.69 | =.014 |
| Positives Gesundheitsverhalten | 0.31 | .006 | 0.37 | =.023 |
| Mentale Stärke Index | 0.31 | <.001 | 0.49 | <.001 |
| Emotionsregulation | 0.34 | <.001 | 0.47 | =.002 |
| Resilienz | 0.36 | <.001 | 0.41 | =.006 |
| Selbstvertrauen | 0.27 | <.001 | 0.53 | =.002 |
| Optimismus | 0.30 | <.001 | 0.55 | <.001 |
| Hoffnung | 0.20 | =.066 | 0.51 | =.009 |
| Selbstwirksamkeitserwartung ku | 0.39 | <.001 | 0.43 | <.001 |
| Selbstwirksamkeitserwartung la | 0.32 | <.001 | 0.33 | <.001 |
| Wohlbefinden/Aufblühen | 0.33 | <.001 | 0.55 | <.001 |
| Lebenszufriedenheit | 0.53 | <.001 | 0.92 | =.001 |
| Vitalität | 0.47 | <.001 | 0.67 | <.001 |
| Wohlbefinden/Mental Health | 0.51 | <.001 | 0.79 | =.002 |
| Dysfunktionale Kognitionen | -0.35 | =.007 | -0.44 | =.030 |
| Psychische Belastung (N=30/19) | -3.10 | =.034 | -8.62 | <.001 |
| Ängstlichkeit (N=30/19) | -4.03 | <.001 | - 6.56 | = .009 |
| Depressivität (N=30/19) | -4.44 | =.001 | -7.63 | <.001 |
| Abstinenzzuversicht | 0.09 | =.374 | 0.63 | =.004 |
| Trinkverlangen | 0.18 | =.526 | 0.79 | =.028 |

#### 3.3.2.2.8.3 Hypothesen zum Wirkfaktor Alter

Um die unterschiedliche Wirksamkeit weiter zu untersuchen (H15a–c), wurde das Alter der Patienten als potenzielle Einflussgröße untersucht. Die Patientengruppe wurde mittels Mediansplit in jüngere (bis 43 Jahre) und ältere (ab 44 Jahre) Patienten aufgeteilt. Es ergaben sich daraus eine Gruppe (N = 28) mit einem Durchschnittsalter von M= 36.67 (SD= 5.18) und eine Gruppe (N =24) mit einem Durchschnittsalter von M = 54.59 (SD= 8.01). Wurden die Gruppen hinsichtlich der Variablen des Modells des gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagement vor dem Training ($t_1$) verglichen, zeigten sich weder bei den Selbstmanagementkompetenzen noch bei der mentalen Stärke noch bei den angestrebten positiven Outcomes signifikante Unterschiede. Die varianzanalytische Auswertung mit mixed ANOVA ergab in keiner Variable einen signifikanten Interaktionseffekt. Daher werden die Hypothesen 15a-c verworfen. Die Patienten mit höherem und niedrigerem Alter entwickeln sich hinsichtlich der Variablen des Modells des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements ähnlich.

*Explorative Analysen.* Wird die Entwicklung der Gruppen im Verlauf des Trainings näher mittels gepaartem t-Test ($t_1$ zu $t_2$) beleuchtet, zeigt sich tendenziell für beide Gruppen eine signifikante Verbesserung der Parameter. Die jüngere Gruppe konnte jedoch die Werte in der Facette Optimismus (p = .056) und im alkoholrelevanten Item Trinkverlangen (p = .142) nicht signifikant verbessern, die ältere Gruppe die Werte der Abstinenzzuversicht (p = .450) und des Trinkverlangens (p = .299) nicht. Deskriptiv zeigt sich, dass die jüngere Gruppe in nahezu allen Variablen günstigere Ausgangswerte hat. Lediglich im positiven Gesundheitsverhalten, in der Lebenszufriedenheit, im Trinkverlangen und in der Abstinenzzuversicht weist die jüngere Gruppe schlechtere Ausgangswerte auf. Am Ende der Trainingsintervention weisen beide Gruppen vergleichbare Werte auf. Die Steigerung bzw. Verringerung der Werte ist für beide Gruppen in den meisten Skalen ähnlich. Die Verbesserung der psychischen Belastung, Depressivität und Ängstlichkeit ist deutlich mehr. Die Mittelwertsunterschiede und das jeweilige Signifikanzniveau sind in Tabelle 28 veranschaulicht.

*Tabelle 28: Entwicklung der Parameter in Abhängigkeit vom Alter*

| Outcome | jüngere Gruppe (N = 28) | | ältere Gruppe (N = 24) | |
|---|---|---|---|---|
| | $Diff_{t1-t2}$ | p | $Diff_{t1-t2}$ | P |
| Anwendung der Techniken d. PP | 0.58 | <.001 | 0.65 | <.001 |
| Achtsamkeit | -0.56 | <.001 | -0.69 | =.016 |
| Positives Gesundheitsverhalten | 0.32 | .003 | 0.37 | =.029 |
| Mentale Stärke Index | 0.42 | <.001 | 0.49 | =.001 |
| Emotionsregulation | 0.51 | <.001 | 0.47 | =.036 |
| Resilienz | 0.46 | <.001 | 0.41 | =.025 |
| Selbstvertrauen | 0.41 | <.001 | 0.53 | =.002 |
| Optimismus | 0.41 | <.001 | 0.55 | =.004 |
| Hoffnung | 0.27 | .056 | 0.52 | =.010 |
| Selbstwirksamkeitserwartung ku | 0.43 | <.001 | 0.43 | = .003 |
| Selbstwirksamkeitserwartung la | 0.37 | <.001 | 0.33 | <.001 |
| Wohlbefinden/Aufblühen | 0.44 | <.001 | 0.55 | <.001 |
| Lebenszufriedenheit | 0.73 | <.001 | 0.92 | =.002 |
| Vitalität | 0.67 | <.001 | 0.67 | =.008 |
| Wohlbefinden/Mental Health | 0.54 | =.001 | 0.79 | <.001 |
| Dysfunktionale Kognitionen | -0.39 | =.007 | -0.44 | =.028 |
| Psychische Belastung (N=26/23) | -3.10 | =.010 | -8.62 | <.001 |
| Ängstlichkeit (N=26/23) | -4.03 | <.001 | - 6.56 | = .014 |
| Depressivität (N=26/23) | -4.44 | <.001 | -7.63 | =.007 |
| Abstinenzzuversicht | 0.43 | <.001 | 0.63 | =.450 |
| Trinkverlangen | 0.54 | =.142 | 0.79 | =.299 |

#### 3.3.2.3 Explorative Analysen

##### 3.3.2.3.1 Unterscheidungskriterium psychische Belastung

In folgendem Abschnitt soll explorativ beleuchtet werden, ob Patienten mit höherer oder niedriger psychischer Belastung (Gesamtwert) hinsichtlich relevanter Parameter des Modells des Gesundheits-bezogenen Positiven Selbstmanagements unterschiedlich entwickeln. Hierzu wird die Gruppe mittels Mediansplit aufgeteilt. Die Gruppe mit niedriger psychischer Belastung (N = 24) weist im Durchschnitt

einen GIS-Wert von M = 45.46 (SD= 5.81) auf, die Gruppe mit hoher Belastung (N = 25) im Durchschnitt einen Wert von M = 61.73 (SD= 5.52). Wird die Patientengruppe hinsichtlich ihrer psychischen Belastung in niedrig (N = 24) und hoch (N = 25) geteilt, zeigt sich, dass sich die beiden Gruppen schon vor dem Training ($t_1$) in jeder Variable mit Ausnahme des erlebten Trinkverlangens signifikant unterscheiden. Dabei lässt sich deskriptiv sagen, dass die weniger psychisch Belasteten jeweils die positivere Ausprägung der Variable haben. In Tabelle 29 werden die Unterschiede der Gruppen ($t_1$; $t_2$) und Mittelwertdifferenzen ($t_1$ -$t_2$) und Signifikanzen für die Gruppen getrennt dargestellt.

*Tabelle 29: Unterschiede der Gruppen mit hoher und niedriger psychischer Belastung*

| Variable | $t_1$ | | $t_2$ | | GSI niedrig | | GSI hoch | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | t(47) | p | t(47) | p | $Diff_{t1-t2}$ | p | $Diff_{t1-t2}$ | p |
| Anwendung Techniken PP | 2.78 | .008 | 1.63 | .110 | 0.41 | <.001 | 0.65 | <.001 |
| Achtsamkeit | -3.67 | <.001 | -2.76 | .008 | -0.32 | = .010 | -0.68 | <.001 |
| Positives Gesundheitsver. | 1.85 | .035 | .284 | .777 | 0.16 | = .145 | 0.52 | <.001 |
| Mentale Stärke Index | 3.25 | .001 | 2.03 | .048 | 0.26 | <.001 | 0.49 | <.001 |
| Emotionsregulation | 3.01 | .002 | 2.18 | .034 | 0.32 | = .002 | 0.46 | <.001 |
| Resilienz | 2.95 | .002 | 2.30 | .025 | 0.28 | <.001 | 0.49 | <.001 |
| Selbstvertrauen | 3.03 | .002 | 1.26 | .215 | 0.19 | <.001 | 0.54 | <.001 |
| Optimismus | 3.21 | .001 | 1.94 | .058 | 0.19 | = .147 | 0.44 | =.003 |
| Hoffnung | 3.40 | <.001 | 1.90 | .063 | 0.26 | <.001 | 0.52 | <.001 |
| SWE lang | 2.28 | .013 | 1.10 | .275 | 0.25 | <.001 | 0.40 | <.001 |
| Selbstwirksamkeitserwartung | 1.84 | .036 | 1.01 | .315 | 0.33 | <.001 | 0.48 | <.001 |
| Wohlbefinden Aufblühen | 3.46 | <.001 | 1.64 | .108 | 0.23 | <.001 | 0.59 | <.001 |
| Wohlbefinden Mental Health | 4.27 | <.001 | 1.63 | .109 | 0.27 | = .025 | 0.95 | <.001 |
| Lebenszufriedenheit | 4.22 | <.001 | 2.62 | .012 | 0.41 | = .003 | 0.94 | <.001 |
| Vitalität | 3.64 | <.001 | 2.21 | .032 | 0.35 | = .005 | 0.73 | <.001 |
| Depression | -8.01 | <.001 | -4.41 | <.001 | -2.2 | =.095 | -7.54 | <.001 |
| Ängstlichkeit | -8.41 | <.001 | -6.95 | <.001 | -5.04 | <.001 | -5.96 | <.001 |
| Dysfunktionale Kognitionen | -4.92 | <.001 | -2.32 | .025 | -0.13 | = .272 | -0.63 | <.001 |
| Abstinenzzuversicht | 2.21 | .016 | 1.86 | .068 | 0.19 | = .134 | 0.04 | =.022 |
| Trinkverlangen | .873 | .387 | .530 | .599 | 0.31 | = .381 | 0.50 | =.079 |

Nach dem Training ($t_2$) unterscheiden sich die Gruppen immer noch in den Variablen Achtsamkeit, Emotionsregulation, Resilienz, mentale Stärke (Index), Lebenszufriedenheit, Vitalität, dysfunktionale Kognitionen, Depressivität und Ängstlichkeit. In den Variablen Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie, positivem Gesundheitsverhalten, Selbstwirksamkeitserwartung, Hoffnung, Optimismus, Selbstvertrauen und Wohlbefinden (Aufblühen und Mental Health) hingegen nicht. In den alkoholassoziierten Items Abstinenzzuversicht und Trinkverlangen unterschieden sich die Variablen am Ende des Trainings ebenfalls nicht mehr. Damit erreichte die Gruppe mit stärkerer psychischer Belastung am Ende des Trainings in 11 von 21 Skalen vergleichbare Werte. Die Steigerung ist im Vergleich zur anderen Gruppe deskriptiv in allen Skalen höher und auch häufiger signifikant. Die Gruppe mit weniger erlebter psychischer Belastung entwickelte sich in den untersuchten Parametern während des Trainings deskriptiv ebenfalls positiv. Die Veränderung ist in sechs Skalen hingegen nicht signifikant. Damit lässt sich sagen, dass Patienten mit psychischer Belastung von der Trainingsintervention profitieren, diejenigen mit stärker erlebter psychischer Belastung allerdings mehr.

Die erhobenen Daten können auch nach dem in Kapitel 2.3 erläuterten Mental Health Kontinuum nach Keyes (2002) beschrieben werden, welches eine Erfassung des emotionalen, sozialen und psychischen Wohlbefindens vorsieht und in einem Doppelkontinuum der Gesundheit auswertet. Dabei werden die Teilnehmer in drei Kategorien mentaler Gesundheit (Flourishing, Languishing, Moderate Mental Health) unterteilt.

Alle teilnehmenden Patienten konnten ihr emotionales Wohlbefinden (Hedonismus) signifikant steigern. Deskriptiv gelang dies der Gruppe mit hoher psychischer Belastung deutlich mehr. Das psychische und soziale Wohlbefinden wurde nur von der Gruppe mit hoher psychischer Belastung signifikant verbessert. Der weniger psychisch belasteten Gruppe gelang das hingegen nicht. Die Daten sind in Tabelle 30 veranschaulicht.

*Tabelle 30:Variablen Mental-Health-Kontinuum*

| Variable | GSI niedrig (N= 25) | | GSI hoch (N=24) | |
|---|---|---|---|---|
| | $Diff_{t1-t2}$ | p | $Diff_{t1-t2}$ | p |
| Emotionales Wohlbefinden | 0.81 | =. 038 | 2.42 | <.001 |
| Soziales Wohlbefinden | 0.58 | = .416 | 5.03 | <.001 |
| Psychisches Wohlbefinden | 0.73 | = .415 | 5.69 | <.001 |

Hinsichtlich der Kategorien des Mental-Health-Kontinuums zeigt sich eine ungleiche Verteilung und Veränderung für Patienten mit stärkerer oder geringerer psychischer Belastung. Vor dem Training

konnte keiner der Patienten der geringer psychisch belasteten Gruppe der Kategorie Languishing zugeordnet werden, neun der Kategorie Moderat Mental Health und sechzehn der Kategorie Flourishing. Nach dem Training vergrößerte sich die Gruppe der Patienten mit Flourishing auf 19. Die psychisch belasteteren Patienten zeigten ein anderes Bild. Vier Personen wurden der Kategorie Languishing, dreizehn Personen der Kategorie Moderate Mental Health und sieben Personen der Kategorie Flourishing zugeordnet. Nach der Trainingsintervention wiesen lediglich zwei Personen die Merkmale für Languishing, sechs die Merkmale für Moderate Mental Health und sechzehn die Merkmale für Flourishing auf. Trotz psychischer Belastung und der Inanspruchnahme einer stationären Entwöhnungsbehandlung weisen mehr als die Hälfte der Patienten die Merkmale für Flourishing auf. Die stärker psychisch belastete Gruppe entwickelte sich in den Kategorien des Mental-Health-Kontinuums noch positiver. Dies entspricht der Theorie Keyes (2002), dass Aufblühen trotz psychischer Erkrankung möglich ist. Die Daten sind in Tabelle 31 dargestellt.

*Tabelle 31:Veränderung Mental-Health-Kontinuum*

| Variable | GSI niedrig (N= 24) | | GSI hoch (N=25) | |
|---|---|---|---|---|
| | $t_1$ | $t_2$ | $t_1$ | $t_2$ |
| Languishing | 0 | 0 | 4 | 2 |
| Moderate Mental Health | 9 | 6 | 13 | 6 |
| Flourishing | 16 | 19 | 7 | 16 |
| misssing | 1 | 1 | 2 | 2 |

*Anmerkung: Dargestellt ist die Anzahl der Patienten, die der jeweiligen Kategorie des MHC vor und nach dem Training zugeordnet sind*

#### 3.3.2.3.2 Analyse des gesamten 90-tägigen Behandlungszeitraums

Ein Anliegen dieser wissenschaftlichen Arbeit war es, neben der Wirksamkeitsüberprüfung der konzipierten Trainingsintervention die Entwicklung der Parameter des Modells des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements über den gesamten 90-tägigen stationären Entwöhnungsverlauf zu dokumentieren. Es sollten damit die positiven Auswirkungen einer Entwöhnungsbehandlung abgebildet und gleichzeitig ein umfassenderes Bild zu der implementierten Intervention gezeichnet werden.
Es wurden daher zunächst die Entwicklungen der einzelnen Variablen und die Prüfung der signifikanten Unterschiede der Mittelwerte mittels t-Test vom ersten Testzeitpunkt zu Beginn der Entwöhnungsbehandlung ($t_0$) zum letzten Testzeitpunkt ($t_2$) nach der Entwöhnungsbehandlung beleuchtet.

Zusätzlich werden vor dem Hintergrund der Evaluierung der Trainingsintervention die Zeiträume $t_0$ bis $t_1$ vor der Intervention und $t_1$ bis $t_2$ während der Intervention getrennt für die Treatment- und Vergleichsgruppe analysiert. Die Auswertung der Daten zeigt eine signifikante Verbesserung der Parameter über den Verlauf der gesamten stationären Behandlung und bestätigt damit die Annahme, dass sich durch die stationäre Entwöhnung und die damit einhergehende Abstinenz eine Verbesserung in Selbstmanagementkompetenzen, mentaler Stärke und weiterer positiver Folgen einstellt ($p < .003$). Betrachtet man die Gruppen getrennt über den gesamten Behandlungsverlauf, konnten die Treatmentgruppe in allen Variablen signifikante Verbesserungen erzielen, die Vergleichsgruppe in allen Variablen mit Ausnahme von Achtsamkeit, Selbstvertrauen, Optimismus, der Reduktion dysfunktionaler Kognitionen und Trinkverlangen– hier konnte keine signifikante Verbesserung erzielt werden.

Um die Veränderungen über den gesamten Zeitraum detaillierter zu analysieren, wurden die Änderungen zwischen den Messzeitpunkten $t_0$ und $t_1$ (innerhalb der Entwöhnungsbehandlung, aber vor der Trainingsintervention) sowie zwischen $t_1$ und $t_2$ (vor und nach der Trainingsintervention) für beide Gruppen separat betrachtet. Alle Ergebnisse können Anhang O entnommen werden.

**Selbstmanagementkompetenzen:**

*ATPP:* In der Treatmentgruppe waren die Veränderungen im Aufbau der Selbstmanagementkompetenz *Anwendung der Techniken der Positiven* Psychologie in beiden Zeiträumen signifikant ($t_0$–$t_1$: $p = .005$, $d = 0.41$; $t_1$– $t_2$: $p < .001$, $d = 0.99$). Deskriptiv zeigt sich, dass die Steigerung während des Trainings nahezu doppelt so stark ist ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$=0.27; $M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$ = 0.53). In der Vergleichsgruppe wurden ebenfalls signifikante Veränderungen in beiden Zeiträumen dokumentiert ($t_0$–$t_1$: $p < .004$, $d = 0.42$; $t_1$– $t_2$ $p = .025$, $d = 0.32$). Deskriptiv ist jedoch ein deutlicher Unterschied zur Treatmentgruppe zu verzeichnen ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$=0.24; $M_{Diff}$ $t_1$–$t_2$= 0.16). Besonders in der zweiten Hälfte der Behandlung zeigt sich, dass die Steigerung in der Vergleichsgruppe weniger ausgeprägt ist und nicht, wie in der Treatmentgruppe, stark zunimmt. Dies deutet darauf hin, dass beide Gruppen während einer Entwöhnungsbehandlung die Selbstmanagementkompetenz erheblich verbessern, das gezielte Training jedoch signifikant wirkungsvoll ist.

*ACHT:* Eine vertiefende Analyse der Selbstmanagementkompetenz *Achtsamkeit* über den ganzen Behandlungszeitraum zeigt, dass die Treatmentgruppe in den ersten sechs Wochen keine signifikante Verbesserung erzielen konnte ($t_0$–$t_1$: $p = .91$, $d = -0.24$), in den zweiten sechs Wochen, in denen das Training stattfand, hingegen schon ($t_1$– $t_2$ $p < .001$, $d = -0.66$). Die Vergleichsgruppe konnte in beiden Zeiträumen keine Steigerung der Achtsamkeit erreichen ($t_0$–$t_1$: $p = .270$, $d = -0.15$; $t_1$– $t_2$: $p = .89$, $d = -0.18$). Deskriptiv lässt sich feststellen, dass die Trainingsgruppe in der ersten Hälfte der Behandlung ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= -0.19) deutlich weniger Fortschritte machte, als in der zweiten Hälfte ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$ = - 0.51).

Im Gegensatz dazu erzielte die Vergleichsgruppe in der ersten Hälfte ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= -0.09) und besonders in der zweiten Hälfte ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$ = -0.02) nur sehr geringe Verbesserungen.

*PGV*: Hinsichtlich des Aufbaus der Selbstmanagementkompetenz *Positives Gesundheitsverhalten* zeigt sich, dass sich die Treatmentgruppe in den ersten sechs Wochen der 90-tägigen Behandlung signifikant steigerte ($t_0$–$t_1$: p < .001, *d* = 0.56) und ebenso in den zweiten sechs Wochen, während das Training stattfand ($t_1$– $t_2$: p < .001, *d* = 0.54). Die Vergleichsgruppe verbesserte ihr positives Gesundheitsverhalten lediglich in den ersten sechs Wochen signifikant ($t_0$–$t_1$: p < .001, *d* = .53), in den zweiten sechs Wochen hingegen nicht ($t_2$–$t_3$: p = .287, *d* =0.15). Deskriptiv lässt sich feststellen, dass die Trainingsgruppe in der ersten Hälfte der Behandlung ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$ = 0.42) und in der zweiten Hälfte ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$ = 0.33) Verbesserungen erreichte. Im Gegensatz dazu erzielte die Vergleichsgruppe in der ersten Hälfte eine vergleichbare Steigerung ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= 0.35), hingegen in der zweiten Hälfte eine wesentlich geringere ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$ = 0.08). Auch diese Daten deuten auf die spezifische Wirksamkeit des Trainings hin.

**Mentale Stärke:**

*Mentale Stärke Index:* Die Mittelwertvergleiche der beiden Zeiträume weisen in der Treatmentgruppe jeweils signifikante Ergebnisse auf ($t_0$–$t_{12}$: *p* < .001*, d* = 0.57, $t_1$– $t_2$: *p* < .001*, d* = 0.93). Die Vergleichsgruppe baute in der ersten Hälfte der Entwöhnung signifikant mentale Stärke auf ($t_0$–$t_1$*, p* = .007*, d* = 0.39), in der zweiten Hälfte hingegen nicht ($t_1$– $t_2$: *p* = .80*, d* = 0.04). Die nähere Analyse der Gruppen und Zeiträume zeigt deskriptiv, dass sich die Trainingsgruppe in den ersten sechs Wochen ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= 0.24) und im Verlauf der GPS-Intervention ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$ = 0.37) hinsichtlich ihrer mentalen Stärke positiv entwickelte. Die Vergleichsgruppe zeigt deskriptiv ein konträres Bild ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= 0.19, $M_{Diff}$$t_1$– $t_2$ = 0.02). Damit entwickelten sich beide Gruppen zunächst ähnlich, in der zweiten Hälfte der 90-tägigen Behandlung konnte allerdings nur die Trainingsgruppe ihre mentale Stärke deutlich verbessern. Diese Daten unterstreichen die Wirksamkeit der Intervention.

*Facetten:* Die Analyse der Daten zeigt in der Treatmentgruppe in allen Facetten jeweils vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt als auch vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt eine signifikante Verbesserung der Werte und damit einen Anstieg der Facetten der mentalen Stärke während der 90-tägigen Entwöhnungsbehandlung. Beleuchtet man die Mittelwertsunterschiede und Signifikanzen, zeigt sich, dass es in der zweiten Hälfte, also im Verlauf der Trainingsintervention, zu einer stärkeren Steigerung kommt. In der Vergleichsgruppe ist der Anstieg in der ersten Hälfte der Behandlung bei 4 Facetten ebenso zu verzeichnen. Davon ausgenommen sind Selbstvertrauen (p = .415) und Optimismus (p =4.38). In der zweiten Hälfte wurde keine signifikante Steigerung mehr verzeichnet. Damit verbessern sich die Facetten der mentalen Stärke während einer Entwöhnungsbehandlung tendenziell, mit einer spezifischen Trainingsintervention aber deutlich.

**Positive Outcomes:**

*Lebenszufriedenheit:* Werden die Zeitabschnitte ($t_0$ zu $t_1$ und $t_1$ zu $t_2$) getrennt und für die Gruppen separat betrachtet, ergibt sich für die Treatmentgruppe sowohl in der ersten Hälfte der Entwöhnungsbehandlung ein signifikanter Anstieg der Lebenszufriedenheit ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$=0.71, $p < .001$, $d = 0.64$) als auch in der zweiten Hälfte ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= 0.67, $p < .001$, $d = 0.78$). In der Vergleichsgruppe wurde der Anstieg nur in der ersten ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= 0.40, $p = .02$, $d = 0.32$) hingegen nicht in der zweiten Hälfte festgestellt ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= 0.14, $p = .30$, $d = 0.15$). Damit zeigt sich, dass über die gesamte 90-tägige Entwöhnungsbehandlung die Lebenszufriedenheit in beiden Gruppen ansteigt, mit dem spezifischen Training „GPS – Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement" signifikant mehr.

*Wohlbefinden/Thrivin/ Mental Healthg:* In der Treatmentgruppe steigert sich das Wohlbefinden im Sinne des Thrivings sowohl in der ersten Hälfte der 90-tägigen Entwöhnungsbehandlung ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$=0.29, $p < .001$, $d = 0.58$), als auch in der zweiten Hälfte ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= 0.41, $p < .001$, $d = 0.89$). Die Vergleichsgruppe konnte nur in der ersten Hälfte eine Steigerung erreichen ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$=0.24, $p < .020$, $d = 0.33$), in der zweiten Hälfte gelang dies nicht ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= 0.04, $p < .55$, $d = 0.08$). Deskriptiv zeigt sich im ersten Abschnitt eine vergleichbare Steigerung der Gruppen, in der zweiten Hälfte nur in der Treatmentgruppe. Dies unterstützt die Annahme der Wirksamkeit des Trainings. Die Treatmentgruppe erreichte sowohl in der ersten ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= 0.55, $p < .001$, $d = 0.63$), als auch in der zweiten Hälfte ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= 0.60, $p < .001$, $d = 0.73$). der 90-tägigen Entwöhnungsbehandlung eine Verbesserung des Wohlbefindens im Sinne der Mental Health. Die Vergleichsgruppe konnte eine Steigerung nur in der ersten Hälfte ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= 0.56, $p < .001$; $d = 0.61$) verzeichnen. Die zweite Hälfte blieb ohne signifikanten Anstieg ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$ = 0.12; $p = .33$, $d = 0.14$). Auch hier ähneln die Entwicklungen der Gruppen im ersten Teil der Behandlung und unterscheiden sich deutlich während der Trainingsphase.

*Vitalität:* Werden die Gruppen getrennt mittels gepaartem t-Test analysiert, zeigt sich, dass die Treatmentgruppe in beiden Zeitabschnitten signifikante Ergebnisse erzielte ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= 0.48, $p < .001$, $d = 0.64$; $M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= 0.54, $p < .001$, $d = 0.82$), während die Vergleichsgruppe nur in der zweiten Hälfte signifikante Ergebnisse erzielte ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= 0.23, $p < .05$, $d = 0.28$; $M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= 0.21, $p < .027$, $d = 0.32$). Insgesamt steigert sich das Gefühl der Vitalität in der Treatmentgruppe mehr und in beiden Phasen vergleichbar. In der Vergleichsgruppe weniger und ebenfalls ähnlich in den beiden Zeitabschnitten.

*Dysfunktionale Kognitionen:* Die signifikante Reduktion dysfunktionaler Kognitionen gelang der Treatmentgruppe in der ersten Behandlungshälfte nicht ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= - 0.13, $p = .28$, $d = -0.15$), während der Trainingsphase deutlich und signifikant ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= 0.38; $p < .001$, $d = -0.52$). Die Vergleichsgruppe verringerte ihre dysfunktionalen Kognitionen gering und nicht signifikant in der ersten Hälfte ($t_0$–$t_1$ = -0.18, $p = .20$, $d = -0.18$) für die zweite Hälfte der Behandlung wurde sogar eine Steigerung dokumentiert

($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= 0.23; *p = 84, d* = 0.28). Damit unterschieden sich die Gruppen deutlich und eine Wirkung des Trainings kann angenommen werden.

*Psychische Belastung (Gesamtwert):* Wird die Entwicklung der Variable psychische Belastung genauer analysiert, kann festgestellt werden, dass der Treatmentgruppe in den ersten sechs Wochen keine signifikante Reduktion gelingt ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= -2.26, *p* = .097; d = -0.237), während des Trainings hingegen schon ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= -5.80, *p* < .001, d = -.934). Der Vergleichsgruppe gelang hingegen eine signifikante Reduktion in der ersten Hälfte der 90-tägigen Behandlung ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= -3.80, *p* < .001, d = -0.50), in der zweiten Hälfte hingegen nicht ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= - 0.68, *p = .566*, d = -.084). Damit unterscheiden sich die Gruppen in ihrer Entwicklung innerhalb der Entwöhnungsbehandlung. Deskriptiv lässt sich eine Verringerung für beide Patientengruppen in der ersten Hälfte verzeichnen, in der zweiten Hälfte, während das Trainings stattfand, gelang dies nur der Treatmentgruppe.

*Ängstlichkeit und Depresssivität:* Die Treatmentgruppe konnte im Verlauf der ersten sechs Wochen eine signifikante Reduktion erreichen ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= -4.01, p = .001, d = -0.48) und ebenso in der zweiten Hälfte während des Trainings ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= -4.88, p < .001, d = 0.68). Die Vergleichsgruppe erreichte weder in der ersten ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= -2.38, p = .083, d = -0.25) noch in der zweiten Hälfte ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= - 1.69, p = .146, d = -0.21) eine Reduktion. Eine Analyse der Depressivität zeigt, dass sich die Treatmentgruppe in den ersten sechs Wochen ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= -3.13, *p* = .007, *d* = -0.39) und in den zweiten sechs Wochen ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= -5.50, *p* < .001, *d* = -0.80) hinsichtlich der erlebten Depressivität signifikant verbesserte. Die Vergleichsgruppe hingegen erreichte nur in der ersten Hälfte ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= -2.96, *p* = .002, *d* = -0.45) signifikante Ergebnisse, in der zweiten jedoch nicht ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= -0.76, *p* = .45, *d* = -0.11). Die Gruppen konnten in der ersten Hälfte der Behandlung vergleichbar viel Depressivität abbauen; in der zweiten Hälfte, in der für die Treatmentgruppe das Training stattfand, verbesserte sich jedoch nur die Treatmentgruppe signifikant.

*Abstinenzzuversicht und Alkoholverlangen:* Hinsichtlich der Abstinenzzuversicht konnte die Treatmentgruppe in der ersten Hälfte keine signifikante Steigerung erreichen ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= 0.15, *p* = .172, *d* = 0.19), in der zweiten Hälfte während des Trainings deutlich und signifikant ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= 0.29, *p* = .006, *d* = 0.40). Die Vergleichsgruppe entwickelte in der ersten Hälfte signifikant mehr Abstinenzzuversicht ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= 0.36, *p* = .029, *d* = -0.31) in der zweiten Hälfte jedoch nicht ($M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= 0.08, *p* = .471, *d* = 0.10). Bezüglich des Trinkverlangens verbesserten sich die Werte der Treatmentgruppe weder in der ersten noch in der zweiten Hälfte signifikant jedoch ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= 0.14, *p* = .651, *d* = 0.06, $M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= 0.40, *p* = .07, *d* = 0.26). In der Vergleichsgruppe ebenso ($M_{Diff}$ $t_0$–$t_1$= 0.29, *p* = .33, *d* = 0.13, $M_{Diff}$ $t_1$– $t_2$= 0.15, *p* = .056, *d* = 0.08). Deskriptiv lässt sich jedoch sagen, dass die während des Trainings die Treatmentgruppe eine stärkere Verbesserung erzielte die Vergleichsgruppe im Gegenteil.

#### 3.3.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Hauptanliegen der dritten Studie dieses wissenschaftlichen Projekts war die umfassende Evaluierung der theoretisch konzipierten, auf Basis der Erkenntnisse der Interviewstudie und der Durchführung des Probelaufs adaptierten Trainingsintervention „GPS – Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ zur Steigerung gesundheitsbezogener Selbstmanagementkompetenzen, mentaler Stärke und weiterer relevanter positiver Outcomes innerhalb einer stationären Alkoholentwöhnungstherapie.
Die vorangestellte Korrelationsanalyse bestätigte die Zusammenhänge der Variablen (Selbstmanagementkompetenzen, Facetten der mentalen Stärke, positive Outcomes) des Modells des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements.
Die direkte Reaktion der Patienten auf das sechswöchige Training war überdurchschnittlich positiv. Sowohl die Beurteilung der Inhalte, der Methodik, der Relevanz als auch des erlebten tatsächlichen Einflusses auf die Bewältigung der chronischen Erkrankung Alkoholabhängigkeit wurden als lehrreich, wertvoll und gewinnbringend eingeschätzt. Die in dem sechs-wöchigen Training enthaltenen Übungs-Aufgaben (Transferaufgaben) wurden mehrheitlich umgesetzt. Damit ist die Evaluierung auf der ersten und dritten Ebene nach Kirkpatrick und Kirkpatrick (2006) als positive zu beurteilen.

Die Evaluierung der Wirksamkeit der Trainingsintervention kann insgesamt ebenfalls als positiv gewertet werden. Die Daten wurden varianzanalytisch und mittels t-Tests ausgewertet, um die Verbesserung der Variablen (GPS-Modell) über die Zeit und im Vergleich zur Vergleichsgruppe nachzuweisen.
Hinsichtlich der trainierten Selbstmanagementkompetenzen Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie (ATPP), Achtsamkeit (ACHT) und Positives Gesundheitsverhalten (PGV; Ernährung, Bewegung, Schlaf) konnten hoch signifikante und starke Interaktionseffekte festgestellt werden. Der Vergleich der Mittelwerte vor ($t_1$) und nach ($t_2$) dem Training zeigte für die Treatmentgruppe hoch signifikante und starke Effekte. Am Ende der Trainingsphase unterschieden sich die Mittelwerte der Gruppen für die Selbstmanagementkompetenzen Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie und Achtsamkeit signifikant mit mittleren Effekten. Damit konnte die Treatmentgruppe durch die Teilnahme an der Trainingsintervention im Unterschied zur Vergleichsgruppe signifikant mehr Selbstmanagementkompetenzen aufbauen. Die Werte der Selbstmanagementkompetenz Positives Gesundheitsverhalten waren am Ende des Beobachtungszeitraums vergleichbar. Genauer betrachtet konnte die Treatmentgruppe eine signifikante, die Vergleichsgruppe hingegen keine signifikante Verbesserung während der Trainings-Phase erreichen. Zudem lässt sich deskriptiv bei der Trainingsgruppe eine stärkere Verbesserung abbilden.
Der Aufbau des Konstrukts „mentale Stärke“ wurde sowohl als Gesamtwert als auch in den einzelnen Facetten untersucht. Dabei konnten signifikante Interaktionseffekte sowie Haupteffekte (Zeit) identifiziert werden. Die Treatmentgruppe erzielte in allen Facetten – einschließlich Selbstwirksamkeits-

erwartung, Emotionsregulation, Resilienz, Selbstvertrauen, Optimismus und Hoffnung – signifikante Verbesserungen im Vergleich zu den Werten vor dem Training. Dies wurde in der Vergleichsgruppe nicht beobachtet. Ein Vergleich der Mittelwerte der Gruppen nach dem Training ergab ebenfalls signifikante Unterschiede, mit Ausnahme der Facette Optimismus, in der beide Gruppen ein ähnliches Endergebnis aufwiesen. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Training einen explizit positiven Einfluss auf die mentale Stärke der Teilnehmer hat, während im Bereich Optimismus die Gruppen am Ende der Entwöhnungsbehandlung vergleichbare Werte erreichen. Dennoch zeigt sich deskriptiv, dass die Treatmentgruppe in dieser Facette eine deutlich höhere Steigerung erlangt.
Für die angestrebten Outcomes (Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden/Thrving/Mental Health, Vitalität, Reduktion dysfunktionaler Kognitionen, Psychischer Belastung, Ängstlichkeit, Depressivität, Abstinenzzuversicht und Trinkverlangen) lässt sich festhalten, dass sich diese durch die Trainingsintervention positiv entwickelten. Für alle Variablen, mit Ausnahme des Trinkverlangens, konnten signifikante Interaktionseffekte und Haupteffekte der Zeit nachgewiesen werden. Für den Aspekt der Abstinenzzuversicht konnte das angestrebte Verfahren nicht eingesetzt werden. Wird der Faktor Zeit für die Gruppen getrennt betrachtet, zeigt sich in der Treatmentgruppe in allen untersuchten Parametern eine signifikante Verbesserung von vor zu nach der Trainingsintervention. Im Gegensatz dazu zeigte die Vergleichsgruppe lediglich in der Skala Vitalität eine signifikante Verbesserung während des Zeitraums der Trainingsintervention. Die Trainingsgruppe unterschied sich am Ende des Trainings signifikant von der Vergleichsgruppe in den Variablen Wohlbefinden/Thriving, Lebenszufriedenheit, Vitalität und Wohlbefinden/Mental Health. In den Bereichen dysfunktionale Kognitionen, psychische Belastung (gesamt), Ängstlichkeit und Depressivität entwickelten sich die Ergebnisse in beiden Gruppen ähnlich. Deskriptiv lässt sich jedoch eine stärkere Verbesserung in der Treatmentgruppe abbilden. Die krankheitsrelevanten Aspekte wie Trinkverlangen und Abstinenzzuversicht verbesserten sich kontinuierlich. Während des Trainings erzielte jedoch die Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikante Ergebnisse. Die dokumentierten Tendenzen lassen den Schluss zu, dass sich mit höheren Teilnehmerzahlen (Beobachtungszeiträumen) Signifikanzen dokumentieren ließen. Damit können die Evaluierungsebenen zwei und drei (Krikpatrick & Kirkpatrick, 2006) als positive bewertet werden, da sowohl ein Kompetenzerwerb festzustellen ist und die über die Variablen des Modells (Mentale Stärke und Positive Outcomes) angenommene Verhaltensänderung abgebildet werden kann.

Es wurde zudem untersucht, ob bestimmte Patientengruppen besser von dem Training profitieren als andere. Hierzu wurde zunächst das Engagement, die angegebene Umsetzung der Transferaufgaben als Indikator herangezogen. Es hat sich gezeigt, dass sich beide Gruppen ähnlich und tendenziell positiv-entwickeln. Sowohl die Gruppe, die angab, sich stark in den Transferaufgaben engagiert zu haben, als auch die Gruppe, in der die Patienten angaben, sich weniger engagiert zu haben, konnten eine signifikante Verbesserung der untersuchten Variablen im Verlauf des Trainings erreichen. Ausnahmen sind

hier die Variablen Optimismus, Reduktion dysfunktionaler Kognitionen und Abstinenzzuversicht, in denen die weniger engagierte Gruppe keine signifikante Verbesserung erzielte, die engagierte Gruppe jedoch schon, im Gegensatz zum Trinkverlangen, welches sich nur in der weniger engagierten Gruppe verbesserte. Hervorzuheben ist noch die Entwicklung der Selbstmanagementkompetenz. Positives Gesundheitsverhalten – die Patienten, die angaben, weniger Transferaufgaben umgesetzt zu haben, konnten ihr Ernährungs-, Bewegungs- und Schlafverhalten tendenziell stärker verbessern als die Gruppe der stärker engagierten Patienten.

Des Weiteren wurde untersucht, ob Patienten mit höheren oder niedrigeren Werten im Persönlichkeitsmerkmal Extraversion stärker von der Trainingsintervention profitierten. Die nähere Analyse der Daten zeigte, dass Personen mit niedrigeren Extraversionswerten günstigere Ausgangswerte haben als Personen mit höherer Ausprägung. Diese konnten in den untersuchten Skalen, deskriptiv, aber auch weniger Verbesserung erreichen. In den Komponenten Optimismus, Abstinenzzuversicht und Trinkverlangen wurde zudem keine signifikante Verbesserung erreicht. Die Gruppe mit höheren Extraversionswerten verbesserte sich deskriptiv mehr und in allen Skalen signifikant. Beide Gruppen erlangten am Ende des Trainings vergleichbare Werte in den meisten Skalen. Lediglich in der Selbstmanagementkompetenz Achtsamkeit, der Facette Selbstvertrauen und in der Reduktion dysfunktionaler Kognitionen blieben die weniger extrovertierten signifikant zurück.

Die Untersuchung des Indikators Alter ergab, dass die jüngere und die ältere Gruppe vergleichbar gut Selbstmanagementkompetenzen, mentale Stärke oder positive Outcomes aufbauen konnten. Beide Gruppen verbesserten ihre Werte über den Verlauf des Trainings. Werden die Gruppen separat über die Zeit betrachtet, ergeben sich für die jüngere Gruppe in Optimismus und Trinkverlangen und für die ältere Gruppe in Abstinenzzuversicht und Trinkverlangen keine signifikanten Verbesserungen. Deskriptiv weist die jüngere Gruppe tendenziell günstigere Ausprägungen in den Skalen auf. Die Veränderung ist deskriptiv für beide Gruppen ähnlich, mit Ausnahme der psychischen Belastung (Gesamtwert), Ängstlichkeit und Depressivität. Hier verbesserte sich die ältere Gruppe deutlicher.

Es wurde außerdem explorativ beleuchtet, wie sich Patienten mit hoher und niedriger psychischer Belastung hinsichtlich der Variablen entwickeln. Insgesamt konnten die Patienten mit stärkerer psychischer Belastung mehr signifikante Unterschiede zu vor dem Training erreichen, als die weniger psychisch belasteten. Vor dem Hintergrund der Theorie des Doppelkontinuums der psychischen Gesundheit nach Corey Keyes (2002) zeigen die Ergebnisse, dass Aufblühen trotz psychischer Belastung bzw. Erkrankung möglich ist und Flourishing daher spezifisch gefördert werden kann.

Eine weitere explorative Analyse beinhaltete den gesamten 90-tägigen Zeitraum der Entwöhnungsbehandlung ($t_0 – t_2$) für die gesamten Gruppe. Hier zeigte sich eine positive Entwicklung aller Skalen

Werden die Zeiträume vor der Trainingsintervention ($t_0$-$t_1$) und während der Trainingsintervention ($t_1$-$t_2$) getrennt für die Gruppen betrachtet, zeigt sich für beide Gruppen eine signifikante Verbesserung in

der ersten Hälfte (Ausnahme Vergleichsgruppe: Achtsamkeit, Selbstvertrauen, Reduktion Dysfunktionaler Kognitionen, Craving), die für die Vergleichsgruppe in der zweiten Hälfte stagniert und nur für die an der Intervention teilnehmenden Patienten signifikant bleibt.

### 3.3.3 Diskussion

Die dritte Studie dieser wissenschaftlichen Arbeit implementierte die theoretisch abgeleitete und durch Studie I (vgl. Kapitel) und II (vgl. Kapitel) adaptierte Trainings-Intervention „GPS - Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ in das Klinikprogramm der Suchthilfe Klinik Salzburg und avisierte eine wirkungsfeststellende summative Evaluation der Phase III nach Kirkpatrick und Kirkpatrick (2006) und gibt erste Orientierung der in Phase IV postulierten Ziele der klinischen Nützlichkeit und Effektivität unter Praxisbedingungen. In folgenden Abschnitten wird die Studie zunächst theoretisch diskutiert, anschließend Studienergebnisse und Methode, während zum Schluss Implikationen für zukünftige Forschung und Praxis erfolgen.

#### 3.3.3.1 Theoretische Diskussion der Interventionsstudie

Die dritte Studie beinhaltet eine dokumentierende und wirkungsorientierte summative Evaluation einer Trainingsintervention, die darauf abzielt, Selbstmanagementkompetenzen zu fördern, die mentale Stärke zu steigern und positive langfristige Auswirkungen wie Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und Vitalität zu erzielen, während gleichzeitig negative Folgen wie psychische Belastung und dysfunktionale Kognitionen reduziert werden sollen. Damit einhergehend ist angestrebt Abstinenzzuversicht zu stärken und Trinkverlangen zu vermindern.

Die theoretische Grundlage dieser Studie fußt auf einer umfangreichen wissenschaftlichen Basis zur Behandlung von Alkoholabhängigkeitserkrankungen (vgl. Kap. 2.1), einschließlich neuerer ressourcenorientierter Ausrichtungen, Erkenntnissen zur Konzeption und Evaluation von klinisch-psychologischen Interventionen (vgl. Kap. 2.2), den zentralen Konzepten der Positiven Psychologie (vgl. Kap. 2.3) und des Selbstmanagements(vgl. 2.4), sowie den Evidenzen zu dem Modell des Positiven Selbstmanagements von Braun und Kollegen (Braun, 2017, 2019, 2022; Braun et al., 2017, 2019, 2020, 2023). Durch die Integration und Verbindung verschiedener Teildisziplinen im Kontext der Krankheitsbehandlung konnte das Modell zum Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagement weiterentwickelt werden (vgl. Kap. 2.4.3). Der Fokus auf Selbstermächtigung, mentale Stärke und langfristiges Wohlbefinden als Schutzfaktoren ermöglichte die Gestaltung eines ganzheitlichen Trainingskonzepts.

Das sechswöchige Training umfasst eine große Vielfalt an Themen und Methoden, die eine Steuerung und Reflexion der Emotionen und Denkmuster ermöglichen. Zudem wurde die Ebene der Konation adressiert, sodass die Intervention an verschiedenen Komponenten des menschlichen Handelns ansetzte (Wilken, 2019). Innerhalb der Plenumseinheiten dienen psychoedukative Elemente dazu, Informationslücken zu schließen und Themen zu vertiefen. Die praktische Umsetzung einzelner Übungen in Gruppen mit fachkompetenter Begleitung und Unterstützung fördert das Beobachtungslernen (Bandura, 1977, 1979), soziales Lernen (Sargeant et al., 2006) und das Lernen durch „Trial and Error" (Petermann & Petermann, 2018). Dies gilt auch für die wöchentlichen Gruppendiskussionen sowie Basis- und Aufbau-Transferaufgaben, bei denen der diskursive Austausch in der Gruppe, die Zugehörigkeit zur Gemeinschaft und das wiederholte Einüben als besonders förderlich für Lernprozesse angesehen werden (Seligman, 2016). Die damit einhergehende Steigerung der Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung potenziert den Erkenntnisgewinn und die Lernprozesse. Die breite Vielfalt der Methoden und Inhalte begründet sich auch in der wenig umfangreichen Evidenz zur Wirksamkeitsprozessen innerhalb positiv-psychologischer Interventionen (Pressman et al., 2019).

Trotz der Herausforderungen und Belastungen, die durch Alkoholabhängigkeit und die damit verbundenen hohen Prävalenzraten und vermuteten Dunkelziffern entstehen (Strizeck et al., 2023), gab es bis zur Durchführung dieser Studie keine Publikationen, die ein mehrwöchiges positiv-psychologisches Selbstmanagementtraining mit entsprechenden Komponenten dokumentieren. Die vorliegende Arbeit bietet somit ein wissenschaftlich entwickeltes und evaluiertes Trainingskonzept, das verschiedene Teildisziplinen verknüpft, den Bedürfnissen der Patienten gerecht wird, Ressourcen aktiviert und Betroffene langfristig bei der Bewältigung ihrer chronischen Erkrankung unterstützt.

Nach den Postulaten verschiedener Meta-Analysen werden auf theoretischer Basis positiv-psychologische Interventionen multimodal integriert und anwendungsbezogen umgesetzt (Bolier et al., 2013; Carr et al., 2021; Hendriks, 2018; Sin & Lyubomirsky, 2009). Dies entspricht auch den Forderungen von Forschern, die sich auf die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen spezialisiert haben, wie Witkiewitz und Kollegen (2019) und Krentzman (2013), die die Integration mehrerer positiver psychologischer Interventionen als besonders wirksam darstellen. Zudem wird die Forderung erfüllt, Patienten zu einer aktiven Rolle in der Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung durch Selbstmanagement-Training zu leiten, was vermehrt von Kostenträgern der Gesundheitsversorgung kommuniziert wird (Gut et al, 2022). Damit leistet die Studie einen Beitrag zur Schließung einer Forschungslücke und liefert Erkenntnisse zur Weiterentwicklung von Trainingsinterventionen sowie für zukünftige Studien.

.

#### 3.3.3.2 Diskussion der Studienergebnisse

Die signifikanten Zusammenhänge des Modells des gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements, die Auswertung des Feedbacks, die varianzanalytischen Auswertungen und folgenden Analysen der Daten zeigen zusammenfassend, dass die Trainingsintervention „GPS - Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement“ eine vielversprechende Maßnahme darstellt, die sich zum Aufbau von Selbstmanagementkompetenzen, mentaler Stärke und weiterer positiver Folgen innerhalb einer stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung eignet. Es konnte gezeigt werden, dass sowohl wichtige Ressourcen gebildet als auch krankheitsfördernde Komponenten abgebaut werden konnten und damit Recovery-Kapital erzeugt wurde. Es werden im Folgenden mögliche Erklärungen für die positiven Effekte und die Wirksamkeit der Trainingsintervention diskutiert und anschließend mögliche Ursachen für vergleichbare Entwicklungen beider untersuchter Gruppen dargestellt. Zudem wird die Entwicklung über die gesamte Entwöhnungsbehandlung und spezifische Subgruppen beleuchtet.

Die durchgeführte Trainingsintervention erstreckte sich über einen Zeitraum von sechs Wochen in der zweiten Hälfte einer 12-wöchigen Entwöhnungsbehandlung. Sie beinhaltete wöchentliche Plenumseinheiten, in denen Inhalte und Techniken zu gesundheitsbezogenem positivem Selbstmanagement vermittelt und praktisch erprobt wurden. Zudem fanden gesonderte Diskussionsrunden statt, in denen die Teilnehmer durch den Austausch untereinander die erlernten Inhalte weiter vertiefen konnten. Begleitend wurden wöchentliche Basis- und Aufbau-Transferaufgaben integriert, um den Teilnehmern die Anwendung des Gelernten zu ermöglichen und eine nachhaltige Verhaltensänderung zu unterstützen. Die Patienten erhielten zudem ein ausführliches Arbeitsbuch, in dem Inhalte nochmals erläutert und die praktischen Übungen angeleitet wurden.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Patienten, die sich einer stationären Entwöhnungsbehandlung unterziehen, einem erheblichen Leidensdruck ausgesetzt und daher überwiegend stark motiviert sind, Veränderungen hinsichtlich ihrer Gesundheit – körperlichem, psychischem und sozialem Wohlbefinden – herbeizuführen. Dies zeigt sich auch in der Tatsache, dass eine Therapie in Anspruch genommen wird. Die Daten des gesamten Beobachtungszeitraums von 12 Wochen zeigten, dass sich tendenziell beide Patientengruppen (Treatment- und Vergleichsgruppe) in den untersuchten Parametern positiv entwickelten. Das bedeutet, dass Abstinenz und die Teilnahme an einer stationären Behandlung bereits starke Effekte bewirken. Die in die Trainingsintervention inkludierten Themen haben zudem für dieses Patientenklientel besondere Relevanz, da sie häufig stark in Mitleidenschaft gezogen sind und/oder als Ursache für Alkoholkonsum betrachtet werden (Lindenmeyer, 2016a; Soyka et al., 2019). Daher sind Personen in einer stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung besonders zugänglich. Gibt es ein spezifisches diesbezügliches Behandlungsangebot, könnte dies mit besonderem Engagement in

Anspruch genommen werden und die Lerneffekte verstärken. Außerdem wird die Begrenzung der Autonomie für Menschen mit Alkoholabhängigkeitserkrankung als stark belastend beschrieben (Lindenmeyer, 2016a, 2016b, Feuerlein, 2005, Feuerlein et al., 1998). Das Erlernen von Techniken, die eigenverantwortlich auch über die Therapie hinaus zur Bewältigung dieser chronischen Erkrankung angewendet werden können, entspricht dem Bedürfnis vieler Betroffener. Auch hier ist anzunehmen, dass ein verfügbares Angebot, wie die GPS-Intervention, mit besonderer Aufmerksamkeit verfolgt und motiviert absolviert wird. Dieses Bild wird von den erhobenen Daten gestützt, die neben der grundsätzlich tendenziell positiven Entwicklung über den gesamten Zeitraum zeigen, dass sich die signifikant positive Entwicklung der Parameter nur für die trainierte Gruppe auch in der zweiten Behandlungshälfte, in der das Treatment stattfand, abbilden lässt. Diese Aspekte müssen demnach nach einem anfänglichen Aufschwung spezifisch gefördert werden, um einen konstanten positiven Verlauf zu gewährleisten. Ein weiterer Aspekt, der in die Interpretation der Ergebnisse mit einbezogen werden muss, ist der Faktor des sozial erwünschten Antwortverhaltens. Patienten mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen tendieren aus verschiedenen Gründen (Scham, Stigmatisierung, Abwehr, verzerrte Selbstwahrnehmung) dazu, ihre Antworten der antizipierten Erwartung anzupassen. Dieser Faktor wurde in die Selbstbeschreibungsmaße integriert und ergab keine deutlichen Hinweise.

Wie in Kapitel 2.2 erläutert, konnte der wissenschaftliche Diskurs unterschiedliche Faktoren extrahieren, die eine Verhaltensveränderung begünstigen und somit innerhalb einer Trainingsintervention berücksichtigt werden sollten. Das GPS-Training integrierte unterschiedliche dieser Faktoren, um die Wirksamkeit positiv zu beeinflussen. Ein entscheidender Erfolgsfaktor für Lernen und Verhaltensveränderungen ist die Vermittlung von Wissen, im Gesundheitskontext auch der Risikowahrnehmung und der Einsicht, dass bestimmte Verhaltensweisen sinnvoll und gewinnbringend sind. Solche Erkenntnisse können die Einstellung der Teilnehmer zu einem bestimmten Verhalten nachhaltig verändern und damit die Wirksamkeit eines Trainings positiv beeinflussen (Ajzen, 1991; Becker, 1974; Kok et al., 2018; Rogers, 1975). Erlebte Verhaltenskontrolle und Selbstwirksamkeitserwartung spielen zudem eine zentrale Rolle bei der Förderung von Verhaltensänderungen, damit auch bei der tatsächlichen Umsetzung der erlernten Techniken (Kok et al., 2018; Young et al., 2014). Beide Aspekte wurden durch theoretische psychoedukative Inputs und praktische Übungen in den Plenumseinheiten aktiv und besonders fokussiert. Darüber hinaus waren spezifische Erfolgsfaktoren wie die Entwicklung konkreter Ziele und die Formulierung von Wenn-Dann-Plänen Bestandteil der Intervention. Zielorientierte Interventionen wirken sich positiv auf Motivation und Engagement aus (Schwarzer, 2008; Young et al., 2014). Die Verknüpfung der Inhalte mit der Lebensrealität der Teilnehmer erhöhte die Relevanz des Trainings und förderte die Bereitschaft zur Umsetzung. Wenn Patienten die Lerninhalte als anwendbar in ihrem Alltag wahrnehmen, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie das Gelernte tatsächlich umsetzen (Alliger et al., 1997). Die Kombination von Theorie und Praxis in der GPS-Intervention ermöglicht es den

Teilnehmern, das erlernte Wissen nicht nur zu verstehen, sondern es auch direkt anzuwenden, was den Lernprozess unterstützt. Zudem stellen neben den direkt im Plenum integrierten praktischen Übungen die Transferaufgaben einen wichtigen Bestandteil der Trainingsintervention zur Stabilisierung der Lerneffekte dar (McDermott et al., 2016). Nach Taylor und Kollegen (2005) führt die Integration von Transferaufgaben in längeren Trainingsinterventionen zu einer erhöhten Wirksamkeit. Das Lernen wird auch durch die regelmäßige Wiederholung von Inhalten und Übungen und den Aufbau von Routinen gefördert, sodass die erlernten Fähigkeiten langfristig im Gedächtnis und im Verhaltensrepertoire verankert werden. Nach Arthur et al. (1998) kann Anwendung über den direkten Trainingszeitraum hinaus dem Verlust des Gelernten vorbeugen. Eine zeitnahe und eigenverantwortliche Implementierung der erlernten Techniken erhöht zudem die Wirksamkeit. McDermott und Kollegen (2016) stellen in einer Meta-Analyse den zeitlichen Abstand zwischen Verhaltensabsicht und tatsächlicher Umsetzung als Moderator heraus. Die Erhöhung der Selbstwirksamkeits- bzw. Kontrollüberzeugung durch praktisches Umsetzten wurde mehrfach als Erfolgsfaktor beschrieben (Bandura, 1977, Seligman, 2016). Die abwechslungsreiche Gestaltung der Inhalte und Methoden, gepaart mit einer Begegnung auf Augenhöhe sowie dem geschützten Rahmen, in dem Austausch ohne Bewertung möglich war, sorgte nach Angaben der Patienten für eine angenehme Lernatmosphäre. Dieses Setting trug dazu bei, das Lernen zu erleichtern. Yu und Kollegen (2018) heben hervor, dass das Wohlbefinden einen bedeutenden Prädiktor für persönliches Wachstum und Lernerfolg darstellt. Die Berücksichtigung dieser Aspekte in der Trainingsintervention könnte somit entscheidend zur positiven Gesamtbewertung und der festgestellten Wirksamkeit der Maßnahme beigetragen haben. Ein anderer Faktor, der die Wirksamkeit des Trainings unterstützt haben könnte, ist die vielfältige Möglichkeit des Austausches unter den teilnehmenden Patienten. Das Teilen von Erfahrungen und das gleichzeitige Integrieren anderer Perspektiven stärken das Gefühl der Zugehörigkeit und das Gemeinschaftsgefühl und zudem unterstützt Lernen im sozialen Kontext die Effektivität. Damit werden mit dem Krankheitsbild häufig einhergehende Hemmungen abgebaut und die Motivation gefördert. Zudem kommt es zu dem Gefühl sozialer Unterstützung, welches vielfach als Erfolgsfaktor für Verhaltensveränderung und Lernen beschrieben wird (Bandura, 1977; Schwarzer, 2008; Seligman, 2016; Young et al., 2014). Durch die Bearbeitung der Selbstbeschreibungsmaße wurde die Reflexion des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens – der Gesundheit – angeregt und zusätzlich, durch die Möglichkeit, den theoretischen Hintergrund eigenständig nachzulesen, vertieft, sodass die Bedeutung und damit der Lernwille gestärkt wurden. Das begleitende Arbeitsbuch beinhaltete zudem die Möglichkeit regelmäßig Basis- und Aufbauübungen umzusetzen, welches nach dem Ansatz des „positive Journaling“ die angestrebten Effekte verstärkt (Emmons et al., 2003; King, 2001). Eine besonders positive Rückmeldung erhielt auch das analoge Präsentationsformat und die Gestaltung der Flip-Charts für die Plenumseinheiten. Die zentralen Aussagen wurden hier visuell ansprechend dargeboten und waren auch länger als üblicherweise

bei Power-Point-Folien zugänglich. Dies könnte für eine nachhaltigere Integration des Gelernten gesorgt haben.

Die Umsetzung der untersuchten Trainingsintervention fand während der Corona-Pandemie statt. Dies könnte die Ergebnisse der Studie auf verschiedenen Ebenen beeinflusst haben. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales Österreich hat sich während der COVID-19-Pandemie die psychosoziale Situation stark verschlechtert, psychische Erkrankungen sind stark angestiegen, die soziale Isolation hat zugenommen, damit waren die Menschen insgesamt stark belastet. Zudem hat sich die Krisensituation auch auf den Alkoholkonsum an sich und auf die Konsummuster ausgewirkt. Die Prävalenzraten und der Behandlungsbedarf alkoholbedingter Erkrankungen sind stark angestiegen. Die Patienten könnten aufgrund der Belastungen durch die Pandemie einen erhöhten Leidensdruck erlebt und der Maßnahme damit mehr Bedeutung und Wert zugesprochen haben. Der Fokus auf die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden auf physischer, psychischer und sozialer Ebene könnten besonders hoch gewesen und durch die Reflexion über die Fragebögen noch verstärkt gewesen sein. Zudem könnte die speziell in dieser Zeit durch die Klinik unterstützte Möglichkeit, an einer entsprechenden Maßnahme teilzunehmen, die Wirksamkeit zusätzlich gefördert haben. Innerhalb der stationären Entwöhnungsbehandlung sind Freizeiten zur Ausübung von Hobbys, Pflege sozialer Kontakte oder Erprobung des Alltags vorgesehen. Die COVID-19-Regeln schränkten diese Möglichkeiten stark ein. Die entstehenden Kapazitäten könnten zusätzlich zum verstärkten Reflektieren oder Umsetzen der Übungen bzw. Austausch innerhalb der Patientengruppe geführt haben. Die Einschränkungen könnten auch zu mehr Fokus auf sich selbst und weniger auf dem Außen und damit einhergehenden zusätzlichen Konflikten geführt haben. Dies könnte die Wirksamkeit des Treatments positiv beeinflusst haben. Für zukünftige Studien gilt es zu überprüfen, ob sich die gefundenen Ergebnisse der Studie auch nach Corona in dieser Art replizieren lassen.

Es konnte lediglich hinsichtlich der Variable *Trinkverlangen* kein signifikanter Interaktionseffekt festgestellt werden. Für dies könnten zum einen die abgeschlossene körperliche Entgiftung und die in der Klinik übliche medikamentöse Einstellung verantwortlich sein. Sowohl für Suchtdruck als auch für Craving auslösende Komorbiditäten werden die Patienten medikamentös behandelt. Die Patienten differieren zudem sehr stark hinsichtlich Krankheitsfortschritt, Dauer der Erkrankung und Therapiefortschritt, die entscheidend für den erlebten Suchtdruck sind. Außerdem wird Trinkverlangen häufig als sehr schwankend beschrieben. Die Formulierung des Items zu Craving bezog sich auf den aktuellen Zustand und wurde damit tagesformabhängig von den Patienten beantwortet. Obwohl deskriptiv eine Verbesserung über den Untersuchungszeitraum, in der Treatmentgruppe eine stärkere Steigerung, festgestellt werden konnte, erreichte diese keine Signifikanz. Der Mittelwert der Gruppe lag

kontinuierlich über dem Mittelwert und bestätigt damit das Ziel einer stationären Entwöhnungsbehandlung, dass Patienten tendenziell wenig Suchtdruck erleben.

Der gefundene Interaktionseffekt des zweiten alkoholrelevanten Items *Abstinenzzuversicht* konnte aufgrund mangelnder Voraussetzungen nicht interpretiert werden. Wurden die Mittelwerte für die Gruppen getrennt vor und nach dem Training verglichen, zeigte sich eine signifikante Steigerung für die Treatmentgruppe, nicht aber für die Vergleichsgruppe. Am Ende des Trainingszeitraums zeigten sich die Gruppen hinsichtlich ihrer Abstinenzzuversicht wieder vergleichbar. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass dies ein dezidiertes Ziel und Erfolgskriterium einer Entwöhnungsbehandlung darstellt und damit besonders fokussiert wurde. Integraler Teil der stationären Entwöhnungsbehandlung ist regelmäßige Einzeltherapie bei ausgebildeten Psychotherapeuten oder klinischen Psychologen der Suchthilfe Klinik Salzburg. Es kann nicht valide dokumentiert und damit in die Berechnung integriert werden, wie intensiv das Thema Abstinenzzuversicht innerhalb des Einzelsettings behandelt wurde. Für beide alkoholrelevanten Aspekte würde eine Erhebung (follow-up) über den Zeitraum der stationären Behandlung hinaus wertvolle Erkenntnisse liefern.

Trotz vorhandener Interaktionseffekte zeigten sich in den Variablen *positives Gesundheitsverhalten*, *Optimismus, Reduktion dysfunktionaler Kognitionen, psychische Belastung (GSI), Ängstlichkeit* und *Depressivität* am Ende des Trainings keine signifikanten Gruppenunterschiede. Damit erreichten beide Gruppen am Ende des Beobachtungszeitraums vergleichbare Werte und durchliefen eine ähnliche Entwicklung. Für die vergleichbare Entwicklung des positiven Gesundheitsverhaltens, welche die Komponenten Ernährung, Bewegung und Schlaf beinhaltete, lässt sich wie oben beschrieben annehmen, dass dies einerseits automatisch mit Abstinenz einhergeht. Patienten, die völlig körperlich entgiftet sind und eine Therapie in Anspruch nehmen, ernähren sich im Vergleich zu Konsumphasen besser, haben ein verbessertes Bewegungsverhalten und besseren Schlaf (vgl. z.B. Chakrovorty et al., 2016; Kay, 2008, Wendt, 2017). Diese Komponenten sind als Bestandteile des Wohlbefindens und als veränderbare Größen vielen Patienten bekannt und deren Verbesserung ist angestrebtes Ziel. Insbesondere mehr Bewegung und Sport werden häufig als besonders wichtig beschrieben und daher auch aktiv in die Therapie eingebracht. Auch hier hängt die Verbesserung stark von Faktoren wie Krankheitsfortschritt und körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen ab. Dies konnte als Störvariable nicht ausreichend dokumentiert werden. Eine mögliche Ursache für fehlende Unterschiede der Gruppen hinsichtlich des Ernährungsverhaltens liegt möglicherweise an den gleichen Versorgungsbedingungen der Klinik. Alle Patienten bekamen die gleichen Mahlzeiten und wurden aufgefordert, ausreichend Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Die Rahmenbedingungen und Bedarfsmedikationen der Klinik sorgten auch für ähnliche Angaben zur Komponente Schlaf.

Die Werte der Facette der mentalen Stärke für Optimismus waren am Ende des Beobachtungszeitraums trotz der signifikanten Verbesserung im ersten Beobachtungszeitraum und unter Treatment für die trainierte Gruppe und keiner signifikanten Steigerung für die Vergleichsgruppe ähnlich. Deskriptiv zeigt sich, dass die Treatmentgruppe mit geringeren, aber nicht signifikant unterschiedlichen Werten startete und die Zunahme während des Trainings am deutlichsten war. Auch hier könnte die mangelnde valide Dokumentation aller Begleiterkrankungen eine Erklärung für den nicht gefundenen Unterschied sein.

Für die Komponenten der psychischen Belastung (Gesamtwert, Ängstlichkeit, Depressivität) zeigen sich ebenfalls am Ende der 90-tägigen Entwöhnungsbehandlung trotz vorhandenem Interaktionseffekt keine signifikanten Unterschiede der Treatment- und Vergleichsgruppe. Beide Gruppen entwickeln vergleichbare Werte in den untersuchten Parametern. Auch hier lässt sich vermuten, dass die Inhalte der Einzeltherapie die Komponenten psychischer Belastung spezifisch fokussieren und eine Verbesserung dezidiertes Ziel ist und damit eine ähnliche Entwicklung erklärt werden kann. Zudem ist auch hier der Faktor medikamentöse Behandlung entscheidend. Eine weitere mögliche Ursache könnte sein, dass die Steigerung des Wohlbefindens als zentrales Thema des Trainings betont wurde und nicht die Reduktion psychischer Belastung. Als wichtigste nicht kontrollierbare Komponente muss hier die mangelnde Zugänglichkeit zu diagnostizierten Komorbiditäten angeführt werden. Es lagen entweder keine oder keine aktuellen Dokumente vor oder eine klinikinterne Erhebung war nicht vorgesehen. Damit konnte nicht für alle Patienten in vergleichbarer Weise festgestellt werden, inwieweit eine manifeste Begleiterkrankung vorlag und diese dementsprechend in die Analyse der Daten integriert werden konnte. Eine andere Erklärung dieser Ergebnisse könnte sein, dass die Reduktion psychischer Belastung nur mit einem längeren Trainingszeitraum möglich ist. Häufig haben sich Depressivität, Ängstlichkeit, psychische Belastung oder dysfunktionale Denkmuster über einen langen Zeitraum aufgebaut bzw. etabliert und benötigen intensiveres und längeres Training, um verbessert werden zu können. Für den Gesamtwert GSI der psychischen Belastung kommt hinzu, dass er sich aus neun Facetten zusammensetzt und die Streuung der einzelnen Patienten und Gruppen nicht mitberücksichtigt werden konnte. Deskriptiv lässt sich auch hier feststellen, dass die Treatmentgruppe eine deutlich positivere Entwicklung während des Trainings macht als die Vergleichsgruppe. Dieser Trend lässt sich für alle Parameter abbilden, die am Ende ähnliche Mittelwerte der Gruppen zeigen. Es kann daher angenommen werden, dass eine größere Stichprobenanzahl in beschriebenen Aspekten zu einem signifikanten Ergebnis geführt hätte.

In die vorliegende wissenschaftliche Arbeit war auch die Untersuchung verschiedener Subgruppen inkludiert. So wurde beleuchtet, ob Patienten, die angaben, die Transferaufgaben häufiger ausgeführt zu haben, mehr von der Trainingsintervention profitieren als diejenigen Patienten, die angaben, die

Transferaufgaben weniger absolviert zu haben. Die statistische Analyse konnte lediglich für die Variable Selbstvertrauen einen signifikanten Interaktionseffekt aufweisen, und die Mittelwertvergleiche der Gruppen am Ende des Trainings zeigten keine Unterschiede. Deskriptiv bildet sich jedoch ein Trend ab. Die Patienten mit mehr Engagement in der Umsetzung der Transferaufgaben erzielten bessere Ergebnisse und konnten eine stärkere Steigerung verzeichnen. Dies entspricht den oben angeführten Argumenten zur Integration von Transferaufgaben in Trainingsinterventionen. Eine mögliche Erklärung für die mangelnden Unterschiede der Gruppe könnten die grundsätzlich hohen Werte im Engagement sein. Beide Gruppen hatten einen Mittelwert über der Skalenmitte von 3, gaben also an, die Aufgaben zu mindestens 50 % ausgeführt zu haben. Möglich wäre auch, dass die Patienten verzerrte Angaben zu der Umsetzung der Transferaufgaben machten. Die Einschätzung am Ende der Trainingsintervention inkludierte sowohl die wöchentlich gleichbleibenden Aufgaben als auch die wechselnden Aufgaben – es könnte sein, dass sich die Patienten an die Ausführung der Aufgaben am Anfang des Trainingszeitraums nicht richtig erinnerten oder dass aufgrund sozialer Erwünschtheit falsche Angaben gemacht wurden. Eine interessante Ausnahme zu dem vorher beschriebenen Trend bildet die Variable positives Gesundheitsverhalten – hier erzielten die weniger engagierten Patienten eine bessere Entwicklung. Dies könnte daran liegen, dass die Patienten statt der Transferaufgaben mehr Zeit in z. B. Bewegung und Sport o. Ä. investierten.

Eine weitere Hypothese fokussierte den Persönlichkeitsfaktor Extraversion. Die Analysen der Daten zeigten interessanterweise, dass die Gruppe mit niedrigen Extraversionswerten die Ausgangswerte mit der günstigeren Ausprägung aufwies. Beide Gruppen verbesserten sich tendenziell signifikant im Verlauf des Trainings, wobei die Gruppe mit stärkerer Ausprägung des Persönlichkeitsmerkmals den größeren Zuwachs (bzw. die größere Verringerung) erreichte als die Gruppe mit geringeren Werten. Am Ende des Trainings unterschieden sich die Gruppen nicht. Damit profitieren weder extrovertierte noch weniger extrovertierte Personen mehr von der GPS-Trainingsintervention. Ein wichtiger Aspekt könnte sein, dass weniger extrovertierte Personen die Variablen Optimismus und Abstinenzzuversicht nicht signifikant steigern konnten. Zu beachten ist, dass in der vorliegenden Untersuchung die Angaben zu Persönlichkeitsfaktoren zu den drei Messzeitpunkten starken Schwankungen unterlagen und damit nur bedingt als stabiles und aussagekräftiges Merkmal herangezogen werden können.

Hinsichtlich des Alters zeigten die gewonnenen Daten, dass die älteren Patienten marginal tendenziell mehr von der durchgeführten Trainingsintervention profitierten als die jüngeren. Es konnten keine signifikanten Interaktionseffekte oder Mittelwertsunterschiede am Ende des Trainings abgebildet werden. Damit entwickeln sich die Gruppen vergleichbar. Der gefundene Trend lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass Patienten höheren Alters schon eine längere Krankheitsgeschichte haben,

damit mehr Konsequenzen der Alkoholabhängigkeit und Leidensdruck ausgesetzt waren und daher stärker motiviert sind, eine Veränderung herbeizuführen. Jüngere Patienten könnten hingegen mangels adäquater Risikowahrnehmung weniger engagiert sein.

Eine weitere Betrachtung bot die explorative Analyse der Daten zur Beleuchtung der Entwicklung von Patienten mit stärkerer und weniger starker psychischer Belastung. Vor dem Training unterschieden sich die Gruppen in allen untersuchten Parametern, wobei die Gruppe der weniger belasteten Patienten die jeweils günstigere Ausprägung aufwies. Beide Gruppen profitierten signifikant von der Trainingsintervention, die stärker psychisch Belasteten allerdings mehr, sodass in elf der 21 untersuchten Variablen am Ende des Trainings vergleichbare Werte abgebildet werden konnten. Eine mögliche Erklärung für diesen Trend könnte sein, dass stärkere psychische Belastung mehr Bedeutung und damit mehr Engagement mit sich bringt. Die Ergebnisse entsprechen auch dem von Corey Keyes (2002) postulierten Doppelkontinuum der Gesundheit (siehe Kapitel 2.3). Dieses beinhaltet zwei Achsen, die sowohl psychische Gesundheit/Krankheit als auch Languishing/Flourishing verorten. Nach diesem Modell können Menschen trotz vorhandener psychischer Belastung/Erkrankung auch aufblühen.

#### 3.3.3.3 Methodische Diskussion

In folgendem Abschnitt sollen die methodischen Besonderheiten dieser wissenschaftlichen Studie diskutiert werden.

*Trainingsgegebenheiten.* Die Durchführung der Trainingsintervention fand ausnahmslos in den Räumlichkeiten der Suchthilfe Klinik Salzburg statt, und zwar an denselben Tagen zur gleichen Uhrzeit mit derselben Trainerin und unter Verwendung derselben Materialien. Im Vorfeld wurde ein detailliertes Manual sowie ein Trainerleitfaden mit spezifischen Zeit- und Inhaltsangaben erstellt. Diese Standardisierung sorgt dafür, dass alle Patienten denselben Umgebungsbedingungen ausgesetzt sind und das Training mit einem konsistenten zeitlichen und inhaltlichen Ablauf absolvieren. Diese Maßnahmen erhöhen die inhaltliche Validität der Studie und ermöglichen eine ausreichende Kontrolle potenzieller Bias. Kritisch zu betrachten ist jedoch, dass sich die Durchführung über einen langen Zeitraum erstreckte (2021–2023) und die Teilnehmer das Training zu unterschiedlichen Jahreszeiten durchliefen. Dies könnte Faktoren wie Wohlbefinden, Vitalitätsgefühl, Lebenszufriedenheit und psychische Belastung beeinflussen. Die Entscheidung, die Stichprobe nicht in entsprechende Subgruppen zu unterteilen, wurde getroffen, um eine zu starke Minimierung der Gruppengröße zu vermeiden. Daher wurden die Daten der Gesamtstichprobe analysiert. Die Standardisierung der Intervention gewährleistet, dass alle Teilnehmer die gleiche Lernerfahrung machen, was zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse beiträgt

und die Wahrscheinlichkeit von Störfaktoren, die aus variierenden Trainingsumgebungen oder -methoden resultieren könnten, minimiert. Darüber hinaus erhöht die einheitliche Durchführung die interne Validität, da die Ergebnisse eher auf die Intervention selbst zurückgeführt werden können und weniger von externen Faktoren beeinflusst werden. Ein vertrauter Trainingsort und die Kontinuität in der Interaktion mit der Trainerin können ein Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens schaffen, was die Lernbereitschaft und das Engagement der Teilnehmer fördern kann. Zudem ermöglicht die Verwendung derselben Trainerin eine konsistente Beurteilung der Lernprozesse und der Teilnehmerdynamik, wodurch die Trainerin die Bedürfnisse der Gruppe besser einschätzen und das Training entsprechend anpassen kann. Die Bereitstellung derselben Materialien sorgt auch dafür, dass alle Teilnehmer Zugang zu den gleichen Ressourcen haben, was zu einem fairen Lernumfeld beiträgt und die Implementierung der Trainingsinhalte erleichtert. Die breite Zeitspanne der Durchführung kann helfen, Langzeiteffekte der Intervention zu beobachten, auch wenn die Teilnehmer zu unterschiedlichen Zeitpunkten beginnen, sodass wertvolle Informationen darüber geliefert werden können, wie die Intervention in verschiedenen Lebenssituationen wirkt. Zusätzlich ermöglicht die regelmäßige Durchführung des Trainings kontinuierliches Feedback von den Teilnehmern, das genutzt werden kann, um das Training iterativ und die spätere Integration in das Klinikkonzept zu verbessern.

*Gruppe.* Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die sich kontinuierlich verändernde Gruppenzusammensetzung. Aufgrund der beschriebenen individuellen Aufnahme der Patienten in die Entwöhnungsbehandlung traten die Patienten ab der siebten Behandlungswoche in die Trainingsintervention ein. Dies führte dazu, dass sich die Gruppenzusammensetzung fortlaufend veränderte, was die Gruppenkohäsion und -dynamik beeinflusste. Auswirkungen auf die untersuchten Parameter sind daher nicht auszuschließen. Die Zusammensetzung einer Gruppe kann sowohl positive als auch negative Effekte auf die Lernbedingungen ausüben, die förderlich oder hemmend sein können. Im Verlauf des Untersuchungszeitraums konnten beide Ausprägungen festgestellt werden. Sowohl Skepsis als auch Begeisterung für die behandelten Themen und Methoden wurden von der Trainerin beobachtet und unsystematisch dokumentiert. Um potenziellen negativen Einflüssen entgegenzuwirken, wurde zu Beginn jeder Plenumseinheit eine Vorstellungs- und Befindlichkeitsrunde organisiert, unterstützt durch Visualisierungstools, um den aktiven Austausch der Teilnehmer zu fördern und die Gruppenverbindung zu stärken. Die Dynamik innerhalb der Gruppe und deren Auswirkungen auf die Lernmotivation der Patienten wurden während des gesamten Trainings besonders aufmerksam verfolgt und gegebenenfalls aktiv während der Plenumseinheit behandelt. Dazu gehörte auch die aktive Moderation von Rückmeldungen innerhalb der Patientengruppe, um Feedback konstruktiv und wertschätzend zu halten. Ein emotional sicheres Umfeld, in dem die Patienten sich wohlfühlten, führte zu einer höheren aktiven Beteiligung am Lernprozess (Schutz & Pekrun, 2007), zu mehr Motivation und Engagement und zu mehr Nachhaltigkeit der Lernergebnisse (Bandura, 1991). Es wurde zudem festgestellt, dass kritische

Rückfragen zum Training einen aktiven Austausch und eine diskursive Auseinandersetzung innerhalb der Patientengruppe anregten. Dies förderte das Reflektieren der Inhalte sowie eigener Emotionen und Denkmuster und hatte somit einen positiven Einfluss auf den Lernprozess. Die Nutzung interaktiver Lernmethoden, wie Anwendung, Gruppenarbeit und Diskussionen, erwies sich als besonders effektiv, da sie den Austausch von Erfahrungen und Perspektiven förderte, was zu einem tiefergehenden Verständnis der Inhalte führte. Die Vielfalt, die durch eine flexible Gruppenzusammensetzung entsteht, bereichert die Qualität der Diskussion und das Lernen insgesamt. Insgesamt wurde die Trainingsintervention als positiver Mehrwert bewertet, wobei im Einzelfall eine speziell beobachtete Einstellungsveränderung von anfangs ablehnend zu stark motiviert beschrieben wurde. Die Evaluierung erbrachte darüber hinaus positive Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit, sodass die angestrebten Ziele erreicht wurden. Für zukünftige Forschungsarbeiten erscheint es jedoch wünschenswert, die oben beschriebenen Einflüsse systematisch zu kontrollieren und gegebenenfalls in die Varianzanalyse zu integrieren. Eine detaillierte und systematische Erfassung dieser Variablen würde zudem ein valideres Bild der Ergebnisse ermöglichen und deren Interpretation verbessern.

*Freiwilligkeit*. Für die Patienten war die Intervention ein Bestandteil der Entwöhnungsbehandlung. Es ist kritisch anzumerken, dass die Teilnahme an der Intervention nicht spezifisch von den Patienten selbst gewählt wurde, wodurch mögliche Einflüsse auf die Motivation nicht ausgeschlossen werden können. Dem steht jedoch entgegen, dass die Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung grundsätzlich freiwillig erfolgt, was auf ein bestehendes Interesse an der Verbesserung der eigenen Gesundheit hinweist. Bezüglich der Datenaufnahme wurde mehrfach explizit auf die Freiwilligkeit hingewiesen. Einer Verarbeitung und Veröffentlichung der anonymisierten Daten wurde zu jedem Testzeitpunkt erneut zugestimmt. Schließlich könnte die Verminderung der Selbstselektion helfen, potenziellen Bias zu reduzieren, da die Ergebnisse ein breiteres Spektrum an unterschiedlichen Personen und damit auch an Erfahrungen und Reaktionen auf die Intervention abbilden und nicht nur die am motiviertesten und engagiertesten Patienten repräsentieren oder z.B. Personen mit ausgeprägten Persönlichkeitsmerkmalen wie Offenheit oder Extraversion, welches mit einer erhöhten Teilnahmebereitschaft in Verbindung steht (Major et al. 2006). Zudem wird Die Integration des Treatments in die bestehende Behandlungsstruktur könnte aber auch Verzerrungen verursachen, da sie eine nahtlose Therapieerfahrung schafft und das Engagement in die Intervention fördert. Darüber hinaus könnte die Integration in den Behandlungsprozess die Nachhaltigkeit der Behandlungsergebnisse fördern, da die Intervention regelmäßig und über einen längeren Zeitraum erfolgt. Im Vergleich zu anderen Interventionsformaten, die möglicherweise auf freiwilliger Basis und nicht innerhalb einer Entwöhnungsbehandlung durchgeführt werden, könnte die vorgeschlagene Teilnahme zu umfassenderen Ergebnissen hinsichtlich der Wirksamkeit der Trainingsintervention führen, da die Patienten bereits in einem Therapieprozess involviert sind.

*Stichprobe.* Die Teilnehmer der Studie zur Überprüfung der Wirksamkeit der GPS-Intervention setzten sich aus Patienten der Suchthilfe Klinik Salzburg zusammen. Die ursprünglich geplante zufällige Zuordnung der Teilnehmer zu einer Treatment- oder Kontrollgruppe aus den zwei Sonderkrankenhäusern der Suchthilfe Klinik Salzburg konnte aufgrund der COVID-19-Bestimmungen nicht realisiert werden. Daher bestand die Treatmentgruppe aus Patienten des einen Sonderkrankenhauses, während die Vergleichsgruppe aus dem anderen Haus rekrutiert wurde und der geforderte Standard zur vollständig randomisierten Zuordnung konnte nicht gewährleistet werden (Kabsich et al., 2011; Moher et al., 2010) Trotz der Anwendung vergleichbarer Konzepte und Behandlungsabläufe sind potenzielle Einflussfaktoren nicht vollständig kontrollierbar. Ein weiterer kritischer Punkt ist zum einen, dass dadurch keine Frauen in die Untersuchung einbezogen werden konnten, da lediglich eines der Sonderkrankenhäuser Entwöhnungsplätze für Frauen anbietet, und zum anderen, dass die Vergleichsgruppe kein zusätzliches Treatment erhielt, von dem man ausgehen kann, dass es keinen Einfluss auf die untersuchten Variablen hat. Eine andere Intervention in der Vergleichsgruppe würde eine Kontrollbedingung schaffen, und Effekte könnten eindeutiger dem untersuchten Treatment zugeordnet werden. Effekte aufgrund von sozialer Interaktion oder der Auswirkung einer Anwendung an sich wären damit kontrollierbar. Des Weiteren könnte generell die Begrenzung auf eine einzelne Einrichtung zur Alkoholentwöhnung als einschränkend angesehen werden. Eine Teilnahme von Patienten aus unterschiedlichen Einrichtungen, sowohl österreichweit als auch international, könnte die Studie bereichern und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse erhöhen. Dennoch wurde sichergestellt, dass die teilnehmenden Patienten vergleichbare demografische Merkmale aufwiesen. Wesentliche Aspekte wie Wohn- und Lebenssituation, Familienstand, Erwerbssituation, Schulabschluss sowie Berufsausbildung und therapiespezifische Merkmale wie Therapieveranlassung, Therapiebereitschaft, Krankheitseinsicht und Abstinenzmotivation waren nicht signifikant unterschiedlich verteilt. Darüber hinaus zeigten sich die erhobenen Persönlichkeitsmerkmale „Offenheit für Erfahrung“ und „Extraversion“ gleich verteilt. Insgesamt waren weniger extrovertierte als introvertierte Personen in die Studie einbezogen, wobei die Vergleichsgruppe einen noch höheren Anteil an introvertierten Teilnehmern hatte. Die Untersuchung der Subgruppen hinsichtlich dieses Persönlichkeitsfaktors zeigte jedoch keine deutlich unterschiedlichen Entwicklungen. Eine tiefere Analyse könnte jedoch ein umfassenderes Bild generieren. Hinsichtlich potenzieller Komorbiditäten konnten aufgrund unterschiedlicher, mangelnder Vordiagnosen und Aktenlage nur die erhobenen Daten zur psychischen Belastung des SCL-90 herangezogen werden. Hier zeigten sich die Gruppen vergleichbar. Trotz der Vergleichbarkeit der Gruppen weist die untersuchte Stichprobe spezifische Merkmale auf – wie Extraversion, Bildungsniveau und Erwerbssituation –, die die Generalisierbarkeit auf die Population der alkoholabhängigen Personen einschränken. Darüber hinaus sind die Zuverlässigkeit der Angaben bezüglich Krankheitseinsicht, Abstinenz- und Therapiemotivation sowie der Dauer der Erkrankung und des Alters zu Beginn der Erkrankung zu berücksichtigen.

Die Durchführung der Studie mit der vorhandenen Stichprobe ist jedoch positiv zu bewerten, da sie die Bedingungen im Sonderkrankenhaus widerspiegelt und dadurch wertvolle Einblicke sowie Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Entwöhnungsbehandlung und die potenzielle dauerhafte Integration der Intervention in das Behandlungskonzept liefert. Zudem lassen sich aus dieser Forschung bedeutende Hypothesen für größere, kontrollierte Studien ableiten. Eine eingeschränkte Repräsentativität der Stichprobe bedeutet nicht, dass die gewonnenen Erkenntnisse irrelevant für eine breitere Patientengruppe sind. Die Durchführung unter realistischen Klinikbedingungen trägt ebenfalls dazu bei, Verzerrungen zu minimieren, die in künstlich geschaffenen Forschungsumgebungen auftreten könnten.

*Datenerhebung.* Die Evaluierung der Trainingsmaßnahme umfasste sowohl einen Feedbackfragebogen, der ausschließlich in einer Papier-und-Bleistift-Form bereitgestellt wurde, als auch Selbstbeschreibungsmaße, die sowohl in digitaler Form als auch in Papier-und-Bleistift-Version ausgefüllt werden konnten. Der Feedbackfragebogen wurde im Verlauf der Untersuchung einmal beantwortet, während die umfangreicheren Selbstbeschreibungsmaße dreimal erhoben wurden. Dies führte zu einer logistisch anspruchsvollen Datenaufnahme, da alle Patienten zu drei Testzeitpunkten innerhalb eines vergleichbaren zeitlichen Rahmens koordiniert werden mussten, um die Daten im Rahmen des Klinikablaufs zu erfassen. Um sicherzustellen, dass alle Daten zu allen Testzeitpunkten erfasst werden können, wurde eine spezielle digitale Liste zur Identifizierung notwendiger und verfügbarer Zeitfenster erstellt. Daraus resultierte ein Zeitrahmen (2–5 Tage), der als potenzielle Einflussgröße interpretiert werden könnte. Allerdings werden die erfassten Variablen in dieser Untersuchung als Trait behandelt, und eine engere zeitliche Erfassung im Klinikablauf war nicht möglich; somit wird das Vorgehen als adäquat beurteilt. Um die Freiwilligkeit der Teilnahme zu gewährleisten und die oft stark ausgeprägte Unzuverlässigkeit der Patienten, bedingt durch ihre Erkrankung, zu berücksichtigen, wurden die Patienten mehrfach an die Diagnosetermine erinnert und diese Termine wurden zudem begleitet. Die digitale Datenerfassung reduzierte die Fehleranfälligkeit und ermöglichte durch die programmierte Version die Eliminierung von fehlenden Daten, die bei der Papier-und-Bleistift-Variante beobachtet werden konnten. Gleichzeitig zeigte sich, dass die Patientengruppe unabhängig vom Alter nur bedingt digital versiert war, was eine Begleitung und Erläuterung der Verfahren erforderte. Auf diese Weise konnten technische Schwierigkeiten behoben und Verständnisproblemen begegnet werden. Wichtig erschien auch, dass die Erstellung desselben individuellen Codes zu allen drei Zeitpunkten sichergestellt wurde. Eine kritische Betrachtung erfordert jedoch die Anwesenheit einer zweiten Person bei der Beantwortung der Selbstbeschreibungsmaße, da dies potenziell das Antwortverhalten der Patienten beeinflusst haben könnte. Die ausreichend festgestellte Varianz der Daten spricht jedoch gegen eine starke Verzerrung. Des Weiteren kann der Umfang der Selbstbeschreibungsmaße kritisch beurteilt werden. Die Patienten beantworteten zu den drei Testzeitpunkten insgesamt 190 Items, was jeweils zwischen 25

und 45 Minuten in Anspruch nahm. Der 90-Item umfassende Fragebogen zur psychischen Belastung, als Teil der gewonnenen Daten, ist an zwei Testzeitpunkten bereits Teil des Klinikkonzepts und wurde nicht zusätzlich durch die Untersuchung erfordert. Die Patienten beantworteten die Fragebögen während ihres stationären Klinikaufenthaltes und empfanden die Diagnostik nach Rückmeldungen als integralen Bestandteil des Klinikablaufs, der auch ihrer Krankheitsbewältigung diente. In den Fällen, in denen Anstrengung oder Belastung geäußert wurde, wurde erneut auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen. Insgesamt wurden die Erfassung und der Mehrwert der umfangreichen Daten von der Klinikleitung aktiv unterstützt und gefördert. Dazu wurden geeignete zeitliche, materielle und personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt. Der beträchtliche Informationsgewinn ließ die Durchführung zusätzlich als gerechtfertigt erscheinen. Hinsichtlich der verwendeten Messinstrumente ist zu berücksichtigen, dass diese spezifisch aufgrund sehr guter Gütekriterien ausgewählt wurden. Dennoch hat sich gezeigt, dass einige Items konfundieren und somit die Gefahr besteht, dass Redundanzen abgebildet werden. Die manipulierten Selbstmanagementkompetenzen lassen sich inhaltlich deutlich von den Kriterien abgrenzen, was auf eine adäquate Operationalisierung schließen lässt. Der Fragebogen zur Erfassung des positiven Gesundheitsverhaltens (Ernährung, Bewegung, Schlaf) erwies sich als eingeschränkt informationsbringend, da einige inhaltliche Aspekte durch die Struktur und Vorgaben der Klinik zu stark beeinflusst waren. Der Transfer des Erlernten in die Alltagssituationen ließ sich ebenfalls nur unzureichend abbilden, da nur Angaben zu Verhalten während des Klinikaufenthaltes gemacht wurden. Eine Erfassung in Alltagssituationen nach dem Klinikaufenthalt wäre gewinnbringend und würde die Evaluationsebene III besser abbilden. Der Fragebogen zur Selbstmanagementkompetenz Achtsamkeit erfasste Unachtsamkeit mit niedrigen Werten (fast immer) und hohen Werten (fast nie), wobei die Bedeutung dieser Skalierung konträr zu den anderen Erhebungsinstrumenten ist. Die Bedeutung der Skalierung wurde jedoch angepasst, um Verwirrung und Fehleinschätzungen zu minimieren. Stichprobenartige Nachfragen bei den Patienten deuten darauf hin, dass diese Anpassung zielführend war. Das Konstrukt Wohlbefinden wurde in dieser Untersuchung mit verschiedenen Instrumenten erfasst, um unterschiedliche Aspekte zu beleuchten. Dies erhöhte die Itemanzahl, ist aber dem Informationsgewinn gegenüberzustellen. Kritisch zu sehen ist die Erfassung des sozialen Wohlbefindens (MHC – Mental Health Continuum) während der Corona-Zeit. Es muss davon ausgegangen werden, dass durch die Kontaktbeschränkungen die Aussagen zum sozialen Wohlbefinden verzerrt und nicht repräsentativ sind. Zusammenfassend gilt es zu bedenken, zukünftig zu erfassen und systematisch zu kontrollieren, inwieweit Patienten mit Alkoholabhängigkeitserkrankung mit unterschiedlichem Krankheitsfortschritt, Komorbiditäten und Genesungsfortschritt, in der Lage sind Frageformulierungen zu verstehen, eine passende Selbsteinschätzung zu treffen und valide Aussagen zu machen. Die Trainingsintervention wurde aus diesem Grund in die zweite Hälfte der 90-tägigen Entwöhnungsbehandlung integriert und der Hauptfokus auf die zweite und dritte Datenerhebung, vor und nach der

Trainingsintervention, gelegt, da davon ausgegangen wurde, dass die Patienten zu diesem Zeitpunkt schon ausreichend entgiftet und stabilisiert waren und eine medikamentöse Einstellung stattgefunden hatte. Der Einsatz qualitativer Methoden und die Integration entsprechender Daten wie Interviews oder die Dokumentation der Gruppendiskussion würden hier zu einem umfassenderen Bild und tiefem Verständnis führen. Die Evaluierung beanspruchte auch die Ebene III (Verhalten) (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006) über die Reflexion der Selbstbeschreibungsmaße und die Umsetzung der Transferaufgaben. Um tatsächlich Änderungen abzubilden, müsste wie oben benannt zum einen Verhalten in der Alltagssituation nach dem Klinikaufenthalt erfasst werden und dies nicht nur Selbstbeschreibung, sondern zusätzlich über z. B. Fremdbeobachtung. Der ursprünglich angesetzte vierte Messzeitpunkt, drei Monate nach der Entwöhnungsbehandlung, zur Überprüfung der Nachhaltigkeit, musste aufgrund mangelnden Rücklaufs verworfen werden. Ein verbindlicher persönlicher Termin zur Datenerhebung oder ein Anreiz (z. B. Gewinnchance o. Ä.) könnten hier entgegenwirken. Die Bewältigung einer Alkoholabhängigkeitserkrankung geht je nach Krankheitsfortschritt mit einer erheblichen Herausforderung einher, sodass eine Datengenerierung ohne persönlichen Kontakt nur begrenzt möglich ist.

*Trainingsintervention.* Die Trainingsintervention wurde, wie zuvor erläutert, als zweistündige Plenumseinheit, einer einstündigen Gruppendiskussion und einer circa einstündigen eigenverantwortlichen Transferarbeit konzipiert. Ziel war es, eine Intervention zu gestalten, die sowohl zeitlich zumutbar als auch realistisch in den Klinikablauf integrierbar war. Diese Intervention sollte gesundheitsbezogene positive Selbstmanagementkompetenzen vermitteln und deren Entwicklung ermöglichen, ohne die Patienten zu überfordern. Die Inhalte der Intervention umfassten ein breites Spektrum an gesundheitsbezogenen positiv-psychologischen Themen, die sowohl psychoedukativ erläutert als auch praktisch erprobt und diskutiert wurden. Die wissenschaftliche Fundierung und Verknüpfung wurden in den Erläuterungen transparent gemacht, so dass das Vorgehen nachvollzogen und das Vertrauen der Teilnehmer erhöht werden konnte. Die Inhalte stießen auf großes Interesse und wurden insgesamt als gewinnbringend und unterstützend bewertet. Allerdings ist kritisch zu sehen, dass der große inhaltliche Umfang die Tiefe der Erläuterungen begrenzte, was potenziell zu einer oberflächlicheren Aufnahme der Informationen führen könnte. Da diese Inhalte im Kontext der Behandlung von Alkoholabhängigkeit bislang jedoch nicht ausreichend wissenschaftlich validiert sind, konnte keine Auswahl spezifisch optimal untersuchter Aspekte getroffen werden. Die interaktive Gestaltung der Plenumseinheiten stellte für das Patientenklientel teilweise eine Herausforderung dar, wurde letztendlich jedoch als positiv und zielführend wahrgenommen. Die Gruppendiskussionen wurden als Mehrwert bewertet, insbesondere durch das Beleuchten unterschiedlicher Perspektiven. Kritisch zu beurteilen ist die tatsächliche Umsetzung der Transferaufgaben. Trotz intensiver und mehrfacher Anleitung, einschließlich einer schriftlichen Dokumentation und Begleitung durch ein ausführliches Begleitbuch, wurde seitens

der Trainerin eine ambivalente Umsetzung der Transferaufgaben beobachtet. Die häufig mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung einhergehenden Einschränkungen in Bezug auf Selbstständigkeit, Zuverlässigkeit und Eigenverantwortung könnten sich negativ auf die Durchführung der Transferaufgaben ausgewirkt haben. Zudem waren diese Aufgaben durch Basis- und wöchentlich wechselnde Aufbauübungen als zu komplex gestaltet. Um die Umsetzung der Transferaufgaben zu verbessern, könnten die Integration eines Lern-Buddy-Systems oder anderer Peer-Support-Elemente sowie die Erhöhung der Verbindlichkeit, beispielsweise durch einen aktiven Austausch der Erfahrungen unter den Teilnehmern oder in den Plenumseinheiten, in Betracht gezogen werden.

#### 3.3.3.4 Implikation für die zukünftige Forschung

In folgendem Abschnitt sollen weitere Forschungsmöglichkeiten und -fragen dargestellt werden, die über die bereits erörterten methodischen und ergebnisorientierten Implikationen hinausgehen.

Für zukünftige Forschungsvorhaben, die Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement innerhalb der Behandlung einer Alkoholabhängigkeitserkrankung untersuchen, erscheint es lohnend, andere Trainingsformate zu inkludieren und zu ermitteln, welche Ausführungen sich am wirksamsten zeigen. Könnten die Plenumseinheiten erhöht und damit die Möglichkeit, Inhalte zu vertiefen und praktische Umsetzung mehr angeleitet umzusetzen, die Effektivität steigern? Könnte die Integration digitaler Unterstützung sowohl während der Plenumseinheiten als auch im Transfer, z. B. in Form von Apps, die Wirksamkeit positiv beeinflussen? Wäre eine inhaltliche Anpassung, zum Beispiel die Reduktion des inhaltlichen Spektrums, sinnvoller oder die Integration einer anderen Selbstmanagementkompetenz, wie zum Beispiel Zielklarheit, Zeit- und Energiemanagement oder Problemlösefähigkeit?

Die in der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit integrierte summative Evaluation liefert wichtige Erkenntnisse für die Wirksamkeit der untersuchten Trainingsintervention, weist aber gleichzeitig Grenzen hinsichtlich der differenzierten Wirksamkeitsanalyse auf. Für zukünftige Forschung könnte es interessant sein zu ermitteln, welche Faktoren welche Auswirkungen und welche Intensität haben. Es könnte näher beleuchtet werden, welche Elemente der Trainingsintervention welchen Effekt haben. Dies bezieht sich zum einen auf die Trainingsinhalte der sechs Module umfassenden Intervention, die ein breites inhaltliches Spektrum abdecken, und zum anderen auf die methodische Vielfalt. Ein weiterer Testzeitpunkt innerhalb der Trainingsphase könnte wichtige Erkenntnisse liefern. Zum GPS-Training gehören die Plenumseinheiten mit theoretischen Inhalten und der Möglichkeit zur praktischen Umsetzung einzelner Techniken, aber auch der kontinuierliche Austausch der Teilnehmer. Zudem wird der diskursive Austausch, damit die inhaltliche Vertiefung, die Erweiterung der Perspektive und das

unterstützende Gefühl der Zugehörigkeit durch wöchentliche Diskussionsrunden gefördert. Die eigenverantwortliche Ausführung der Transferaufgaben ermöglicht zusätzlich eigene positive Erfahrungen. Welche dieser Elemente spezifisch wirken, wäre eine anstrebenswerte Erkenntnis zukünftiger Forschung. Wie im theoretischen Teil dieser Arbeit ausführlich beschrieben, stellt zum Beispiel Selbstwirksamkeitserwartung ein wichtiges Element sowohl in der Konzeption von Interventionen zur Verbesserung der Wirksamkeit als auch für die Krankheitsbewältigung in dem vorliegenden spezifischen Gesundheitskontext dar. Es wurde im Zuge dessen auch erläutert, dass Selbstwirksamkeitserwartung durch unterschiedliche Quellen generiert werden kann, die in die GPS-Intervention integriert sind (positive Erfahrung, stellvertretende Beobachtung, positives Feedback). Eine interessante Frage für zukünftige Forschung könnte sein, welche dieser Elemente sich am wirksamsten erweisen.

Weitere Forschungsvorhaben könnten zudem einen speziellen Fokus auf die Erhebung der untersuchten Variablen legen. Die verwendeten Untersuchungsinstrumente zeugten von guter Reliabilität. Dennoch stellt sich die Frage, ob die Erfassung zusätzlicher Faktoren wie zum Beispiel der Selbsteinschätzungsfähigkeit, die bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit einer starken Streuung unterliegt, ein umfassenderes Bild generieren könnte. Des Weiteren wäre es zuträglich, krankheitsspezifische Aspekte wie Krankheitsfortschritt, kognitiven Status oder Komorbiditäten valider zu erfassen. Andere objektive Parameter wie Herzfrequenz, Blutdruck oder Cortisolspiegel könnten noch umfassendere und genauere Informationen liefern und durch ein multimodales Vorgehen die Validität erhöhen.

Zukünftige Forschung könnten zudem untersuchen inwieweit, oder unter welchen Voraussetzungen die Interventionen zum Training von Selbstmanagementkompetenzen, Förderung mentaler Stärke und weiterer positiver Outcomes sinnvoll in die Behandlung anderer psychischer Erkrankungen übertragen werden könnte.

Diese Untersuchung machte es aufgrund der Corona-Pandemie nicht möglich, Frauen in die Analyse einzuschließen. Nachdem die Prävalenzraten zeigen, dass Frauen zwar weniger von Alkoholabhängigkeit betroffen sind, die Neuerkrankungsraten allerdings in den letzten Jahren steigen, ist es unumgänglich, die Forschung auch auf beide Geschlechter auszuweiten.

Die potenziellen Einflussfaktoren durch die Corona-Pandemie wurden in der Diskussion zu den Studienergebnissen bereits ausgeführt. Die Forschungsergebnisse dieser Arbeiten sollten jedenfalls unter Nicht-Corona-Pandemie-Bedingungen repliziert werden.

Die vorliegende wissenschaftliche Arbeit sah ursprünglich vor, den Aspekt der Nachhaltigkeit zu integrieren. Dies war aufgrund mangelnden Rücklaufs der Fragebögen nicht möglich. Einer der wichtigsten Ansprüche für zukünftige Forschung sollte die Umsetzung und Beleuchtung dieses Aspektes sein.

Alkoholabhängigkeit wird mittlerweile als chronische Erkrankung verstanden, in deren Bewältigung Ressourcen eine zentrale Rolle spielen. Eine wichtige Frage ist daher, wie lange sich die in dieser Untersuchung gefundenen Effekte aufrechterhalten lassen. Follow-up-Studien nach drei, sechs oder zwölf Monaten könnten diesbezüglich wichtige Erkenntnisse liefern. Darüber hinaus stellt sich die Frage, welche potenziellen Adaptionen der Intervention (siehe oben) die Nachhaltigkeit am besten unterstützen.

#### 3.3.3.5 Implikation für die Praxis

Das Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit war es, auf wissenschaftlicher Basis vor dem Hintergrund der Positiven Psychologie eine Trainingsintervention zu konzipieren und zu evaluieren, die gesundheitsbezogene positive Selbstmanagementkompetenzen aufbaut, damit mentale Stärke fördert und weitere positive Outcomes verbessert, um Patienten im Umgang mit und bei der Bewältigung einer Alkoholabhängigkeitserkrankung zu unterstützen. Die in der Suchthilfe Klinik Salzburg umgesetzte GPS-Intervention erwirkte eine Steigerung der trainierten Selbstmanagementkompetenzen und der mentalen Stärke und führte zu erhöhter Lebenszufriedenheit, zu erhöhtem Vitalitätsgefühl und zu erhöhtem Wohlbefinden im Sinne des Gedeihens und Aufblühens. Darüber hinaus bewerteten die teilnehmenden Patienten das Training als überaus positiv, gewinnbringend und zielführend. Eine besonders bedeutende Erkenntnis war, dass sich die Parameter grundsätzlich während einer stationären Entwöhnungsbehandlung positiv entwickeln, dann aber stagnieren und nur mit spezifischer Unterstützung, einem speziellen Training, weiter verbessern. Es hat sich also gezeigt, dass es sich lohnt, eine dementsprechende Maßnahme in die Behandlung von Alkoholabhängigkeit zu integrieren, da Ressourcen generiert und Recovery-Kapital aufgebaut wurde. Dies entspricht auch den Bestrebungen der Gesundheitsversorgung, Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung zu befähigen, und langfristig die Kosten für das Gesundheitssystem zu reduzieren. Der Erfolg der GPS-Intervention zeigt sich nicht zuletzt darin, dass das Lenkungsgremium der Suchthilfe Klinik Salzburg dieses Programm als festen Bestandteil in das Gesamtkonzept verankert hat und mit 01.03.2025 verdoppelt hat.

Wie in dieser Arbeit beschrieben, entwickelt sich die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen in Richtung Ressourcenorientierung, um den Herausforderungen einer chronischen Erkrankung gerecht zu werden. Die Verbindung der Felder der Klinischen und Positiven Psychologie ist noch jung und die Integration Positiver Psychologie in die Behandlung von Alkoholabhängigkeit wenig erforscht. Die vorliegende wissenschaftliche Arbeit konnte hier einen wichtigen Beitrag leisten. Es wäre erstrebenswert, die gewonnenen Erkenntnisse für möglichst viele Betroffene zugänglich zu machen. Dies könnte durch die Anwendungen in unterschiedlichen Einrichtungen im deutschsprachigen Raum erfolgen, oder nach wissenschaftlicher Evidenzführung könnten andere Trainingsformate für verschiedene Behandlungsangebote oder eine Digitalisierung und/oder ortsunabhängige Umsetzung sein.

Zudem erscheint weiterführende Forschung im Hinblick auf Präventionsarbeit anstrebenswert. Die gefundenen Resultate unterstützen die beschriebenen Bestrebungen im Empowerment der Betroffenen und zeugen von der Sinnhaftigkeit entsprechender Selbstmanagement-Förderung. Da Alkoholabhängigkeit, wie in Kapitel 2.1 beschrieben, sich häufig langsam und schleichend entwickelt, ist Recovery-Kapital auch schon in dieser Phase hoch relevant und eine Förderung dessen im Sinne potenzieller Betroffener, Behandler und Gesundheitssysteme.

## 3.3. Gesamtdiskussion

In dem folgenden und letzten Kapitel dieser Arbeit soll das gesamte wissenschaftliche Projekt zusammengefasst und in Bezug auf Stärken, Limitationen und Implikationen übergreifend diskutiert werden.

Vor dem Hintergrund der Verbindung von Positiver und Klinischer Psychologie und der neueren ressourcenorientierten Ausrichtung der Behandlung von Alkoholabhängigkeit, war das Ziel des vorliegenden Forschungsprojekts, eine Intervention zu konzipieren und zu evaluieren, die Ressourcen und Recovery-Kapital aufbaut und damit Patienten in der Bewältigung einer Abhängigkeitserkrankung unterstützt.

Hervorzuheben ist zunächst die Umsetzung dieses Projekts als naturalistische Forschung im freien Feld im Kontext einer schwerwiegenden Erkrankung. Alkoholabhängigkeit geht mit einer großen Anzahl von Begleiterscheinungen einher, die einen äußerst vorsichtigen Umgang verlangen. Betroffene Patienten in der stationären Entwöhnung erleben körperlichen Abbau, starke psychische Belastung und Folgen auf sozialer Ebene. Trotz verbessertem Verständnis dieser Erkrankung sind sie häufig Stigmatisierung ausgesetzt, erleben Schuldgefühle und starke Scham. Einen adäquaten Rahmen für die Durchführung einer wissenschaftlichen Untersuchung mit einer umfangreichen Datenerhebung, zu für diese Personen besonders sensiblen Informationen, zu gewährleisten, war mit erheblichen Aufwänden verbunden. Es musste eine sichere und vertrauensvolle Basis geschaffen werden, damit die teilnehmenden Personen sich ohne Ängste äußern konnten und somit möglichst valide Daten zustande kamen. Zudem wurde die Maßnahme in den laufenden Klinikbetrieb integriert. Beides benötigte starke logistische und zeitliche Ressourcen, die durch die Suchthilfe Klinik Salzburg unterstützt und zudem durch die Arbeitserfahrung der Trainerin in diesem beruflichen Kontext getragen wurden. Es konnte ein Wissenschaftsprojekt umgesetzt werden, das wertvolle und umfangreiche Erkenntnisse hervorbrachte, die sowohl zur Schließung einer Forschungslücke beitragen als auch praktische Implikationen generierten. Aufgrund des Erfolgs wurde die GPS-Intervention als fester Bestandteil in das Klinikkonzept der Suchthilfe Klinik Salzburg integriert, findet seither regelmäßig Anwendung und wird zukünftig als zweite parallel laufende Intervention verdoppelt.

Eine Qualität dieser Arbeit liegt in der Stringenz, dem logischen Aufbau und der Methodik begründet. Als Grundlagen dienten das Vier-Phasen-Modell zur Entwicklung und Evaluation von Psychotherapieformen (Buchkremer & Klingberg, 2001), das Evaluationsmodell nach Kirkpatrick und Kirkpatrick (2006) sowie die Evaluierungsschritte nach Balzer und Beywl (2018) (siehe Kapitel 2.2).

Das Forschungsvorhaben zielte darauf ab, eine spezifische Maßnahme für die stationäre Entwöhnungsbehandlung zu entwickeln, die Kompetenzen vermittelt, ganzheitliche Gesundheit (physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden) fördert und damit den Umgang mit der chronischen Erkrankung Alkoholabhängigkeit erleichtert. Es sollte eine wissenschaftlich fundierte und praxisnahe Intervention gestaltet werden, die sowohl theoretisch gut begründet als auch für die Zielgruppe ansprechend und umsetzbar ist. Darüber hinaus wurde angestrebt, eine Rechtfertigungsbasis zur langfristigen Integration der Intervention in das reguläre stationäre Behandlungskonzept der Suchthilfe Klinik Salzburg zu erhalten. Zur Erreichung dieser Ziele wurde ein Forschungsdesign entwickelt, das qualitative, quantitative sowie gemischte Methoden (Mixed-Methods) kombinierte. Aufbauend auf wissenschaftlichen Theorien und Forschungsergebnissen, einer daraus generierten ersten Bedarfserhebung und einem daraus abgeleiteten ersten Trainingskonzept schließen sich Studie I und Studie II als Vorstudien an, die durch qualitative und quantitative Daten einen umfangreichen Erkenntnisgewinn für die quantitativ orientierte Hauptstudie (Studie III) ermöglichten. Mit diesem Vorgehen wurden eine umfassende Analyse der Bedürfnisse der Zielgruppe und Umsetzungsmöglichkeiten sowie eine detaillierte Evaluierung der entwickelten Maßnahme ermöglicht.

In der ersten Phase (Phase I) wurde aufbauend auf die praktische Erfahrung der Untersuchungsleiterin und die Recherche zu Theorie, Forschungsergebnissen und -bedarf in Anlehnung an das Modell des Positiven Selbstmanagements nach Braun et al. (2017, 2019, 2020, 2023) das Modell des Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements erarbeitet. Die Intervention sollte demnach Selbstmanagementkompetenzen der Patienten trainieren und verbessern, damit mentale Stärke aufbauen und weitere positive Outcomes generieren. Die Definition des Evaluationsgegenstands und die Anliegen der Arbeit ergaben sich demnach aus dem übergeordneten Forschungsvorhaben, der Zielgruppenwahl, der Identifikation bestehender Forschungslücken und dem Bedarf an innovativen Behandlungsansätzen zur Therapie von Alkoholabhängigkeit. Entsprechende Forschungsfragen und -hypothesen für das gesamte Vorhaben wurden formuliert. Zudem wurde ein erstes Trainingskonzept für eine entsprechende Intervention erstellt, welches in den bestehenden Ablauf der Entwöhnungsbehandlung integriert werden konnte.

Die erste Datenerhebung und weitere Exploration wurden mit Studie I fortgesetzt und damit die Bedarfserhebung konkretisiert. Teilnehmer der qualitativen Interviews waren Betroffene aus der akuten stationären Entwöhnungsbehandlung, bereits länger abstinente Betroffene und behandelnde Experten. Die Interviews beinhalteten Befragungen zum Entwicklungsbedarf (Vorwissen, vorhandene Kompetenz, bestehendes Angebot, Lernmotivation) und zu den Anforderungen an eine entsprechende Trainingsintervention. Zudem wurde das bereits theoretisch abgeleitete Konzept von den Interviewteilnehmern bewertet. Studie I diente damit der formativen Evaluation, aus deren Erkenntnissen das

Konzept der Trainingsintervention angepasst wurde. Sie war sowohl wissens- als auch verbesserungsorientiert und erfüllte eine proaktive und klärende Funktion.

Anschließend erfolgte, der Phase II entsprechend, eine Pilotierung (Studie II), um qualitative und quantitative Daten zu sammeln und die Durchführbarkeit, Akzeptanz und erste Wirksamkeit zu bewerten und weitere potenzielle Adaptionen vornehmen zu können. Sowohl die direkte Reaktion (Feedback), der Kompetenzerwerb/Lernen (Selbstbeschreibungsmaße) und die Auswirkung auf das Verhalten wurden beleuchtet, um das Programm zu optimieren. Die Pilotierung fand in der für die spätere Implementierung vorgesehenen Einrichtung, der Suchthilfe Klinik Salzburg, statt. Dies gewährleistete eine enge Zielgruppenorientierung und ermöglichte eine realistische Erprobung der Intervention unter Praxisbedingungen. Diese Studie ist explorativ und wird als proaktive, formative und summative Evaluierung bezeichnet (Lutz, 2005; Owen & Alkin, 2007; Scriven, 1991).

Anschließend entsprechend Phase III, der Wirksamkeitsprüfung, wurde ein insgesamtes Feedback (Evaluationsebene I und III) gegeben, der Zuwachs an Wissen und Kompetenz (Evaluationsebene II) und der Transfer auf das Verhalten (Evaluationsebene III) geprüft. Diese Hauptuntersuchung (Studie III) diente der summativen Evaluierung, die die Wirksamkeit darlegte und dokumentierte und damit die Basis der Rechtfertigung zur Implementierung der Trainingsintervention in das Konzept der Suchthilfe Klinik Salzburg bot bzw. die Grundlage für die Integration in die Behandlung von Alkoholabhängigkeit allgemein. Es handelte sich bei Studie III um ein quasi-experimentelles Design mit Vergleichsgruppe, das unter Routinebedingungen (Phase IV) durchgeführt wurde.

Die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte mittels Inhaltsanalyse nach Mayring (1991, 2015), die Ergebnisse des Feedbacks und der Selbstbeschreibungsmaße mittels statistischer Analysen. Die qualitativen Interviews und daraus abgeleiteten Kategorien der Studie I, das schriftliche und mündliche Feedback und die Reflexion über die Selbstbeschreibungsmaße der Studie II sowie die unmittelbare schriftliche Reaktion und die Selbstbeschreibungsmaße der Studie III bilden hochwertige Bewertungskriterien im Evaluationsprozess. Die Daten wurden mit großer Sorgfalt und unter Einhaltung wissenschaftlicher und ethischer Standards erhoben. Die Ergebnisse der einzelnen Studien werden ausführlich und unter Einhaltung wissenschaftlich hoher Standards vor dem Hintergrund von Studiendesign und Studiendurchführung transparent und intersubjektiv nachvollziehbar berichtet. Durch die Ergebnisse dieses Forschungsprojekts konnten Empfehlungen und Handlungsimplikationen gegeben werden. Zudem wurde darauf geachtet, den Anforderungen der Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Ethik gerecht zu werden. Eine dementsprechende Bestätigung liefert die Bewilligung der zuständigen Ethikkommission. Es kann somit die stringente und methodische Gestaltung dieser Arbeit hervorgehoben werden.

Eine Stärke der Arbeit findet sich in den Bemühungen zu Validität. Im Rahmen der Möglichkeiten wurden hohe Aufwände unternommen, Einflussfaktoren so gering wie möglich zu halten. So wurde der

Erhebungszeitraum in der ursprünglichen Planung auf ein gesamtes Jahr angelegt, sodass potenzielle Einflüsse der Jahreszeit auf dahingehend sensible Variablen kontrolliert werden konnten. Die aufgrund äußerer Umstände nötige annähernde Verdopplung des Erhebungszeitraums gewährleistet dies darüber hinaus. Der Ablauf und die Wochenstruktur der Entwöhnungsbehandlung wurden in beiden Einrichtungen so synchronisiert, dass alle Teilnehmer möglichst gleichen Bedingungen ausgesetzt waren. Zudem wurden möglichst viele zusätzliche demographische Daten dokumentiert und verglichen, so dass eine Vergleichbarkeit der Gruppen belegt werden konnte. Sind Patienten mit Alkoholabhängigkeit Teil einer Untersuchung, stellt sich auch immer die Frage der Selbsteinschätzungsfähigkeit und der Antwortverzerrung aufgrund sozialer Erwünschtheit. Es kommt aufgrund verschiedener Auslöser (Verleugnung/Verdrängung/Scham) zu Verzerrungen der Antworten. Der oben angeführte sichere Rahmen und die hergestellte Vertrauensbasis sollten dem entgegenwirken und die Validität erhöhen. Zudem wurde dies als Single-Item in die Befragung integriert.
Hinsichtlich der externen Validität wurde, wie eingangs beschrieben, ein komplexes Forschungsvorhaben unter tatsächlichen Praxisbedingungen realisiert. Zudem fanden die qualitativen Vorstudien ebenfalls im freien Feld statt. Auch wenn Patienten der Suchthilfe Klinik Salzburg nicht die Grundgesamtheit aller Personen mit Alkoholabhängigkeitserkrankung abbilden, kann dennoch eine hohe Generalisierbarkeit angenommen werden.

Im Zuge dessen muss auch auf die erfolgreiche Durchführung des Forschungsprojekts unter Coronabedingungen eingegangen werden. Die COVID-19-Pandemie führte zu einer Vielzahl von Einschränkungen, die die Umsetzung der einzelnen Studien erschwerten und besondere Bemühungen verlangten. Es konnten dennoch sowohl in den qualitativen Interviews, die zunächst als Gruppeninterview geplant und aufgrund von Kontaktbeschränkungen nur als zeitaufwändige Einzelinterviews möglich waren, in der Pilotstudie (Probelauf) und in der Hauptstudie hochwertige Daten und Erkenntnisse gewonnen werden, die aus aussagekräftigen Daten resultieren.

Gleichzeitig sind in dem Umstand der Pandemiesituation nicht überwindbare Hürden und damit Limitationen des vorliegenden Forschungsprojekts begründet. Wie bereits in der Diskussion der Studie III beschrieben wurde die Stichprobenzusammensetzung durch die Corona-Regeln bestimmt. Es konnte keine randomisierte Zuordnung stattfinden und Frauen mussten gänzlich aus der Untersuchung ausgeschlossen werden. Damit wurde die Generalisierbarkeit nachhaltig reduziert. Zudem konnte nicht valide dokumentiert werden, welche individuellen positiven und negativen Verstärkungen der untersuchten Variablen die Pandemiesituation bewirkt hat. Es ist daher unbedingt notwendig, eine Replikation der Studie vorzunehmen.

Eine weitere Einschränkung dieser Forschung ist die mangelnde Aussagekraft hinsichtlich der Nachhaltigkeit der Ergebnisse. Aus dem vorgesehenen vierten Messzeitpunkt konnten nicht ausreichend Daten gewonnen werden, die eine Beurteilung über die langfristige Wirksamkeit der Trainingsintervention zulassen. Dies ist vermutlich unter anderem auch der Corona-Situation geschuldet, die erhöhte Rückfallraten verursachte und die Möglichkeit, die Datenerhebung in der Suchthilfe Klinik vorzunehmen verhinderte. Es ist unabdingbar, den Aspekt der Nachhaltigkeit in zukünftige Forschung zu integrieren.

Das Modell des Positiven Selbstmanagements konnte schon durch zahlreiche Studien (Braun et al., 2017, 2019, 2021, 2023) empirisch bestätigt werden. Das Modell der Gesundheitsbezogenen Positiven Selbstmanagements ist an das Braun-Modell angelehnt, kommt aber in dieser Untersuchung erstmals zum Einsatz und sollte noch umfassender untersucht werden, um empirischer Evidenz standzuhalten. Untersuchungen zu ungeklärter Varianz bzw. besserer Vorhersagekraft anderer Parameter, die in weiterführender Forschung berücksichtigt werden können, erscheinen als große Chance. Dies zeigt sich zum Beispiel an der Untersuchung der Komponente „Psychische Belastung“, „Depressivität“ und „Ängstlichkeit“, die keine signifikanten Unterschiede zur Vergleichsgruppe hervorbrachte. Es lagen keine vollständigen Dokumente zu diagnostizierten Komorbiditäten vor, welche unbedingt in eine Analyse eingeschlossen werden müssen, um ein valides und vollständiges Bild zu erhalten (Knox et al., 2018; Witkewitz, 2018). Selbiges gilt für mangelnde Daten zu Alter bei Krankheitsbeginn, Dauer der Erkrankung und Krankheitsfortschritt inklusive kognitivem Abbau (Knox et al., 2018). In dieser Arbeit wurde der Fokus auf das Verhalten der teilnehmenden Personen gelegt und lediglich diese in der Studie berücksichtigt. Um ganzheitliche Gesundheit – psychisches, physisches und soziales Wohlbefinden – zu generieren, sind aber auch äußere Umstände, Lebensverhältnisse oder kritische Lebensereignisse von Bedeutung. Diese können durch den Betroffenen nur bedingt beeinflusst werden. Eine Möglichkeit wäre, Umgang mit Stress bzw. Coping-Strategien in ein Selbstmanagementtraining zu integrieren. Für zukünftige Forschung gilt es, diese Aspekte zu dokumentieren, zu berücksichtigen oder in das Training zu integrieren. Außerdem könnte in weiterführender Forschung einbezogen werden, welche anderen Selbstmanagementkompetenzen für Menschen mit Alkoholabhängigkeit Relevanz besitzen und welchen optimaleren Einfluss sie sowohl auf die mentale Stärke als auch auf die untersuchten positiven Outcomes haben. Zu den wichtigen, beeinflussenden, äußeren Faktoren können auch das Therapie-Commitment oder die Häufigkeit der Therapiebesuche gezählt werden. Auch dies konnte der vorhandenen Dokumentation nicht entnommen werden und sollte in weiterführender Forschung Berücksichtigung finden.

Zudem kann kritisch angemerkt werden, dass in diese Studie keine objektiven Messmethoden, wie zum Beispiel biologische Parameter (Blutdruck, Cortisol o. Ä.) oder Fremdeinschätzungsinstrumente,

integriert sind. Ein multimodales Vorgehen könnte die Aussagekraft signifikant erhöhen. Eine Reduktion der Selbsteinschätzungsmaße und die Integration von objektiveren Messmethoden könnten der Aussagekraft und Nützlichkeit dienlich sein und gleichzeitig ethischen Ansprüchen gerecht werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das vorliegende Forschungsprojekt erfolgreich umgesetzt wurde und umfangreiche Daten und wichtige Erkenntnisse lieferte. Die nachgewiesene Wirksamkeit und die überaus positive Beurteilung der teilnehmenden Patienten, die sich auch in nicht systematisch dokumentiertem, immer noch anhaltendem Feedback zeigt, sprechen außerdem für das Gelingen.

## 3.4 Schlusswort

Vor dem Hintergrund des ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit als nicht bloßer Abwesenheit von Krankheit, sondern physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden liefert diese Arbeit einen wichtigen Beitrag zur Verbindung der Teildisziplinen Positiver und Klinischer Psychologie und damit zur ressourcenorientierten Behandlung von Menschen mit Alkoholabhängigkeitserkrankung. Es konnte gezeigt werden, dass Patienten einen großen Beitrag zu ihrer Gesundheit leisten können, indem sie Selbstmanagementkompetenzen erwerben, damit Verhalten, Emotion und Kognition steuern und ihr Wohlbefinden fördern. Die Bewältigung einer Alkoholabhängigkeit und ein zufriedenes, selbstbestimmtes Leben möglichst ohne Suchtmittel stellen Betroffene vor eine lebenslange Herausforderung, der sie mit einem reflektierenden, achtsamen und wertschätzenden Blick auf sich selbst begegnen können. Die Erkenntnis, selbst wirksam zu sein, nährt dabei die psychologischen Grundbedürfnisse nach Autonomie und Kompetenz. Es hat sich in dieser wissenschaftlichen Arbeit gezeigt, dass es sich lohnt, zielgerichtet Kompetenzen zu erlernen, die zu mentaler Stärke und Wohlbefinden führen und Menschen trotz vorhandener Erkrankung gedeihen und aufblühen lassen. Wohlbefinden – Gesundheit – sich das Leben gut zu machen, liegt auch in der Hand des Einzelnen und ist für jeden erstrebenswert.

# Literaturverzeichnis:

Abele-Brehm, A. & Brehm, W. (1984). Sport und Wohlbefinden–Psychologische Effekte körperlichen Trainings. *Beiträge zu Kognition und Motorik. Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Sportpsychologie*, 4-5.

Abele-Brehm, A. & Brehm, W. (1985). Einstellungen zum Sport, Präferenzen für das eigene Sporttreiben und Befindlichkeitsveränderungen nach sportlicher Aktivität *Psychologie in Erziehung und Unterricht, 32*(4), 263–270. https://psycnet.apa.org/record/1986-31388-001

Abrami, L. M. (2016). The Importance of meaning in positive psychology and logotherapy. In A. Batthyány (Ed.) *Logotherapy and existential analysis: Proceedings of the Viktor Frankl Institute Vienna,* (Vol. 1, S. 303-310). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29424-7_26

Achtziger, A., Gollwitzer, P.M. (2006). Motivation und Volition im Handlungsverlauf. In: Heckhausen, J., Heckhausen, H. (Hrsg.) *Motivation und Handeln.* Springer. https://doi.org/10.1007/3-540-29975-0_11

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*, 179-211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

Akhtar, F., Khan, H. & Rasheed, M. (2019). The power of positive psychological capital: An Exploratory study. *Arabian J Bus Manager Review*, *9*(387), 2-7.

Akhtar, M. & Boniwell, I. (2010). Applying positive psychology to alcohol-misusing adolescents. *Groupwork*, *20*(3), 6-31. https://doi.org/10.1921/gpwk.v20i3.707

Alliger, G. M., Tannenbaum, S. I., Bennett, W., Traver, H. & Shotland, A. (1997). A meta- analysis of the relations among training criteria. *Personnel Psychology, 50*(2), 341–358. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1997.tb00911.x

Allsop, S., Saunders, B. & Phillips, M. (2000). The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, *95*(1), 95-106. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.9519510.x

Alonso-Fernandez, F. (1994). Ursachen und Folgen des Alkoholismus. In G. Nissen (Hrsg.), *Abhängigkeit und Sucht: Prävention und Therapie* (1. Aufl., S. 62–68). Verlag Hans Huber.

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™*(5th ed.). American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Amering, M. & Schmolke, M. (2012). *Recovery–das Ende der Unheilbarkeit.* Psychiatrieverlag.

Andersohn, F. (2004). Entgiftung. In M. Krausz & C. Haasen (Hrsg.) *Kompendium Sucht* (S. 51–61). Georg Thieme Verlag.

Andersson, G. (2018). Internet interventions: past, present and future. *Internet Interventions*, *12*, 181-188. https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.03.008

Angermeier, W. F., Bednorz, P. & Hursh, S. R. (1994). *Operantes Lernen. Ein Handbuch.* Reinhardt.

Annis, H. M. & Davis, C. S. (1991). Relapse prevention. *Alcohol Research and Health*, *15*(3), 204-212. https://psycnet.apa.org/record/1993-23220-001

Antoni, K. (1994). Fuku und sachi – die religiöse Konzeption des Glücks in der japanischen Kultur. In A. Bellebaum (Hrsg.), *Vom guten Leben: Glückvorstellungen in Hochkulturen* (S. 223-269). Akademie Verlag. https://doi.org/10.1515/9783050070193

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances, 4*(1), 47–55.https://psycnet.apa.org/record/1988-20161-001

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, *11*(1), 11-18. https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franken. Dgvt.

Anzenberger, J., Akartuna, D., Busch, M., Klein, C., Schmutterer, I., Schwarz, T. & Strizek, J. (2023). *Epidemiologiebericht Sucht 2023: Illegale Drogen, Alkohol und Tabak*. Gesundheit Österreich.

Anzenberger, J., Busch, M., Gaiswinkler, S., Klein, C., Schmutterer, I., Schwarz, T. & Strizek, J. (2021). *Epidemiologiebericht Sucht 2021: Illegale Drogen, Alkohol und Tabak*. Gesundheit Österreich.

Arab, A., Mehrabani, S., Moradi, S. & Amani, R. (2019). The association between diet and mood: A systematic review of current literature. *Psychiatry Research* (*271)*, 428-437. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.014

Aristoteles. (2016). *Die Nikomachische Ethik* (4. Aufl., übersetzt von Adolf Lasson). Eugen Dietrichs.

Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R. & Rollnick, S. (2010). *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen* (1. Aufl.). Beltz Verlag. https://sfbs.tu-dortmund.de/handle/sfbs/3092

Arthur, W., Bennett, W., Stanush P. L. & McNelly, T.L. (1998). Factors that influence skill decay and retention: A quantitative review and analysis, *Human Performance, 11*(1), 57–101. https://doi.org/10.1207/s15327043hup1101_3

Assmann, J. (1994). Glück und Weisheit im Alten Ägypten. In A. Bellebaum (Hrsg.) *Vom guten Leben: Glückvorstellungen in Hochkulturen* (S. 17-57). Akademie Verlag. https://doi.org/10.1515/9783050070193

Babor, T. F. (1996). The classification of alcoholics: Typology theories from the 19th century to the present. *Alcohol Health and Research World, 20*(1), 6–14. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6876530/

Bachelor, A. & Horvath, A. (2001). Die therapeutische Beziehung. In M. A. Hubble, B. L. Duncan& S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie: Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S.137–192). Verlag Modernes Leben. https://doi.org/10.1037/11132-000

Bachmayer, S., Strizek, J. & Uhl, A. (2023). *Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen: Datenjahr 2022*. Gesundheit Österreich. https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3360/

Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindl, H., Funke, W., Kemmann, D., Kersting, S., Medenwaldt, J., Missel, P., Neumann, E., Premper, P., Sagel, A., Teigler, H. & Weissinger, V. (2019). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation: FVS-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2016 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell, 1*, 34–50. https://www.sucht.de/heft-1-2019/

Baer, R. A. & Lykins, E. L. M. (2011). Mindfulness and positive psychological functioning. In K.M. Sheldon; T.B. Kashdan & M.F. Steger (Eds.) *Designing positive psychology: Taking stock and moving forward* (S.335-348). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195373585.003.0022

Balz, H. J. & Heisig, M. D. (2022). Selbstführung und Selbstfürsorge–Leitbegriffe im Führungskräfte-Coaching? *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, *29*(2), 193-208. https://doi.org/10.1007/s11613-022-00761-8

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191–215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs. https://psycnet.apa.org/record/1985-98423-000

Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (S. 355–394). Hemisphere. https://doi.org/10.4324/9781315800820

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Henry Holt & Co. https://psycnet.apa.org/record/1997-08589-000

Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *Applied Psychology: An international review*, *54*(2). 245-254. https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2005.00208.x

Bandura, A. (2012a). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of management*, *38*(1), 9-44. https://doi.org/10.1177/0149206311410606

Bandura, A. (2012b). Going Global With social cognitive theory: From prospect to paydirt. In S. I. Donaldson, D. E. Berger& K. Pezdek (Eds.) *Applied psychology: New frontiers and rewarding careers* (pp. 53–79). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Bandura, A., Verres, R. & Kober, H. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Klett-Cotta. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91211-0_3

Bannink, F. P. (2012). *Praxis der Positiven Psychologie*. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.

Bartone, P. T., Hystad, S. W., Eid, J. & Brevik, J. I. (2012). Psychological hardiness and coping style as risk/resilience factors for alcohol abuse. *Military Medicine*, *177*(5), 517-524. https://doi.org/10.7205/MILMED-D-11-00200

Basdekis-Josza, R. (2004). Psychiatrische Komorbidität bei Suchterkrankungen. In M. Krausz & C. Haasen (Hrsg.), *Kompendium Sucht* (S. 105–118). Georg Thieme Verlag. https://doi.10.1055/b-0034-20032

Bastine, R. (1992). Psychotherapie-Effekte. In R. Bastine, P. Fiedler. K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie* (S. 318–322). Edition Psychologie.

Bauer, W. (1994). Utopismus und Wirklichkeitssinn im alten und neuen China. In A. Bellebaum (Hrsg.), *Vom guten Leben: Glückvorstellungen in Hochkulturen* (S. 185-220). Akademie Verlag. https://doi.org/10.1515/9783050070193

Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (2017). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Interpersonal Development*, 117 (3), 57-89. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7777651/

Baumeister, R. F. & Vohs, K. D. (2007). Self-Regulation, ego depletion, and motivation. *Social and Personality Psychology Compass*, *1*(1), 115-128. https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00001.x

Baumeister, R. F. & Vohs, K. D. (2018). Strength model of self-regulation as limited resource: Assessment, controversies, update. In R.F. Baumeister & K.D. Vohs (Eds.) *Self-regulation and Self-control* (pp. 78-128). Routledge.

Baumeister, R. F., Vohs, K. D., Aaker, J. L., & Garbinsky, E. N. (2016). Some key differences between a happy life and a meaningful life. *The Journal of Positive Psychology*, 8(6)505-516. https://doi.org.10.2139/ssrn.2168436

Becker, M.H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs, 2 (4),* 409-419. https://doi.org/10.1177/109019817400200407

Beiglböck, W. & Feselmayer, S. (2000). Alkohol am Arbeitsplatz—Betriebliche Suchtprävention in Österreich. In K. Fellöcker & S. Franke (Hrsg.) *Suchtvorbeugung in Österreich.* (S. 169-180). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-6286-6_13

Beiglböck, W. & Feselmayer, S. (2006a). Betriebliche Suchtprävention–an der Schnittstelle von Klinischer-, Gesundheits-und Organisationspsychologie. *Psychologie in Österreich*, *2*, 1-14. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-6286-6_13

Beiglböck, W. & Feselmayer, S. (2006b). <F10> Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen – Störung durch Alkohol. In W. Beiglböck, S. Feselmayer& E. Honemann (Hrsg.), *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung* (2. Aufl., S. 101–126). Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/3-211-36649-0_5

Beiglböck, W. & Feselmayer, S. (2010). Psychologische Behandlung bei Suchtkranken–Problem-oder ressourcenorientiert? *Psychologie in Österreich*, *2*(3), 202-211. PsychBehandlungbeiSuchtressourcenPi.pdf

Beiglböck, W. & Feselmayer, S. (2012). Behandlungsplanung bei Alkoholabhängigkeit. *Psychologie in Österreich, 2,* 160 – 168. https://www.researchgate.net/profile/Wolfgang-Beiglboeck/publication/274380839_Behandlungsplanung_bei_Alkoholabhangigkeit/links/556ec24808aec2268308cf0e/Behandlungsplanung-bei-Alkoholabhaengigkeit.pdf

Beiglböck, W., Burian, W., Feselmayer, S. & Marx, R. (1994). Psychotherapie in der Behandlung Substanzabhängiger. In A. Springer, S. Feselmayer, S. Burian, W. Eisenbach-Stangl, I. Lentner & R. Marx (Hrsg.), *Suchtkrankheit* (S. 201-225). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-6907-0_13

Beiglböck, W., Feselmayer, S. & Honemann, E. (Hrsg.). (2006). *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung*. Springer-Verlag.

Beiglböck, W., Mayr, M. & Waigmann-Pölzl, S. (2013). Achtsamkeitsbasierte Suchttherapie – Möglichkeiten und Grenzen. *Suchttherapie*, *14*(01), 16-21. http://doi:10.1055/s-0032-1331202

Belsky, J. & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin*, *135*(6), 885-908. https://doi.org/10.1037/a0017376

Berg, I. K. & Miller, S. D. (2009). *Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen: Ein lösungsorientierter Ansatz* (7. Aufl.). Carl Auer Verlag.

Best, D. & Laudet, A. (2010). The potential of recovery capital. *RSA*. https://facesandvoicesofrecovery.org/wp-content/uploads/2019/06/The-Potential-of-Recovery-Capital.pdf

Betka, S. & Critchley, H. (2019). Neuropsychological Assessment. In M. M. Tugade, B. L. Fredrickson, D. Watson, L. A. Clark, A. Tellegen & B. Lubin (Eds.) *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, *73*, (p. 205 – 210). University Press. https://doi.org/10.1017/9781316783269

Beywl, W. & Balzer, L. (2015). *Evaluiert. Planungsbuch für Evaluationen im Bildungsbereich*. https://irf.fhnw.ch/server/api/core/bitstreams/d64c96eb-1255-460c-a139-884006aae6b2/content

Beywl, W., Balzer, L., Laupper, E. & Eicher, V. (2020). *Schlüssel zur Evaluation. 10 Schritte zur Planung einer Evaluation." evaluiert" kurz gefasst.* https://doi.org/10.26041/fhnw-3428

Bischof, G. (2010). Effektivität von Psychotherapie bei Suchterkrankungen. *Suchttherapie, 11*, 158–165. http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1267987

Blevins, C. L., Sagui, S. J. & Bennett, J. M. (2017). Inflammation and positive affect: Examining the stress-buffering hypothesis with data from the national longitudinal study of adolescent to adult health. *Brain, Behavior, and Immunity*, *61*, 21-26. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2016.07.149

Blickhan, C. (2005). *Die sieben Gesprächsförderer: miteinander reden lernen*. Junfermann.

Blickhan, D. (2017). *Anleitung zum Glücklichsein* (Doctoral dissertation, Freie Universität Berlin). http://dx.doi.org/10.17169/refubium-8929

Blickhan, D. (2018). *Positive Psychologie: Ein Handbuch für die Praxis.* Junfermann.

Blickhan, D. (2021). *Positive Psychologie und Coaching: Von der Lösungs- zur Wachstumsorientierung*. Junfermann Verlag.

Blume, M. L. (2020). *Mindful somatic awareness for anxiety relief: A body-based approach to moving beyond fear and worry*. New Harbinger Publications.

Boehm, J. K., Lyubomirsky, S. & Sheldon, K. M. (2011). A longitudinal experimental study comparing the effectiveness of happiness-enhancing strategies in anglo americans and asian americans. *Cognition and Emotion*, 25, 1263–1272. https://doi.org/10.1080/02699931.2010.541227

Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health*, *13*, 1-20. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119

Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.) Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-12770-0

Bostic, T. J., McGartland Rubio, D. & Hood, M. (2000). A validation of the subjective vitality scale using structural equation modeling. *Social Indicators Research*, *52*, 313-324. https://doi.org/10.1023/A:1007136110218

Bowen, S., Chawla, N. & Marlatt, G. A. (2010). *Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A clinician's guide*. Guilford Press.

Bowen, S., Chawla, N. & Witkiewitz, K. (2014b). Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. In R. A. Bear (Ed.) *Mindfulness-based treatment approaches* (S. 141-157). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-416031-6.00007-4

Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M. E. & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Use & Misuse, 44*(11), 295-305. https://doi.org/10.1080/08897070903250084

Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H.A., Harrop, E., Collins, S.E., Lustyk, M.K. & Larimer, M. E. (2014a). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 71*(5), 547-556. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546

Braun, O. L. & Pilger, S. (Hrsg.) (2022). *Mentale Stärke in bewegten Zeiten: Mit Positiver Psychologie zu Gesundheit, Glück und Erfolg*. Edition Windmühle ein Imprint von FELDHAUS VERLAG GmbH & Company KG.

Braun, O. L. & Ziemke, S. (2019). Theorie und Training mit Positiver Psychologie. In O.L. Braun (Hrsg.), *Selbstmanagement und Mentale Stärke im Arbeitsleben. Training und Evaluation* (S. 1-20). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57909-1_1

Braun, O. L. (Hrsg.) (2020). *Positive Psychologie, Kompetenzförderung und Mentale Stärke. Gesundheit, Motivation und Leistung fördern*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59665-4

Braun, O. L. (Hrsg.). (2019). *Selbstmanagement und Mentale Stärke im Arbeitsleben. Training und Evaluation*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57909-1

Braun, O. L., Bradt A.C. & Mihailović, S. (2023). Das Modell des Positiven Selbstmanagements. In O.L.Braun & S. Mihailović (Hrsg.). *Positive Psychologie: Digitale Vermittlung von Handlungskompetenzen und Mentaler Stärke*. (S. 1-22). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65454-5

Braun, O. L., Gail, K. & Greinert, A. (2020). Das Modell des positiven Selbstmanagements und seine bisherige empirische Bestätigung. In O. L. Braun (Hrsg.), *Positive Psychologie, Kompetenzförderung und Mentale Stärke: Gesundheit, Motivation und Leistung fördern*. (S.1-22). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59665-4_1

Braun, O. L., Gouasé, N., Mihailovic, S., Pfleghar, T. & Sauerland, M. (Hrsg.) (2017). *Positive Psychologie und Selbstmanagement: Wege zu mentaler Stärke: Theorie und praktische Vermittlung mithilfe von "CareerGames-spielend trainieren*". Windmühle.

Braun, O.L. & Mihailović, S. (Hrsg.) (2023). *Positive Psychologie: Digitale Vermittlung von Handlungskompetenzen und Mentaler Stärke*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65454-5

Braun, O.L. (2022). Das Modell des Positiven Selbstmanagements. In O.L. Braun & S. Pilger (Hrsg.). *Mentale Stärke in bewegten Zeiten: Mit Positiver Psychologie zu Gesundheit, Glück und Erfolg*. (S. 9-32). Windmühle.

Braun, O.L., Mihailović, S. & Bradt, A. C. (2024). Das Modell des Positiven Selbstmanagements im Überblick. In Sandra Mihailović & Ottmar L. Braun & (Hrsg.) *Mentale Stärke und berufliche Kompetenzen durch E-Learning. Mit Positiver Psychologie zu Gesundheit, Glück und Erfolg*. (S. 15-40) Windmühle

Brower, K. J. & Hall, J. M. (2001). Effects of age and alcoholism on sleep: a controlled study. *Journal of Studies on Alcohol*, *62*(3), 335-343. https://doi.org/10.15288/jsa.2001.62.335

Brower, K. J. (2001). Alcohol's effects on sleep in alcoholics. *Alcohol Research & Health*, *25*(2), 110-125. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2778757/

Brower, K. J., Krentzman, A. & Robinson, E. A. (2011). Persistent insomnia, abstinence, and moderate drinking in alcohol-dependent individuals. *The American Journal on Addictions*, *20*(5), 435-440. https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00152.x

Brückner, E. (2004). Entwöhnungsbehandlung und stationäre Psychotherapie. In M. Krausz & C. Haasen (Hrsg.) *Kompendium Sucht* (S. 62–70). Georg Thieme Verlag.

Bryant, F. B. & Smith, J. L. (2015). Appreciating life in the midst of adversity: Savouring in relation to mindfulness, reappraisal, and meaning. *Psychological Inquiry*, *26*(4), 315-321. https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1075351

Bryant, F. B. & Veroff, J. (2017). *Savoring: A new model of positive experience*. Psychology Press. https://doi.org/10.4324/9781315088426

Bryant, F. B., Chadwick, E. D. & Kluwe, K. (2011). Understanding the processes that regulate positive emotional experience: Unsolved problems and future directions for theory and research on savoring. *International Journal of Wellbeing, 1*(1), 107-126. https://doi.org/10.5502/ijw.v1i1.18

Buchholz, A. (2020). Anwendung des ICF im Versorgungsalltag: Potenziale und Herausforderungen. In C. Rummel & R. Gaßmann (Hrsg.) *Sucht: Bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus der Sozialen Arbeit, Psychologie und Medizin* (S. 36–46). Kohlhammer.

Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Nervenarzt* 72, 20–30. https://doi.org/10.1007/s001150050708

Bühringer, G. & Küfner, H. (1997). Drogen-und Medikamentenabhängigkeit. In *K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.) Psychische Störungen und ihre Behandlungen (Enzyklopädie der Psychologie. Klinische Psychologie 2).* (S. 513-585).

Bühringer, G. & Kunz-Ebrecht, S. R. (2005). Substanzstörungen mit Schwerpunkt Alkohol. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.). *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie.* (S. 421-430). Hogrefe.

Bühringer, G. & Metz, K. (2009). Störungen durch Konsum von Alkohol und illegalen Drogen. In J. Margraf, & S. Schneider (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie.* (S.345-370) Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-79543-8_17

Bühringer, G. (2000). Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. In Margraf, J. (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. (S. 269-298). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-08348-2_15

Bühringer, G., Klein, M., Reimer, J., Reymann, G., Thomasius, R. & Petersen, K. U. (2015). *S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen*. Springer. https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html

Bunaciu, A., Bliuc, A. M., Best, D., Hennessy, E. A., Belanger, M. J. & Benwell, C. S. (2023). Measuring recovery capital for people recovering from alcohol and drug addiction: a systematic review. *Addiction Research & Theory*, *32*(3), 225-236. https://doi.org/10.1080/16066359.2023.2245323

Burnette, J. L., O'boyle, E. H., VanEpps, E. M., Pollack, J. M. & Finkel, E. J. (2013). Mind-sets matter: a meta-analytic review of implicit theories and self-regulation. *Psychological Bulletin*, *139*(3), 655-705. https://doi.org/10.1037/a0029531

Busch, M., Anzenberger, J., Brotherhood, A., Klein, C., Priebe, B., Schmutterer, I. & Schwarz, T. (2023a). *Bericht zur Drogensituation 2023*. Gesundheit Österreich. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr%3A2fef6850-c901-4370-8a6c-f9cd5266229c/Bericht%20zur%20Drogensituation%202023_bf.pdf

Busch, M., Anzenberger, J., Brotherhood, A., Klein, C., Priebe, B., Schmutterer, I. & Schwarz, T. (2022). *Bericht zur Drogensituation 2022*. Gesundheit Österreich. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr%3A0d36fef1-6924-4f41-b435-126d5320082f/Bericht%20zur%20Dogensituation%202022_bf.pdf

Busch, M., Brotherhood, A., Klein, C., Puhm, A., Strizek, J., Schwarz, T. & Uhl, A. (2023b). Sucht: Freiheit im Spannungsfeld ethischer Zielkonflikte. *Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.) Gesundheit für alle: Reflexionen und Zukunftstrends* (S. 101–109). Verlag Österreich. https://doi.org/10.33196/9783704692436-109

Caplan, G., Caplan, R. B. & Erchul, W. P. (1994). Caplanian mental health consultation: Historical background and current status. *Consulting Psychology Journal, 46*(1), 1061–1087. https://doi.org/10.1037/1061-4087.46.4.2

Carr, A. (2022). *Positive psychology: The science of wellbeing and human strength* (3. ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003082866

Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinseallaigh, E. & O'Dowd, A. (2021). Effectiveness of positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, *16*(6), 749-769. https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1818807

Carroll, D., Lange, B., Liehr, P., Raines, S. & Marcus, M. T. (2008). Evaluating mindfulness-based stress reduction: analyzing stories of stress to formulate focus group questions. *Archives of Psychiatric Nursing*, *22*(2), 107-109. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.12.004

Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, *18*(6), 293-299. https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.02.003

Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M. & Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *18*, 1-17. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2

Chakravorty, S., Chaudhary, N. S. & Brower, K. J. (2016). Alcohol dependence and its relationship with insomnia and other sleep disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *40*(11), 2271-2282. https://doi.org/10.1111/acer.13217

Chambers, R. A. (2008). Drunkorexia. *Journal of Dual Diagnosis*, *4*(4), 414-416. http://dx.doi.org/10.1080/15504260802086677

Chiesa, A. & Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance Use & Misuse*, *49*(5), 492-512. https://doi.org/10.3109/10826084.2013.770027

Chirkov, V., Ryan, R. M., Kim, Y. & Kaplan, U. (2003). Differentiating autonomy from individualism and independence: a self-determination theory perspective on internalization of cultural orientations and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(1), 97-110. https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.1.97

Chun, C.A., Moos, R.H., Cronkite, R.C. (2006). Culture: A Fundamental Context for the Stress and Coping Paradigm. In: P.T.P. Wong & L.C.J. Wong (eds) *Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping. International and Cultural Psychology*. https://doi.org/10.1007/0-387-26238-5_2

Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of General Psychiatry*, *44*(6), 573-588. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800180093014

Cohen, B. H. (2014). *Explaining Psychological Statistics* (4th ed.). Wiley.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. L. Erlbaum Associates. https://doi.org/10.4324/9780203771587

Cohn, M. A. & Fredrickson, B. L. (2009). Positive emotions. In C.R. Snyder & S.J Lopez (Eds.) *Oxford Handbook of Positive Psychology* (2nd Ed., pp. 13-24).

Cohn, T. J., Foster, J. H. & Peters, T. J. (2003). Sequential studies of sleep disturbance and quality of life in abstaining alcoholics. *Addiction Biology*, *8*(4), 455-462. https://doi.org/10.1080/1355621031000164643 9

Condiotte, M. M. & Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of consulting and clinical psychology*, *49*(5), 648-658. https://doi.org/10.1037//0022-006x.49.5.648

Cryan, J. F. & Dinan, T. G. (2012). Mind-altering microorganisms: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour. *Nature reviews neuroscience*, *13*(10), 701-712. https://doi.org/10.1038/nrn3346

Csikszentmihalyi, M. (2013). *Flow: The psychology of happiness.* Radom House.

Curyło, M., Rynkiewicz-Andryśkiewicz, M., Andryśkiewicz, P., Mikos, M., Lusina, D., Raczkowski, J. W., Juszczyk, G., Kotwas, A., Sygit, K., Kmieć, K., Cipora, E., Kaczmarski, M., Banaś, T., Strzępek, Ł., Śliwczyński, A., Krakowiak, J., Świtalski, J., Partyka, O. & Czerw, A (2022). The sense of coherence and health behavior of men with alcohol addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(14) 2-9. https://doi.org/10.3390/ijerph19148650

Czikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience* (pp. 75-77). Harper & Row. https://www.researchgate.net/publication/224927532_Flow_The_Psychology_of_Optimal_Experience

Czogalik, D. (1988). Was wirkt in der Psychotherapie?. *Bio-psycho-soziale Grundlagen für die Medizin: Festschrift für Helmut Enke*, 263-286. https://doi.org/10.1007/978-3-642-73459-5_12

Dahl, C. (2019). Warum es sich lohnt, gut für sich zu sorgen. Über den langfristigen Nutzen der Selbstfürsorge – Ergebnisse zweier empirischer Studien. *Präventive Gesundheitsförderung* (14) 69-78. https://doi.org/10.1007/s11553-018-0650-5

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F. & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, *65*(4), 564-570. https://doi.org/10.1097/01.psy.0000077505.67574.e3

de Matos, E. G., Atzendorf, J., Kraus, L. & Piontek, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. *Sucht.* 62 (5) 271-281. https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000445

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-determination in Human Behaviour*. Plenum. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The" what" and" why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, *11*(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, *49*, 182–185. https://doi.org/10.1037/a0012801

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2013). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (Eds.). (2004). *Handbook of Self-determination Research*. University Rochester Press.

Deci, E. L., Ryan, R. M. & Guay, F. (2013). Self-determination theory and actualization of human potential. In D. M. McInerney, H. W. Marsh, R. G. Craven & F. Guay (Eds.) *Theory driving research: New wave perspectives on self-processes and human development* (pp. 109–133). IAP Information Age Publishing. https://psycnet.apa.org/record/2013-21161-005

Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press. https://doi.org/10.1521/978.14625/28806

Delle Fave, A. (2014). Well-being in times of crisis: Interdisciplinary evidence and policy implications. *Journal of Happiness Studies*, *15*, 119-123. https://doi.org/10.1007/s10902-014-9499-2

Delle Fave, A. (2020). Eudaimonic and Hedonic Happiness. In Maggino, F. (eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. (pp.2206-2212) Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69909-7_3778-

Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D. & Wissing, M. P. (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research*, *100*, 185-207. https://doi.org/10.1007/s11205-010-9632-5

Demmel, R. (2001). Motivational interviewing: Ein Literaturüberblick. *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 47*, 171–188. https://doi.org/10.1024/suc.2001.47.3.171

Deppe-Schmitz, U. (2008). *Ressourcenrealisierung und Therapieerfolg von alkoholabhängigen Patienten* (Dissertation, Technische Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig). https://doi.org/10.1024/2009.03.04

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT)
Titel der Leitlinie: “Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen”
https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html

DiClemente, C. C., Fairhurst, S. K. & Piotrowski, N. A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. In J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 109–141). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6868-5_4

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *95*, 542–575. https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist, 55*, 34-43. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Diener, E., Napa-Scollon, C. K., Oishi, S., Dzokoto, V. & Suh, E. M. (2000). Positivity and the construction of life satisfaction judgments: Global happiness is not the sum of its parts. *Journal of Happiness Studies, 1*(2), 159-176. https://doi.org/10.1023/A:1010031813405

Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2009). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.) *Oxford handbook of positive psychology* (2. ed., pp. 187-194). Oxford University Press. https://psycnet.apa.org/record/2009-05143-017

Diener, E., Sandvik, E. & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative effect. In F. Strack, M. Argyle & N. Schwarz (Eds.) *Subjective Well-being* (S. 119-139). Pergamon Press.

Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology, 24*(1), 25-41. https://psycnet.apa.org/record/1997-43193-002

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276-302. https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S. & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, *97*, 143-156. https://ink.library.smu.edu.sg/soss_research/740

Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2012). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F)* (6. Aufl.). Verlag Hans Huber.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2000). *Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (3. Aufl.). Huber.

Dishman, R. K. & O'Connor, P. J. (2009). Lessons in exercise neurobiology: the case of endorphins. *Mental Health and Physical Activity*, *2*(1), 4-9. https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2009.01.002

Dlugosch, G. E. & Krieger, W. (1996). Evaluation der Gesundheitsförderung und Prävention. *Public Health Forum* 4 (4) 9-9. https://doi.org/10.1515/pubhef-1996-1344

Donaldson, S. I. & Grant-Vallone, E. J. (2002). Understanding self-report bias in organizational behavior research. *Journal of Business and Psychology*, *17*, 245-260. https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=26736f3a7ee72f8ebdc1bf1a332e31fbf82cfa97

Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (5. Aufl.). Springer.

Dreeben, S. J., Mamberg, M. H. & Salmon, P. (2013). The MBSR body scan in clinical practice. *Mindfulness*, *4*, 394-401. https://doi.org/10.1007/s12671-013-0212-z

Drucker, P. (2012). *The practice of management*. Routledge.

Duckworth, A., Steen, T. A. & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology.*, *1*(1), 629-651. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154

Dursun, P. (2021). Optimism, hope and subjective well-being: a literature overview. *International Journal of Tourism and Social Research* (6), 61-74. https://www.researchgate.net/publication/353356454_OPTIMISM_HOPE_AND_SUBJECTIVE_WELL-BEING_A_LITERATURE_OVERVIEW_Iyimserlik_Umut_ve_Oznel_Iyi_Olus_Alanyazina_Genel_Bir_Bakis

Dweck, C. S. (2021). *Mindset: Changing the way you think to fulfill your potential*. Deewang aggarwal. *Education*.

Eftekhari, A., Zoellner, L. A. & Vigil, S. A. (2009). Patterns of emotion regulation and psychopathology. *Anxiety, Stress& Coping*, *22*(5), 571-586. https://doi.org/10.1080/10615800802179860

Eisenbach-Stangl, I. (1994). Ein „Alkoholportrait“ Österreichs. In A. Springer, S. Feselmayer, W. Burian, I. Eisenbach-Stangl, S. Lentner & S., R. Marx (Hrsg.) *Suchtkrankheit.* Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-6907-0_2

Ellert, U. & Kurth, B. (2013). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt.* 56, 643–649 https://doi.org/10.1007/s00103-013-1700-y

Emmons, R. A. (2003). Personal goals, life meaning, and virtue: Wellsprings of a positive life. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.) *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 105–128). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10594-005

Emmons, R. A. (2008). Gratitude, subjective well-being, and the brain. *The Science of Subjective Well-being*, 469-489. https://psycnet.apa.org/record/2008-00541-023

Emmons, R. A., McCullough, M. E. & Tsang, J.-A. (2003). The assessment of gratitude. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.) *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 327–341) American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10612-021

Enke, H. & Czogalik, D. (1994). Allgemeine und spezielle Wirkfaktoren in der Psychotherapie. In A. Heigl-Evers, F. Heigl & J. Ott (Hrsg.) *Lehrbuch der Psychotherapie* (2. Aufl., S. 511–522). Gustav Fischer.

Enke, M., Wallenwein, E. & Weber, T. (2022). Entwöhnungsbehandlung (Sucht-Rehabilitation) der Alkoholabhängigkeit. *Suchttherapie* 205-220. https://doi.org/10.1055/a-1505-7794

Enste, D. & Ewers, M. (2014). Lebenszufriedenheit in Deutschland: Entwicklung und Einflussfaktoren. *IW-Trends-Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung*, *41*(2), 43-58. https://doi.org/10.2373/1864-810X.14-02-04

Faden, V. B. & Goldman, M. (2004). Alcohol and development in youth-a multidisciplinary overview. Introduction. *Alcohol Research & Health: the Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, *28*(3), 107-108. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6601664/

Fava, G. A. & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality, 77*(6), 1903–1934. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x

Fava, G. A. (1999). Well-Being Therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics, 68*, 171-179. https://doi.org/10.1159/000012329

Fava, G. A. (2016a). Well-Being-Therapy: Current indications and emerging perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *85*, 136–145. https://doi.org/10.1159/000444114

Fava, G. A. (2016b). *Well-Being-Therapy. Treatment Manual and Clinical Application*. Karger.

Fava, G. A., Ruini, C. & Linden, M. (2005). Well-being therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics, 147*(37), 26-30. https://doi.org/ 10.1159/000082023.

Fava, G., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S. & Grandi, S. (1998). Well-Being-Therapy: A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine, 28*, 475-480. https://doi.org/10.1017/s0033291797006363

Fava, G.A. & Linden, M. (2011). Wohlbefindens-Therapie (Well-Being Therapy). In Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.) *Verhaltenstherapiemanua*l. (7.Aufl., S.477-483) Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-16197-1_89

Fave, A. D. (2016). Subjective indicators of well-being: Conceptual background and applications in social sciences. In L. Bruni & P. L. Porta (Eds.) *Handbook of research methods and applications in happiness and quality of life* (pp. 71–89). Edward Elgar Publishing. https://doi.org/10.4337/9781783471171.00010

Fengler, J. (2000). Co-Abhängigkeit. In F. Stimmer (Hrsg.) *Suchtlexikon* (S. 90–96). Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Feselmayer, S. & Beiglböck, W. (1991). Von der Suchtpersönlichkeit zum Suchtsystem–neue Erkenntnisse. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, *14*(3), 4. https://www.researchgate.net/publication/266876857_Von_der_Suchtpersonlichkeit_zum_Suchtsystem_-Neue_Erkenntnisse

Feselmayer, S. & Beiglböck, W. (2001). Motivationsarbeit und therapeutische Grundhaltungen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, *24*(2). https://www.researchgate.net/profile/Wolfgang-Beiglboeck/publication/274379470_Motivationsarbeit_und_therapeutische_Grundhaltungen/links/5572ba2a08ae7536374e0bf4/Motivationsarbeit-und-therapeutische-Grundhaltungen.pdf

Feselmayer, S. & Beiglböck, W. (2013). Personenzentrierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen. *Rausch: Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, *2*(4), 270-276. https://www.researchgate.net/publication/267019204_Personenzentrierte_Psychotherapie_bei_Suchterkrankungen

Feselmayer, S. & Beiglböck, W., Marx, R., Hauk, E., Zach, E. C., Fischer, C. & Waigmann, S. (1994). Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie in Behandlung und Prophylaxe von Suchtkrankheiten In A. Springer, S. Feselmayer, W. Burian, I. Eisenbach-Stangl, S. & Lentner, S. R. Marx (Hrsg.) *Suchtkrankheit*. (S.153-176). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-6907-0_11

Feselmayer, S., Beiglböck, W. & Musalek, M. (2012). Alkohol am Arbeitsplatz–betriebliche Suchtprävention. *Personalmanager-Zeitschrift für Human Resources*, (1), 24-26. https://www.researchgate.net/publication/274380669_Alkohol_am_Arbeitsplatz_-_betriebliche_Suchtpravention

Feselmayer, S., Beiglböck, W. (2004). Der Stellenwert der Psychologie in der Suchtbehandlung. In G. Mehta (Hrsg.) *Die Praxis der Psychologie*. Springer (S. 373-380). https://doi.org/10.1007/978-3-7091-0571-9_32

Feuerlein, W. (2000). Alkohol. In F. Stimmer (Hrsg.). *Suchtlexikon*. Wissenschaftsverlag.

Feuerlein, W. (2005). Individuelle, soziale und epidemiologische Aspekte des Alkoholismus. In M. V. Singer & S. Teyssen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten* (S. 42–55). Springer. https://doi.org/10.1007/3-540-26446-9_6

Feuerlein, W., Küfner, H. & Soyka, M. (1998). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit* (5. Aufl.). Georg Thieme Verlag.

Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). Los Angeles, CA: Sage

Fox, E. (2008). *Emotion science cognitive and neuroscientific approaches to understanding human emotions.* Palgrave Macmillan. https://www.researchgate.net/publication/233893905_Emotion_Science_Cognitive_and_Neuroscientific_Approaches_to_Understanding_Human_Emotions

Fox, K. R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, *2*(3a), 411-418. https://doi.org/10.1017/s1368980099000567

Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. Simon and Schuster.

Frankl, V. E. (2006). Man’s search for meaning (I. Lasch, Trans.). *Beacon*.

Franzke, C. (2005). Alkohole und alkoholische Getränke: Herstellung, Eigenschaften und Zusammensetzung. In M. V. Singer & S. Teyssen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten* (2. Aufl., S. 55–89). Springer.

Frayne, C. A. & Geringer, J. M. (2000). Self-management training for improving job performance: A field experiment involving salespeople. *Journal of Applied Psychology*, *85*(3), 361-372. https://doi.org/10.1037/0021-9010.85.3.361

Fredrickson, B. (2010). *Positivity: Groundbreaking research to release your inner optimist and thrive*. Simon and Schuster.

Fredrickson, B. L. & Joiner, T. (2018). Reflections on positive emotions and upward spirals. *Perspectives on Psychological Science*, *13*(2), 194-199. https://doi.org/10.1177/1745691617692106

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, *56*(3), 218-226. https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.218

Fredrickson, B. L. (2004). The broaden–and–build theory of positive emotions. *Philosophical transactions of the royal society of London. Series B: Biological Sciences*, *359*(1449), 1367-1377. https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1512

Fredrickson, B. L. (2013). Positive emotions broaden and build. In P. Devine & A. Plant (Eds.) *Advances in experimental social psychology* (pp.1-53). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407236-7.00001-2

Fredrickson, B. L., & Kurtz, L. E. (2011). Cultivating positive emotions to enhance human flourishing. In S. I. Donaldson, M. Csikszentmihalyi, & J. Nakamura (Eds.) *Applied positive psychology: Improving everyday life, health, schools, work, and society* (pp. 35–47). Routledge/Taylor & Francis Group https://psycnet.apa.org/record/2011-09022-003

Friedemann, S. F. (2022). Delikte unter Alkoholeinfluss. In C. Rummel, P. Raiser, C. Kreider, J. Kepp; & B. Lehner. *DHS-Jahrbuch Sucht. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Pabst.* https://www.researchgate.net/publication/380123934_Delikte_unter_Alkoholeinfluss

Friese, M., Frankenbach, J., Job, V. & Loschelder, D. D. (2017). Does self-control training improve self-control? A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, *12*(6), 1077–1099. https://doi.org/10.1177/1745691617697076

Frisch, M. B. (2006). *Quality of Life Therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy.* John Wiley & Sons Ltd. https://psycnet.apa.org/record/2005-15399-000

Froh, J. J. (2004). The history of positive psychology: Truth be told. *NYS Psychologist, 16*(3), 18-20. https://psycnet.apa.org/record/2004-14661-005

Fuchs, T. (1998). *Entwicklung und Validierung eines katamnestischen Fragebogens* (Dissertation, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn).

Fuchs, R. Bolliger, H.; Abel, T. (2012). *Gesundheitsverhalten und Lebensstile.* In: M. Egger & O. Razum (Hrsg.) Public Health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt (pp. 132-142). De Gruyter. https://doi.org/10.1515/9783110255416.132

Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU). Manual. Hogrefe.

Gable, S. L. & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology, 9*(2), 103-110. https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103

Gallagher, M. W. & Lopez, S. J. (Eds.). (2017). *The Oxford handbook of hope*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199399314.001.0001

Gallagher, M.W. (2017). Defining Hope. Introduction to the science of Hope. In M.W.Gallagher & S. J. Lopez (Eds.) *The Oxford handbook of hope*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199399314.001.0001

Garber, C. E., Blissmer, B., Deschenes, M. R., Franklin, B. A., Lamonte, M. J., Lee, I. M., Nieman, D. & Swain, D. P. (2011). Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *43*(7), 1334-1359 https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318213fefb

Garfield, S. L. (1982). *Psychotherapie: Ein eklektischer Ansatz*. Beltz.

Garland, E. L., Farb, N. A., R. Goldin, P. & Fredrickson, B. L. (2015). Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. *Psychological Inquiry*, *26*(4), 293-314. https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1064294

Garwin, A. W., Koltyn, K. F. & Morgan, W. P. (1997). Influence of acute physical activity and relaxation on state anxiety and blood lactate in untrained college males. *International Journal of Sports Medicine*, *28*(06), 470-476. https://doi.org/10.1055/s-2007-972666

Gassmann, R & Müller. R (2018). Kritische Situationen meistern. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen EV.

Gassmann, R., Kaldewei, D., Lindemann, F. & Merfert-Diete, C. (2011). Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen EV: Jahrbuch Sucht 2010.

Gebhardt, U. & Gebhardt, U. (2019). *Fasten light*. *Gesundheit zwischen Fasten und Fülle: Warum Nahrungsverzicht Gehirn, Geist und Körper jung hält*. Springer.

Gemeinhardt, B. & Farnbacher, G. (2004). Sucht und Familie. In M. Krausz & C. Haasen (Hrsg.), *Kompendium Sucht* (S. 71–82). Georg Thieme Verlag.

Georgiadis, A., Weiß, V. & Braun, O.L. (2023). Positive Psychologie und Vitalität. In O. L. Braun & S. Mihailović (Hrsg.). *Positive Psychologie: Digitale Vermittlung von Handlungskompetenzen und Mentaler Stärke – Gesundheit, Motivation und Leistung fördern*. (S. 77-112). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65454-5_5

Gille, S., Berens, E.-M., Vogt, D. & Schaeffer, D. (2018). Der Einfluss von Selbstwirksamkeit auf den Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und subjektiver Gesundheit. In *Prävention in Lebenswelten – 54. Jahrestagung der DGSMP. Das Gesundheitswesen* 80 (08/09). Georg Thieme Verlag KG. https://doi.org/10.1055/s-0038-1667690

Girden, E. R. (1992). *ANOVA: Repeated measures. Sage university papers. Quantitative applications in the social sciences. (07-084)*. Sage Publications. https://psycnet.apa.org/record/1992-97020-000

Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E. & Roth, M. (2011). The German version of the satisfaction with life scale (SWLS). *European Journal of Psychological Assessment*. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000058

Glaesmer, H., Hoyer, J., Klotsche, J. & Herzberg, P. Y. (2008). Die deutsche Version des Life-Orientation-Tests (LOT-R) zum dispositionellen Optimismus und Pessimismus. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *16*(1), 26-31.

Glass, G. V., Peckham, P. D. & Sanders, J. R. (1972). Consequences of Failure to Meet Assumptions Underlying the Fixed Effects Analyses of Variance and Covariance. *Review of Educational Research*, 42(3), 237–288. https://doi.org/10.3102/00346543042003237

Godat, L. M. & Brigham, T. A. (1999). The effect of a self-management training program on employees of a mid-sized organization. *Journal of Organizational Behavior Management*, *19*(1), 65-83. https://doi.org/10.1300/J075v19n01_06

Goldbeck, R., Myatt, P. & Aitchison, T. (1997). End-of-treatment self-efficacy: a predictor of abstinence. *Addiction*, *92*(3), 313-324. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1997.tb03201.x

Gong, X. H., Wang, J. W., Li, J., Chen, X. F., Sun, L., Yuan, Z. P. & Yu, J. M. (2017). Physical exercise, vegetable and fruit intake and health-related quality of life in chinese breast cancer survivors: a cross-sectional study. *Quality of Life Research*, *26*, 1541-1550. https://doi.org/10.1007/s11136-017-1496-6

Gottman, J. (2018). *The seven principles for making marriage work*. Hachette UK.

Gottman, J. M. (2014). *Die 7 Geheimnisse der glücklichen Ehe*. Ullstein eBooks.

Gottschalk-Windelen, P. (1992). *Erfolg und Wirkfaktoren in der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung*. Schäuble.

Gouasé, N. (2021). *Positives Selbstmanagement für Lehrkräfte: Multimethodale Evaluation einer Maßnahme zur Gesundheitsförderung*. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Graf, A. & Olbert-Bock, S. (2019). Selbstmanagement als Kernkompetenz. *Fehlzeiten-Report 2019: Digitalisierung-gesundes Arbeiten ermöglichen*, 285-306. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59044-7_19

Graf, A. (2012). *Selbstmanagement-Kompetenz in Unternehmen nachhaltig sichern: Leistung, Wohlbefinden und Balance als Herausforderung*. Springer-Verlag.

Graham, K., Annis, H. M., Brett, P. J. & Venesoen, P. (1996). A controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention. *Addiction, 91*, 1127–1139. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1996.91811275.x

Granfield R, Cloud W. (1999). *Coming clean: overcoming addiction without treatment.* New York Press. https://psycnet.apa.org/record/1999-04382-000

Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung – ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut, 44*, 63–73. https://doi.org/10.1007/s002780050149

Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau, 3*, 132–162. https://psycnet.apa.org/record/1992-88855-001

Grawe, K. (1995a). Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, *40*(3), 130-145.

Grawe, K. (1995b). Welchen Sinn hat Psychotherapieforschung? *Psychotherapeut, 40*, 96–106.

Grawe, K. (1996). Umrisse einer zukünftigen Psychotherapie. In H. Bents, R. Frank& E. R. Rey (Hrsg.) *Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie* (S. 38–58). Roderer.

Grawe, K. (1997). Research informed psychotherapy. *Psychotherapy Research, 7*(1), 1–19. https://doi.org/10.1080/10503309712331331843

Grawe, K. (1999). Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 31*(2), 185–199.

Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (2. Aufl.). Hogrefe.

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Hogrefe.

Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. & Donati, R. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe.

Grawe, K., Regli, D. & Heim, P. (1999b). Wirkfaktorenanalyse – ein Spektroskop für Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 31*, 201–226.

Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R., Tymeson & Farioli, A. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global burden of disease study 2016. *The Lancet*, *392*(10152), 1015-1035. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2

Gross, J. J. (Ed.). (2014). *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.). The Guilford Press.

Groß, L. J., Stemmler, M. & De Zwaan, M. (2012). Ressourcenaktivierung in der klinischen Psychologie und Psychotherapie: Überblick über theoretische Hintergründe und aktuelle Forschungsansätze. *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie*, *80*(08), 431-440. https://doi.org/10.1055/s-0031-1281810

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(1), 35-43. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7

Günthner, A., Weissinger, V., Fleischmann, H., Veltrup, C., Jäpel, B., Längle, G. & Mann, K. (2018). Versorgungsorganisation–Die neue S3-Leitlinie Alkohol und ihre Bedeutung für die Versorgungspraxis. *Die Rehabilitation*, *57*(05), 314-320. https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html

Gut, V., Föhn, Z. & Laubereau, B. (2022). Mehrwert der Selbstmanagement-Förderung, Interface Politikstudien Forschung Beratung. Studie erstellt im Auftrag des BAG. https://www.researchgate.net/publication/370419664_Mehrwert_der_Selbstmanagement-Forderung

Habermann-Horstmeier L. & Lippke, S. (2021). Grundlagen, Strategien und Ansätze der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. In M. Tiemann. & M. Mohokum, (Hrsg.) *Prävention und Gesundheitsförderung*. Springer (S.1-17) https://doi.org/10.1007/978-3-662-55793-8_6-1

Haller, V. (2011). *Alkoholabhängigkeit-Wirkfaktoren stationärer Therapie und ambulanter Nachsorge. Eine katamnestische Studie* (Doctoral dissertation, Universität zu Köln). https://kups.ub.uni-koeln.de/4515/

Hallum, L. E. (2008). *Prosthetic vision: Visual modelling, information theory and neural correlates* (Doctoral dissertation, UNSW Sydney).

Hanson, R. & Mendius, R. (2011). The Practical Neuroscience of Happiness, Love and Wisdom. *Annals of Neurosciences*, *18*(1). https://www.researchgate.net/publication/271238964_The_Practical_Neuroscience_of_Happiness_Love_and_Wisdom

Hanson, R. & Mendius, R. (2017). *Das Gehirn eines Buddha: die angewandte Neurowissenschaft von Glück, Liebe und Weisheit*. Arbor Verlag.

Hartwell, E. E., Bujarski, S., Glasner-Edwards, S. & Ray, L. A. (2015). The association of alcohol severity and sleep quality in problem drinkers. *Alcohol and Alcoholism*, *50*(5), 536-541. https://doi.org/10.1093/alcalc/agv046

Harvard Medical School. (2009). Sleep and mental health. *Harvard Health Publishing*

Harvey, P., Madison, K., Martinko, M., Crook, T. R. & Crook, T. A. (2014). Attribution theory in the organizational sciences: The road traveled and the path ahead. *Academy of Management Perspectives*, *28*(2), 128-146. https://doi.org/10.5465/amp.2012.0175

Harwell, M. R., Rubinstein, E. N., Hayes, W. S. & Olds, C. C. (1992). Summarizing Monte Carlo Results in Methodological Research: The One- and Two-Factor Fixed Effects ANOVA Cases. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 17(4), 315–339. https://doi.org/10.2307/1165127

Hasler, G. (2020). *Die Darm-Hirn-Connection (Wissen & Leben): Revolutionäres Wissen für unsere psychische und körperliche Gesundheit*. Klett-Cotta.

Haslinger, S. & Beiglböck, W. (2001). Phasen der Veränderungsbereitschaft und Veränderungsprozesse bei Alkoholabhängigen in Therapie. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, *24*(2).https://www.researchgate.net/publication/273639094_Phasen_der_Veranderungsbereitschaft_und_Veranderungsprozesse_bei_Alkoholabhangigen_in_Therapie

Hau, R., Martini, U. & Dralle, A. (Hrsg.). (2012). *PONS Wörterbuch für Schule und Studium Latein-Deutsch*. PONS

Hayes, S. C. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press. https://www.researchgate.net/publication/314086393_Acceptance_and_Commitment_Therapy_The_Process_and_Practice_of_Mindful_Change

Heckhausen, H. (1987). Perspektiven einer Psychologie des Wollens. In H. Heckhausen, P.M. Gollwitzer, & F.E. Weinert (Hrsg.) *Jenseits des Rubikon*.(S. 121-142) Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-71763-5_9

Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2006). Motivation und Handeln: Einführung und Überblick. In J. Heckhausen & H. Heckhausen. *Motivation und Handeln*, (S. 1-9.) Springer.

Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2018). Entwicklung der Motivation. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Eds.). *Motivation und Handeln*. (S.493-540). Springer.

Hefferon, K. & Boniwell, I. (2011). *Positive psychology: Theory, research and applications.* Open University Press.

Hefferon, K. (2013). *Positive psychology and the body: The somatopsychic side to flourishing.* Open University Press.

Helfferich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 669–686). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_44

Helmin, L., Jakat, M., Braun, O.L. (2020). Positive Psychologie und Resilienztechniken. In O.L. Braun (Hrsg.) *Positive Psychologie, Kompetenzförderung und Mentale Stärke.* (S.65-83). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59665-4_4

Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H. & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *6*, 1-17. https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17

Hendriks, H. F. (2005). Alkoholstoffwechsel. M.V. Singer & Teyssen, S. (Hrsg.). *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten.* Springer. https://doi.org/10.1007/3-540-26446-9_8

Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., De Jong, J. & Bohlmeijer, E. (2020). The efficacy of multi-component positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of happiness studies*, *21*(1), 357-390. https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1

Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., Graafsma, T., Bohlmeijer, E. & de Jong, J. (2019). How WEIRD are positive psychology interventions? A bibliometric analysis of randomized controlled trials on the science of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, *14*(4), 489-501. https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/17439760.2018.1484941

Henkel, D. & Zemlin, U. (2008). *Arbeitslosigkeit und Sucht: Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (Bd. 21). Fachhochschulverlag.

Henkel, D. (1998). Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit: Nationale und internationale Forschungsergebnisse. In D. Henkel (Hrsg.), *Sucht und Armut* (S. 1–24). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-322-95828-0

Hennessy, E. A. (2017). Recovery capital: A systematic review of the literature. *Addiction Research & Theory, 25*(5), 349–360. https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1297990

Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2020). *Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater*. Beltz Verlag.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(2), 169-183. https://doi.org/10.1037/a0018555

Hohmann, C. & Schwarzer, K. R. (2009). Selbstwirksamkeitserwartung. Hogrefe Verlag.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*, *7*(7), https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316

Holz, E. & Michael, T. (2013). Sport und Bewegung bei Depression. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, *14*(03), 61-63. https://doi.org/10.1055/s-0033-1353821

Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T. & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *191*(1), 36-43. https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2010.08.006

Howell, R. T., Kern, M. L. & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, *1*(1), 83-136. https://doi.org/10.1080/17437190701492486

Hsu, J. C. (1996). *Multiple comparisons: Theory and methods*. Chapman & Hall. https://psycnet.apa.org/record/2006-03244-003

Huber, M. (2019). *Resilienz im Team: Ideen und Anwendungskonzepte für Teamentwicklung*. Springer-Verlag.

Huber, M., Jung, H. P. & van den Brekel-Dijkstra, K. (2024). Die Entwicklung eines neuen Gesundheitsbegriffs. In M. Huber, H. P. Jung & K. van den Brekel-Dijkstra (Hrsg.), *Handbuch Positive Gesundheit in der Hausarztpraxis* (S. 29-49). Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-67303-4

Huber. (1981). *Robust Statistics*. John Wiley. https://doi.org/10.1002/0471725250

Huppert, F. A. & So, T. C. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research, 110*(3), 837-861. https://doi.org/10.1007/s11205-011-9966-7

Huppert, F. A. & Whittington, J. E. (2005). Positive mental health in individuals and populations. In F. A. Huppert, N. Baylis & B. Keverne (Eds.) *The science of well-being* (S. 307-340). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198567523.003.0012

Huta, V. & Ryan, R. M. (2010). Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies*, *11*, 735-762. https://doi.org/10.1007/s10902-009-9171-4

Huta, V. & Waterman, A. S. (2014). Eudaimonia and its distinction from hedonia: Developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definition. *Journal of Happiness Studies, 15*(6), 1425-1456. https://doi.org/10.1007/s10902-013-9485-0

Igo, R. P. (2010). Influential Data Points. In N. J. Salkind (Ed.), *Encyclopedia of Research Design* (Vol. 2, pp. 600–602). Sage.

Jacka, F. N. (2017). Nutritional psychiatry: where to next?. *EBioMedicine*, *17*, 24-29. https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2017.02.020

Jäckel, W. H., Müller-Fahrnow, W. & Schliehe, F. (2002). Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation-Positionspapier der deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. *Die Rehabilitation*, *41*(04), 279-285 https://doi.org/10.1055/s-2002-33270

Jacobi, F. (2011). Entwicklung und Beurteilung therapeutischer Interventionen. In H.U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.) *Klinische Psychologie & Psychotherapie.* (S. 609-640) Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-13018-2_30

Jakat, M., Morawietz, H. & Braun, O.L. (2020). Positive Psychologie und Vitalität. In O.L. Braun (Hrsg.) *Positive Psychologie, Kompetenzförderung und Mentale Stärke.* Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59665-4_5

Jamieson, S. D. & Tuckey, M. R. (2017). Mindfulness interventions in the workplace: A critique of the current state of the literature. *Journal of Occupational Health Psychology*, *22*(2), 180-193. https://doi.org/10.1037/ocp0000048

Janke, S. & Glöckner-Rist, A. (2014). Deutsche Version der satisfaction with life scale (SWLS). In *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen*. Mannheim: GESIS

Jellinek, E. M. (1946). Phases in drinking history of alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 7*, 1–88 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20989144/

Jellinek, E. M. (1952). Phases of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 13*(4), 673–684. https://doi.org/10.15288/qjsa.1952.13.673

Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben*. Hogrefe.

Jeynes, K. D. & Gibson, E. L. (2017). The importance of nutrition in aiding recovery from substance use disorders: A review. *Drug and Alcohol Dependence*, *179*, 229-239. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.07.006

Johnson, J. & Wood, A. M. (2017). Integrating positive and clinical psychology: Viewing human functioning as continua from positive to negative can benefit clinical assessment, interventions and understandings of resilience. *Cognitive Therapy and Research*, *41*, 335-349. https://doi.org/10.1007/s10608-015-9728-y

Jones-Smith, E. (2013). *Strengths-based therapy: Connecting theory, practice and skills*. Sage Publications.

Jongkees, B. J., Hommel, B., Kühn, S. & Colzato, L. S. (2015). Effect of tyrosine supplementation on clinical and healthy populations under stress or cognitive demands—A review. *Journal of Psychiatric Research*, *70*, 50-57. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.08.014

Jørgensen, I. & Nafstad, H. E. (2004). Positive psychology: Historical, philosophical, and epistemological perspectives. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.) *Positive psychology in practice* (S. 15-34). John Wiley & Sons https://doi.org/10.1002/9780470939338.ch2

Joseph, S. & Linley, P. A. (2011). *Positive Therapie: Grundlagen und psychologische Praxis*. Klett-Cotta.

Joseph, S. & Wood, A. (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology: Theoretical and practical issues. *Clinical Psychology Review*, *30*(7), 830-838. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.002

Judge, T. A., Jackson, C. L., Shaw, J. C., Scott, B. A. & Rich, B. L. (2007). Self-efficacy and work-related performance: the integral role of individual differences. *Journal of Applied Psychology*, *92*(1), 107–127. https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.1.107

Junghanns, K. (2009). Die Wirkung von Alkohol auf Schlaf und Gedächtnis. *PTT-Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, *13*(3), 193-201. https://psycnet.apa.org/record/2009-20007-004

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*(1), 33–47. https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3

Kabat-Zinn, J. (2003a). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144–156. https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016

Kabat-Zinn, J. (2003b). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences, 8*(2), 73–107. https://psycnet.apa.org/record/2004-19791-008

Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, *6*(6), 1481-1483. https://doi.org/10.1007/s12671-015-0456-x

Kabat-Zinn, J. (2018). *The healing power of mindfulness: A new way of being*. Hachette.

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, *8*, 163-190. https://doi.org/10.1007/BF00845519

Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, T. G., Hosmer, D. & Bernhard, J. D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing photo therapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, *60*(5), 625-632. https://doi.org/10.1097/00006842-199809000-00020

Kaiser, R. (2014). *Qualitative Experteninterviews: Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-02479-6

Kanfer F.H., Reineker H. & Schmelzer, O. (2000). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis.* (3. Aufl.) Springer.

Kanfer, F. H. & Karoly, P. (1972). Self-control: A behavioristic excursion into the lion's den. *Behavior Therapy*, *3*(3), 398-416. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(72)80140-0

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5. Aufl.). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-19366-8

Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2012a). Einführung in die Thematik. In F.H. Kanfer, H. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.) *Selbstmanagement-Therapie*. (5.Aufl. S. 3-17) Springer https://doi.org/10.1007/978-3-642-19366-8_1

Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2012b). Grundlagen der Selbstmanagement-Therapie. In *Selbstmanagement-Therapie.* (5. Aufl. S. 19-84) Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-19366-8_2

Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2012c). Einleitender Überblick. In F.H. Kanfer, H. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.) *Selbstmanagement-Therapie*. Springer. (5. Aufl. S. 151 - 154) https://doi.org/10.1007/978-3-642-19366-8_6

Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R. & King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology, 3*(4), 219-233. https://doi.org/10.1080/17439760802303044

Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior*, *94*(1), 121-135. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.11.037

Kazdin, A. E. (2019). Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, *117*, 3-17. https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.015

Kehr, H. M. & Rawolle, M. (2009). Kopf, Bauch und Hand–wie Motivation Veränderungsprozesse unterstützt. *Wirtschaftspsychologie aktuell*, *2*, 23-26. https://www.kehrmc.de/fileadmin/Dateien/Download/pdfs/Motivation%20Veraenderungsprozesse.pdf

Kehr, H. M. & Rawolle, M. (2012). „Führung durch Motivation "– Einführung eines mehrstufigen Trainingsprogramms für Führungskräfte in einem Versicherungskonzern. *Change Management Praxisfälle: Veränderungsschwerpunkte Organisation, Team, Individuum*, 293-306. https://www.kehrmc.de/fileadmin/Dateien/Download/pdfs/Fuehrung%20durch%20Motivation%20_%20Fuehrungstraining.pdf

Kehr, H. M. & von Rosenstiel, L. (1997). Motivational and volitional processes mediating the transfer of management training-A longitudinal field study. In *Feelings work in Europe: 8th European Congress on Work and Organizational Psychology* (pp. 32-33).

Kehr, H. M. (2002). Souveränes Selbstmanagement. Ein wirksames Konzept zur Förderung von Motivation und Willensstärke. Hogrefe.

Kehr, H. M. (2004). *Motivation und Volition: Funktionsanalysen, Feldstudien mit Führungskräften und Entwicklung eines Selbstmanagement-Trainings (SMT)*. Hogrefe.

Kehr, H. M. (2014a). Das 3K-Modell der Motivation. In J. Felfe (Hrsg.) *Trends der psychologischen Führungsforschung: Neue Konzepte, Methoden und Erkenntnisse*, (S. 103-116). Hogrefe.

Kehr, H. M. (2014b). Das 3K-Modell der Motivation im Lichte der Forschung. *Aktuelle Entwicklungen in der Führungsforschung*, 1.

Kehr, H.M. & Strasser, M. (2013). Motivierende Mitarbeiterführung - Gezielt motivieren mit dem 3K-Modell. In K. Haering & S. Litzke (Hrsg.) *Führungskompetenzen lernen* (pp. 267-287). Schaeffer-Poeschel.

Keng, S. L., Smoski, M. J. & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, *31*(6), 1041-1056. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006

Keyes, C. L. M. & Michalec, B. (2009). Mental health. In S. Lopez (Ed.), *The encyclopedia of positive psychology* (pp. 614-617). Blackwell Publishing. https://doi.org/10.1002/9781444306002

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly,* 121-140. https://doi.org/10.2307/2787065

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior, 43*(2), 207-222. https://doi.org/10.2307/3090197

Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 539-548. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539

Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist, 62*(2), 95-108. https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95

Keyes, C. L. M. (2009). *Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF).* Emory University. https://doi.org/10.1007/s11205-014-0629-3

Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A. & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Clinical Psychology and Psychotherapy, 15(3)*, 181-192. https://doi.org/10.1002/cpp.572

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V. & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *33*(6), 763-771. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005

Kiefer, F. & Batra, A. (2020). Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT). https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-001l_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf

Kiefer, F. & Soyka, M. (2011). Störungen durch Alkohol. In H.J. Möller, G. Laux, H.P. Kapfhammer (Hrsg.) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie.* (S. 1341-1370) Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-03637-8_49

Kiefer, F., Adon, N., Bischof, G., Fricke, E., Hansjürgens, R., Mueller, S. & Preuß, U. (2022a). *Alkoholabhängigkeit: Suchtmedizinische Reihe (Band 1)*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmedizinische_Reihe_1_Alkoholabha%CC%88ngigkeit_BFREI.pdf

Kiefer, F., Hoffmann, S., Arens, J., Beutel, M., Bilke-Hentsch, O., Bischof, G. & Weber, T. (2022b). Behandlung von riskantem, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch. In *S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen* (S. 51-356). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-63677-0

King, L. A. (2001). The Health Benefits of Writing about Life Goals. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*(7), 798-807. https://doi.org/10.1177/0146167201277003

Kirkpatrick, D. & Kirkpatrick, J. (2006). *Evaluating training programs: The four levels*. Berrett-Koehler Publishers.

Kirkpatrick, D. L. & Craig, R. L. (1970). Evaluation of training. *Evaluation of short-term training in rehabilitation*, https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED057208.pdf#page=41

Kirkpatrick, J. D. & Kirkpatrick, W. K. (2016). *Kirkpatrick's four levels of training evaluation*. Association for Talent Development.

Klein, M. (2001). Das personale Umfeld von Suchtkranken. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 201–230). Hogrefe Verlag.

Klein, R. & Schmidt, G. (2017). *Alkoholabhängigkeit*. Carl-Auer Verlag.

Klein, S., König, C. J. & Kleinmann, M. (2003). Sind Selbstmanagement-Trainings effektiv? Zwei Trainingsansätze im Vergleich. *Zeitschrift für Personalpsychologie*. https://doi.org/10.1026/1617-6391.2.4.157

Kleinemeier, E. (2004a). Diagnostik und Klassifikation von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. In M. Krausz & C. Haasen (Hrsg.), *Kompendium Sucht*). (S. 11–22). Georg Thieme Verlag.

Kleinemeier, E. (2004b). Ziele der Suchttherapie. In M. Krausz & C. Haasen (Hrsg.), *Kompendium Sucht* (S. 35–38). Georg Thieme Verlag.

Kleinmann, M. & König, C. J. (2018). *Selbst-und Zeitmanagement*. Hogrefe Verlag.

Klement, H. (2000). Abstinenzbewegungen. In F. Stimmer (Hrsg.), *Suchtlexikon* (S. 1–7). Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Knox, J., Wall, M., Witkiewitz, K, Kranzler, H.R., Falk, D., Litten, R., Mann, K., O'Malley, S.S., Scodes, J., Anton, R., Hasin, D.S.; & Alcohol Clinical Trials (ACTIVE) Workgroup. (2018). Reduction in nonabstinent WHO drinking risk levels and change in risk for liver disease and positive AUDIT-C scores: prospective 3-year follow-up results in the US general population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *42*(11), 2256-2265. https://doi.org/10.1111/acer.13884

Kok ,G., Peters, G. & Kessels L. (2018). Ignoring theory and misinterpreting evidence: the false belief in fear appeals. *Health Psychological Review* 12(2):1–33. https://doi.org/10.1080/17437199.2017.1415767

Kok, B. E. & Fredrickson, B. L. (2010). Upward spirals of the heart: Autonomic flexibility, as indexed by vagal tone, reciprocally and prospectively predicts positive emotions and social connectedness. *Biological Psychology*, *85*(3), 432-436. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2010.09.005

Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M. A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S. B., Brantley, M. & Fredrickson, B. L. (2013). How positive emotions build physical health: Perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science*, *24*(7), 1123-1132. https://doi.org/10.1177/0956797612470827

König, C. J. & Kleinmann, M. (2006). Selbstmanagement, In Schuler, H. (Hrsg.), *Lehrbuch der Personalpsychologie*, (2. Aufl., S.329–348) Springer.

Konturek, P. C. & Zopf, Y. (2016). Gut microbiome and psyche: paradigm shift in the concept of brain-gut axis. *MMW-Fortschritte der Medizin*, *158*, 12-16. https://doi.org/10.1007/s15006-016-8304-z

Koob, G. F. & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, *35*(1), 217-238. https://doi.org/10.1038/npp.2009.110

Körkel, J. & Schindler, C. (1996). Der Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35) Ein Instrument zur Erfassung der abstinenzorientienen Kompetenzzuversicht Alkoholabhängiger. *Sucht*, *42*, 156-166.

Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-09788-5

Körkel, J. (2000). Rückfall. In F. Stimmer (Hrsg.), *Suchtlexikon* (S. 503–511). Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Körkel, J. (2001). Rückfall und Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 519–547). Hogrefe Verlag.

Koydemir, S., Sökmez, A.B. & Schütz, A. (2021). A meta-analysis of the effectiveness of randomized controlled positive psychological interventions on subjective and psychological well-being. *Applied Research Quality Life* 16, 1145–1185. https://doi.org/10.1007/s11482-019-09788-z

Kozelka, J. & Braun, O.L. (2022). Eine Korrelationsstudie zum Modell des Positiven Selbstmanagements. In O.L. Braun & S. Pilger (Hrsg.). *Mentale Stärke in bewegten Zeiten: Mit Positiver Psychologie zu Gesundheit, Glück und Erfolg*. (S.33-52). Windmühle.

Kramer, L., Füri, J. & Stute, P. (2014). Health-related quality of life. *Gynäkologische Endokrinologie*, *12*, 119-123 https://doi.org/10.1007/s10304-014-0631-5

Krampen, G. (1987). *Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie*. Hogrefe.

Krampen, G. (1991). Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK), Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

Krampen, G. (1997). Zur handlungs-, persönlichkeits- und entwicklungstheoretischen Einordnung des Konstrukts Vertrauen. In K. W. Schweer (Hrsg.), *Vertrauen und soziales Handeln. Facetten eines alltäglichen Phänomens*, (S. 16–61). Luchterhand.

Krapp, A. (2005). Das Konzept der grundlegenden psychologischen Bedürfnisse. Ein Erklärungsansatz für die positiven Effekte von Wohlbefinden und intrinsischer Motivation im Lehr-Lerngeschehen. *Zeitschrift für Pädagogik*, *51*(5), 626-641.

Kraus, L., Möckl, J., Manthey, J., Olderback, S., Rovira, P. & Rehm, J. (2023). Schätzung alkohol-attribuierbarer Mortalität und Morbidität: Trends 2006–2021. *Deutscher Suchtkongress*, *1*(1). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Abschlussbericht/Abschlussbericht_SAAM_2023-07-31_fin_bf.pdf

Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Matos, E. G. D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Trends in Deutschland 1980–2012. *Sucht*, *59*(6), 333-345. https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000276

Kraus, L., Piontek, D., Atzendorf, J. & de Matos, E. G. (2016). Zeitliche Entwicklungen im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Sucht. (62) 5, 283–294*. https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000446

Krausz, M. & Haasen, C. (2004). *Kompendium Sucht*. Georg Thieme Verlag. https://doi.org/10.1055/b-002-19489

Krausz, M. (2004). Modelle und Alltag. In M. Krausz & C. Haasen (Hrsg.), *Kompendium Sucht*. (S. 1-10) Georg Thieme Verlag. https://doi.org/10.1055/b-002-19489

Krentzman, A. R. & Barker, S. L. (2016). Counselors' perspectives of positive psychology for the treatment of addiction: A mixed methods pilot study. *Alcoholism Treatment quarterly*, *34*(4), 370-385. https://doi.org/10.1080/07347324.2016.1217705

Krentzman, A. R. (2013). Review of the application of positive psychology to substance use, addiction, and recovery research. *Psychology of Addictive Behaviors*, *27*(1), 151–165. https://doi.org/10.1037/a0029897

Krentzman, A. R. (2015). Yin and yang of positive psychology and addiction. *The Addictions Newsletter*, (Fall), 5–8. https://doi.org/10.31235/osf.io/e5tys

Krentzman, A.R., Goodenough, K.E., Banerjee, R. & Daughters, S.B. (2018). Gratitude and positive activity planning to support recovery from alcohol and substance use disorders. *Research Society on Alcoholism annual meeting. Abstract published in Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 42(S1). https://hdl.handle.net/11299/219540

Krentzman, A.R.; Tillman, N., Staab, L. & Banerjee, R. (2019). Experiences of recovery from alcohol and substance use disorders and access to recovery-oriented systems of care in rural and small-town Minnesota. Retrieved from the university digital conservancy. https://hdl.handle.net/11299/219257

Krentzman, A. R. (2020). How a gratitude and positive activity journal supports recovery from alcohol and other substance use disorders: a framework derived from grounded theory. Retrieved from the University Digital Conservancy. https://hdl.handle.net/11299/212260

Krentzman, A. R.**,** Hoeppner, B. B., Hoeppner, S. S., & Barnett, N. P. Development, feasibility, acceptability, and impact of a positive psychology journaling intervention to support addiction recovery. (2022 online) *The Journal of Positive Psychology.* https://doi.org/10.1080/17439760.2022.2070531

Krentzman, A. R., Hoeppner, B. B., Hoeppner, S. S. & Barnett, N. P. (2023). Development, feasibility, acceptability, and impact of a positive psychology journaling intervention to support addiction recovery. *The Journal of Positive Psychology*, *18*(4), 573–591. https://doi.org/10.1080/17439760.2022.2070531

Krentzman, A.R.; Zemore, S. E.; Bowen, E. A. (2024). Happiness with recovery from alcohol and substance use disorders predits abstinence and treatment retention. Retrieved from the University Digital Conservancy. https://hdl.handle.net/11299/265289

Küchenhoff, J. (1999). Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge–die seelischen Voraussetzungen. In J. Küchenhoff (Hrsg.) *Selbstzerstörung und Selbstfürsorge*. (S.147-164). Psychosozial-Verlag.

Küfner, H. (2019). Psychologische Grundlagen der Sucht. In M. Soyka, A. Batra, A. Heinz, F. Moggi & M. Walter. *Suchtmedizin. Mit Zugang zur Medizinwelt*. (S. 35-67) Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-3-437-23021-9.00004-7

Kuhl, J. (2009). *Lehrbuch der Persönlichkeitspsychologie: Motivation, Emotion und Selbststeuerung*. Hogrefe Verlag.

Kuhl, J. (2013). *Motivation, Konflikt und- Handlungskontrolle*. Springer.

Kuhl, J. (2018). Individuelle Unterschiede in der Selbststeuerung. In J.Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.) *Motivation und Handeln* (S.389-422). https://doi.org/10.1007/978-3-662-53927-9_13

Kunzler, A. M., Chmitorz, A., Bagusat, C., Kaluza, A. J., Hoffmann, I., Schäfer, M., Quiring, O., Rigotti, T., Kalisch, R., Tüscher, O., Franke, A.G., vanDick, R. & Lieb, K. (2018). Construct validity and population-based norms of the German Brief Resilience Scale (BRS). *European Journal of Health Psychology*. https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000016

Kwon, J., Yoshida, Y., Yoshida, H., Kim, H., Suzuki, T. & Lee, Y. (2015). Effects of a combined physical training and nutrition intervention on physical performance and health-related quality of life in prefrail older women living in the community: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, *16*(3), 263e1 – 263e8. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.12.005

Lachmann, A. (2004). Gesundheitssystemforschung und Suchthilfe. In M. Krausz & C. Haasen (Hrsg.), *Kompendium Sucht* (S. 143–148). Georg Thieme Verlag. https://doi.org/10.1055/b-002-19489

Lai, J. S., Hiles, S., Bisquera, A., Hure, A. J., McEvoy, M. & Attia, J. (2014). A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in community-dwelling adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *99*(1), 181–197. https://doi.org/10.3945/ajcn.113.069880

Laireiter, A. R., & Furchtlehner, L. M. (2018). 12 Positive Psychotherapie–Konzept und Evaluation. In M, Brohm-Brady, C. Pfeifer, J. M. Greve & B. Berend (Hrsg.)*Wie Menschen wachsen* (S.158-180). Pabst.

Lamprecht, M. & Stamm, H. (2000). Sport Schweiz 2000. *Sportaktivität und Sportkonsum der Schweizer Bevölkerung*. https://doi.org/10.13140/2.1.2865.5047

Lang, B. (1994). Religion und menschliche Glückserfahrung: Zur alttestamentlichen Theorie des Glücks. In A. Bellebaum (Hrsg.), *Vom guten Leben: Glückvorstellungen in Hochkulturen* (S. 59-115). Akademie Verlag.

Lantermann, E. D. (2007). Seminarbericht zum Thema Selbstvertrauen. *Universität Kassel: Fachbereich VII, Institut für Pychologie. (22.10. 2018)*.

Larimer, M. E., Palmer, R. S. & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Psychosocial Treatments*, 1-18. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6760427/

Larsen, R. J. & Eid, M. (2008). Ed Diener and the science of well-being. In M. J. Eid & R. J. Larsen (Eds.) *The science of subjective well-being* (pp. 1-13). Guilford Press. https://psycnet.apa.org/record/2008-00541-000

Latham, G. & Locke, E. A. (2002b). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. *American Psychologist*, *57*(9), 705-717. https://doi.org/10.1037//0003-066x.57.9.705

Latham, G. P., Locke, E. A. & Fassina, N. E. (2002a). The high performance cycle: Standing the test of time. *Psychological Management of Individual Performance*, *5*(6), 201-28. https://doi.org/10.1002/0470013419.ch10

Lazar, C. & Bijak, M. (2020). Schlaf und seine Störungen. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, *63*(4), 225-228. https://doi.org/10.1007/s42212-020-00328-7

Le Bon, O., Verbanck, P., Hoffmann, G., Murphy, J. R., Staner, L., De Groote, D., Mampunza, S., Den Hulk, A., Vacher, C., Konreich, Ch. & Pelc, I. (1997). Sleep in detoxified alcoholics: impairment of most standard sleep parameters and increased risk for sleep apnea, but not for myoclonias-a controlled study. *Journal of Studies on Alcohol*, *58*(1), 30-36.

Leppert, K., Koch, B., Brähler, E. & Strauß, B. (2008). Die Resilienzskala (RS) – Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. *Klinische Diagnostik und Evaluation, 2*, 226-243. https://www.researchgate.net/publication/215985290_Die_Resilienzskala_RS_-_Uberprufung_der_Langfrom_RS-25_und_einer_Kurzform_RS-13

Leppin, A. (1997). Stresseinschätzungen, Copingverhalten und Copingerfolg: Welche Rolle spielen Ressourcen? In C. Tesch-Römer, C. Salewski& G. Schwartz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 196–208). PVU.

Leppin, A. L., Bora, P. R., Tilburt, J. C., Gionfriddo, M. R., Zeballos-Palacios, C., Dulohery, M. M., Sood, A., Erwin, P.J., Brito, J.P., Boehmer, K.R. & Montori, V. M. (2014). The efficacy of resiliency training programs: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PloS one*, *9*(10), https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111420

Lesch, O. M. & Soyka, M. (2006). Exkurs: Typologien der Alkoholabhängigkeit und ihre Bedeutung für die medikamentöse Therapie. In P. Riederer & G. Laux (Hrsg.) *Neuro-Psychopharmaka. Ein Therapiehandbuch.* (S. 332-345). Springer. https://doi.org/10.1007/3-211-37774-3_4

Lesch, O. M., Walter, H., Hesselbrock, M. & Hesselbrock, V. (2020d). Diagnose von Missbrauch und Abhängigkeit. In O.M. Lesch & H. Walter (Hrsg.) *Alkohol und Tabak: Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit*. (2. Aufl. 65-88). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60284-3_5

Lesch, O. M., Walter, H., Hesselbrock, M., Hesselbrock, V. & Vyssoki, B. (2020b). Ätiologie der Abhängigkeitserkrankungen.In O.M. Lesch & H. Walter (Hrsg.) *Alkohol und Tabak: Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit*. (2. Aufl. 19-49). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60284-3_3

Lesch, O.H. & Walter, H. (2020). *Alkohol und Tabak: Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit* (2. Aufl.). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60284-3

Lesch, O.-H. & Walter, H. (2020a). Abhängigkeitserkrankungen – eine Volkskrankheit? In O.-H. Lesch & H. Walter (Hrsg.), *Alkohol und Tabak: Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit* (2. Aufl.,7–17). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60284-3

Lesch, O.-M., Walter, H., Hesselbrock, M. & König, D. (2020c). Präventionsstrategien. In O.-H. Lesch & H. Walter (Hrsg.), *Alkohol und Tabak: Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit* (2. Aufl., S. 51–65). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60284-3_4

Lesch, OM., Walter, H., König, D., Vyssoki, B. (2020e). Typen, Dimensionen und Verläufe. In O.-H. Lesch & Walter, H. (Hrsg.) *Alkohol und Tabak: Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit*. (2. Aufl., 89-130). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60284-3_6

Liegemann, K. (2015). *Risiko Alkohol? Früherkennung und Intervention in der Hausarztpraxis*. Apollon Verlag. https://www.apollon-hochschulverlag.de/wp-content/uploads/2021/03/Liegmann-Risiko-Alkohol.pdf

Lindenmeyer, J. (2001). Therapie Alkoholabhängiger. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 363–393). Hogrefe Verlag.

Lindenmeyer, J. (2011). Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In H. U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-642-13018-2_35

Lindenmeyer, J. (2016a). *Alkoholabhängigkeit: Fortschritte der Psychotherapie* (Band 6). Hogrefe Verlag. http://doi.org/10.1026/02791-000

Lindenmeyer, J. (2016b). *Lieber schlau als blau: Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit* (9. Aufl.). Beltz Verlag.

Lindenmeyer, L. (2023). Bewährte und neue Trends in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit. *Psychotherapie im Dialog, 24*(04), 62–65. https://doi.org/10.1055/a-1959-4828

Linley, P. A. & Joseph, S. (2011). Meaning in life and posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma*, *16*(2), 150-159. https://doi.org/10.1080/15325024.2010.519287

Linley, P. A., Joseph, S., Harrington, S. & Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology, 1*(1), 3-16. https://doi.org/10.1080/17439760500372796

Lippke, S. & Schüz, B. (2022). Modelle gesundheitsbezogenen Handelns und Verhaltensänderung. In R. Haring (Hrsg.) *Gesundheitswissenschaften*. (S. 1-13). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54179-1_29-2

Lippke, S., Schüz, B. & Godde, B. (2021). Modelle gesundheitsbezogenen Handelns und Verhaltensänderung. In M. Tiemann & M Mohokum (Hrsg.) *Prävention und Gesundheitsförderung*. (S.77-93).Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_8

Locke, E. A. & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting & task performance*. Prentice-Hall. https://doi.org/10.2307/258875

Locke, E. A. & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist*, *57*(9), 705-717. https://doi.org/10.1037//0003-066x.57.9.705

Locke, E. A. & Latham, G. P. (Eds.). (2013). *New developments in goal setting and task performance.* Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203082744

Lorenz, R. & Petzold, H. G. (2004). *Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. Reinhardt. https://doi.org/10.1007/s10389-004-0052-3

Lorig, K. R. & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, *26*(1), 1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01

Lugger, B. (2009). *Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Alkoholabhängigkeitsrisiko im Zusammenhang mit Kohärenzgefühl und Depression*. (Diplomarbeit Universität Wien) https://core.ac.uk/download/pdf/11587571.pdf

Lukas, E. (1994). Ziele und Werte in der Suchttherapie: Die Bedeutung der Sinnfindung als Therapieziel im Genesungsprozess von Suchtkranken. In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), *Therapieziele im Wandel?* (S. 67–78). Neuland Verlagsgesellschaft.

Lumley, T., Diehr, P., Emerson, S. & Chen, L. (2002). The importance of the normality assumption in large public health data sets. *Annual Review of Public Health*, *23*, 151–169. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.23.100901.140546

Lutz, W. (2005). Verlaufs -und Prozessforschung. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.) *Handbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie*, (S. 112-121). Hogrefe.

Lyubomirsky, S. (2007). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want.* Penguin Press. https://psycnet.apa.org/record/2008-05086-000

Lyubomirsky, S. (2008). Hedonic adaptation to positive experence. In S. Folkman (Eds.) *The Handbook of stress, health and coping,* (pp.200-224) Oxford Library of Psychology. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195375343.013.0011

Lyubomirsky, S. (2018). *Glücklich sein: Warum Sie es in der Hand haben, zufrieden zu leben*. Campus Verlag.

Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005a). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, *131*(6), 803-855. https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803

Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M. & Schkade, D. (2005b). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111–131. https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111

Lyubomirsky, S. & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science*, *22*(1), 57-62. https://doi.org/10.1177/0963721412469809

Maddux, J. E. & Kleiman, E. M. (2016). Self-efficacy: A foundational concept for positive clinical psychology. In A. M. Wood & J. Johnson (Eds.) *The Wiley handbook of positive clinical psychology* (pp. 89–101). Wiley Blackwell https://doi.org/10.1002/9781118468197.ch7

Maddux, J. E. & Kleiman, E. M. (2021). Self-Efficacy: The power of believing you can. In C.R Snyder, S.J. Lopez, L.M. Edwards & S.C. Marques (Eds.) *The Oxford Handbook of Positive Psychology*, (3rd Ed. pp. 443-453). Oxford Academic. https://psycnet.apa.org/record/2021-20328-032

Maddux, J. E. (2008). Positive psychology and the illness ideology: Toward a positive clinical psychology. *Applied Psychology*, *57*, 54-70. https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00354.x

Maddux, J. E. (2016). Self-efficacy. In S. Trusz & P. Bąbel (Eds.) *Interpersonal and intrapersonal expectancies* (pp. 41–46). Routledge/Taylor & Francis Group. https://doi.org/10.4324/9781315652535-5

Maddux, J. E. (Ed.). (2013). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application*. Springer Science & Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6868-5

Maes, S. & Karoly, P. (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: A review. *Applied psychology*, *54*(2), 267-299. https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2005.00210.x

Magaletta, P. R. & Oliver, J. M. (1999). The hope construct, will, and ways: Their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of clinical psychology*, *55*(5), 539-551. https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199905)55:5<539::AID-JCLP2>3.0.CO;2-G

Mahoney, M. J. (1972). Research issues in self-management. *Behavior Therapy*, *3*(1), 45-63. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(72)80051-0

Maisto, S. A., Carey, K. B. & Bradizza, C. M. (1999). Social learning theory. In K. E. Leonard & H. T. Blane (Eds.) *Psychological theories of drinking and alcoholism* (2nd ed., pp. 106–163). The Guilford Press. https://psycnet.apa.org/record/1999-02672-003

Majumdar, M., Grossman, P., Dietz-Waschkowski, B., Kersig, S. & Walach, H. (2002). Does mindfulness meditation contribute to health? Outcome evaluation of a German sample. *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 8*, 719–730. https://doi.org/10.1089/10755530260511720

Malchow, Malchow, B., Schmitt, A. & Falkai, P. (2014). Sport tut auch der Psyche gut! Wirksam bei Schizophrenie, Depression, Demenz und Angststörungen. *MMW-Fortschritte der Medizin*, *156*, (41-44.) https://doi.org/10.1007/s15006-014-0044-3

Mann, K. (1999). Alkohol. In M. Gastpar, K. Mann& H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 183–201). Georg Thieme Verlag.

Mann, K., Hoch, E., Batra, A., Bonnet, U., Günthner, A., Reymann, G., Soyka, M.; Wodarz, N. & Schäfer, M. (2016). Leitlinienorientierte Behandlung alkoholbezogener Störungen. *Der Nervenarzt*, *87*(1), 13-25. http://dx.doi.org/10.1007/s00115-015-0022-8

Manz, C. C. & Sims Jr, H. P. (1980). Self-management as a substitute for leadership: A social learning theory perspective. *Academy of Management Review*, *5*(3), 361-367. https://doi.org/10.5465/AMR.1980.4288845

Manz, C. C. & Sims Jr, H. P. (1987). Leading workers to lead themselves: The external leadership of self-managing work teams. *Administrative Science Quarterly*, 106-129. https://doi.org/10.2307/2392745

Manz, C. C. (1986). Self-leadership: Toward an expanded theory of self-influence processes in organizations. *Academy of Management Review*, *11*(3), 585-600. https://www.jstor.org/stable/258312?seq=1&cid=pdf

Manz, C. C. (2001). *New Superleadership: Leading Others to Lead Themselves*. Barrett Koehler.

Margraf, J. & Milenkovic, N. (2009). Klassifikation psychischer Störungen. In Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. (S.181-200). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-79541-4_10

Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.

Marlatt, G. A. & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, *27*(6), 867-886. https://doi.org/10.1016/s0306-4603(02)00294-0

Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse prevention for alcohol and drug problems. In G. A. Marlatt & D. M. Donovan (Eds.) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed., pp. 1–44). The Guilford Press

Marlatt, G. A., Larimer, M. E. & Witkiewitz, K. (Eds.). (2011). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. Guilford Press https://www.guilford.com/excerpts/marlatt2.pdf?t=1

Maslow, A. (1998). Bedürfnishierarchie und Motivation. In Management Gurus. Gabler Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-322-82771-5_27

Maslow, A. H. (1978). *Motivation und Persönlichkeit* (2. Aufl., Übersetzung: Paul Kruntorad). Harper and Row Publishers. http://www.irwish.de/PDF/Psychologie/Maslow/Maslow-Motivation_und_Persoenlichkeit.pdf

Mattson, M. P. (2023). *The intermittent fasting revolution: The science of optimizing health and enhancing performance*. MIT Press.

Maurer, J., Weeß, HG. & Schredl, M. (2013). Physiologische Grundlagen des normalen und gestörten Schlafes. In B.A. Stuck, J.T. Maurer, M. Schredl & H.G. Weeß (Hrsg.) *Praxis der Schlafmedizin*. (S.1-22) Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-34881-5_1

Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. (S. 633-648). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42

Mayring, P. (1991). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. v. Kardoff, H. Keupp, L. v. Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (S. 209-213). Universitäts-Verlag. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-37278

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz Pädagogik. (12., überarb. Aufl.).

McCrae, R. R. & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, *60*(2), 175–215. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x

McKay, J. R. (2017). Making the hard work of recovery more attractive for those with substance use disorders. *Addiction*, *112*(5), 751-757. https://doi.org/10.1111/add.13502

McKellar, J., Ilgen, M., Moos, B. S. & Moos, R. (2008). Predictors of changes in alcohol-related self-efficacy over 16 years. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *35*(2), 148-155. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.09.003

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'brien, C. P. & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Jama*, *284*(13), 1689-1695. https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689

Mertler, C. A. (2004). *Advanced and Multivariate Statistical Methods: Practical Application and Interpretation* (3rd ed.). Pyrczak Publishing.

Meßtorff, C., Kurzenhäuser-Carstens, S. (2019). Achtsamkeit und Prävention. In Y.S. Chang-Gusko, J. Heße-Husain, M. Cassens, C. & Meßtorff, C. (Hrsg.), *Achtsamkeit in Arbeitswelten*. (S. 53-68). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-25673-9_4

Meyers, R. & Smith, J. (2011). *CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit: Erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich* (4. Aufl.). Psychiatrie Verlag.

Michalsen, A. (2019). *Mit Ernährung heilen: Besser essen–einfach fasten–länger leben. Neuestes Wissen aus Forschung und Praxis*. Suhrkamp Verlag.

Mihailović, S. & Braun, O.L. (Hrsg.) (2024). *Mentale Stärke und berufliche Kompetenzen durch E-Learning. Mit Positiver Psychologie zu Gesundheit, Glück und Erfolg*. Windmühle.

Mihailović, S., Bradt, A.C. & Braun, O.L. (2023). CareerGames – spielend trainieren! Das Trainingskonzept. In O.L.Braun & S. Mihailović (Hrsg.), *Positive Psychologie: Digitale Vermittlung von Handlungskompetenzen und Mentaler Stärke*. (S. 23-29) Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65454-5

Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Lambertus Verlag.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press. https://psycnet.apa.org/record/2012-17300-000

Młyniec, K., Davies, C. L., de Agüero Sánchez, I. G., Pytka, K., Budziszewska, B. & Nowak, G. (2014). Essential elements in depression and anxiety. Part I. *Pharmacological reports*, *66*(4), 534-544. https://doi.org/10.1016/j.pharep.2014.03.001

Moher, D., Schulz, K. F., Altmann, D. G. & für die CONSORT-Gruppe. (2004). Das CONSORT Statement: Überarbeitete Empfehlungen zur Qualitätsverbesserungen von Reports randomisierter Studien im Paralleldesign. *Deutsche Medizinische Wochenschrift, 129,* 16–20.

Moher, D., Schulz, K. F., Simera, I. & Altman, D. G. (2010). Guidance for developers of health research reporting guidelines. *PLoS medicine*, *7*(2), e1000217. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000217

Möllmann, C., Spyra, K. & Müller-Fahrnow, W. (2007). Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) für die stationäre Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger und ihre prognostische Bedeutung. *DRV-Schriften, Bd*, *72*, 148-150.

Monti, P. M., Colby, S. M. & O'Leary, T. A. (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide*. Guilford Press. https://psycnet.apa.org/record/2002-18180-000

Müller, T. (2021). Wirksame Therapien für Alkoholabhängige. *DNP-Der Neurologe & Psychiater*, *22*(2), 13-15. https://doi.org/10.1007/s15202-021-4650-5

Mundle, G. (2017). *Achtsamkeit in der Suchttherapie*. Kohlhammer Verlag.

Mundle, G., Bowen, S., Heinz, A. & Kienast, T. (2014). Praktische Anwendung von Achtsamkeit in der Suchttherapie am Beispiel des MBRP Programms und der DBT-Sucht. *Sucht*, *60*(1), 29-36. https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000289

Murphy, J. G., Dennhardt, A. A., Martens, M. P., Borsari, B., Witkiewitz, K. & Meshesha, L. Z. (2019). A randomized clinical trial evaluating the efficacy of a brief alcohol intervention supplemented with a substance-free activity session or relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *87*(7), 657-669. https://doi.org/10.1037/ccp0000412

Murphy, J.G. & Sparks, J. (2018). *Strengths-based therapy: Distinctive features*. Routledge.

Murphy, S. E. & Ensher, E. A. (2001). The role of mentoring support and self-management strategies on reported career outcomes. *Journal of Career Development*, *27*, 229-246. https://doi.org/10.1023/A:1007866919494

Mutschler, J., Müller, C. A. & Soyka, M. (2019). Alkohol. In M. Soyka, A. Batra, A. Heinz, F. Moggi & M. Walter. *Suchtmedizin. Mit Zugang zur Medizinwelt*. (S. 93-119). Elsevier.

Naidoo, U. (2020). *This is your brain on food: an indispensable guide to the surprising foods that fight depression, anxiety, PTSD, OCD, ADHD, and more*. Hachette UK.

Naidoo, U. (2022). Ernährung für die Psyche. *Richtig essen für seelisches Wohlbefinden. München: Riva*.

Nakamura, J. & Csikszentmihalyi, M. (2021). The experience of flow: Theory and research. In C. R. Snyder, S. J. Lopez, L. M. Edwards& S. C. Marques (Eds.) *The Oxford handbook of positive psychology* (3rd ed., pp. 279–296). Oxford University Press https://psycnet.apa.org/record/2021-20328-021

Neck, C. P. & Manz, C. C. (1992). Thought self-leadership: The influence of self-talk and mental imagery on performance. *Journal of Organizational Behavior*, *13*(7), 681-699. https://doi.org/10.1002/job.4030130705

Neck, C. P. & Manz, C. C. (1996). Thought self-leadership: The impact of mental strategies training on employee cognition, behavior, and affect. *Journal of Organizational Behavior*, *17*(5), 445-467. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(199609)17:5<445::AID-JOB770>3.0.CO;2-N

Neff, K. & Germer, C. (2018). *The mindful self-compassion workbook: A proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive*. Guilford Publications.

Neff, K. (2011). *Self-compassion: The proven power of being kind to yourself*. Hachette UK.

Neff, K. D. & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, *77*(1), 23-50. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x

Nestler, E. J. (2005). Is there a common molecular pathway for addiction? *Nature Neuroscience*, *8*(11), 1445-1449. https://dept.wofford.edu/Neuroscience/NeuroSeminar/pdfSpring2006/a7.pdf

Ng, J. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L. & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, *7*(4), 325-340. https://doi.org/10.1177/1745691612447309

Ng, W. (2015). Boosting well-being with positive psychology interventions: Moderating role of personality and other factors. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45, 79-87. https://doi.org/10.1007/s10879-014-9291-y

Ng, W. (2016). Use of positive interventions: Does neuroticism moderate the sustainability of their effects on happiness? *The Journal of Positive Psychology, 11*(1), 51–61. https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1025419

Niedenthal, P. M. (2006). Emotion. *Encyclopedia of Cognitive Science*. Wiley. https://doi.org/10.1002/0470018860.s00526

Nissen, G. (1994). *Abhängigkeit und Sucht: Prävention und Therapie* (1. Aufl.). Verlag Hans Huber.

Noll, H. (2022). Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i072-1.0

O'Brien, R. G. & Kaiser, M. K. (1985). *MANOVA method for analyzing repeated measures designs: an extensive primer*. *Psychological Bulletin*, 97(2), 316–333. https://doi.org/10.1037/0033-2909.97.2.316

O'Neil, A., Quirk, S. E., Housden, S., Brennan, S. L., Williams, L. J. & Pasco, J. A. (2014). Relationship between diet and mental health in children and adolescents: a systematic review. *American Journal of Public Health*, *104*(10), e31-42. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302110

Oaten, M. & Cheng, K. (2007). Improvements in self-control from financial monitoring. *Journal of Economic Psychology*, *28*(4), 487–501. https://doi.org/10.1016/j.joep.2006.11.003

Oettingen, G. (2015). *Die Psychologie des Gelingens*. Pattloch.

Owen, J. M. & Alkin, M. C. (2007). *Program evaluation: forms and approaches*. New York.

Pabst, A. & Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 54*(7), 36-46. https://doi.org/10.1024/2008.07.05

Palacios, J., Lee, G. A., Duaso, M., Clifton, A., Norman, I. J., Richards, D. & Barley, E. A. (2017). Internet-delivered self-management support for improving coronary heart disease and self-management–related outcomes: A systematic review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *32*(4), E9-E23. https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000392

Pantel, J., Oertel-Knöchel, V. & Banzer, W. (2017). Bewegung und psychische Gesundheit. In W. Banzer (Hrsg.) *Körperliche Aktivität und Gesundheit: präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs -und Sportmedizin* (S. 319-340). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-50335-5

Park, N., Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(5), 603–619. https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.603.50748

Park, S. (2014). Associations of physical activity with sleep satisfaction, perceived stress, and problematic Internet use in Korean adolescents. *BMC Public Health*, *14*. https:// doi.org/ 10.1186/1471-2458-14-1143

Parks, A. C., & Biswas-Diener, R. (2013). Positive interventions: Past, present, and future. In T. B. Kashdan & J. Ciarrochi (Eds.), *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being* (pp. 140–165). New Harbinger Publications.

Parks, A. C. & Titova, L. (2016). Positive psychological interventions: An overview. In A. M. Wood & J. Johnson (Eds.) *The Wiley handbook of positive clinical psychology* (pp. 307–320). Wiley Blackwell. https://psycnet.apa.org/record/2016-13900-021

Parks, A. C., Della Porta, M. D., Pierce, R. S., Zilca, R. & Lyubomirsky, S. (2012). Pursuing happiness in everyday life: The characteristics and behaviors of online happiness seekers. *Emotion*, 12, 1222–1234. https://doi.org/10.1037/a0028587

Parks, G.A., Marlatt, G.A. & Anderson, B.K. (2004). Cognitive-behavioral Alcohol Treatment. In N.Heather & T. Stockwell, (Hrsg.). *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems*. John Wiley & Sons. (pp. 69-86) https://www.researchgate.net/publication/259289206_Cognitive-behavioral_Alcohol_Treatment_George_A_Parks_G_Alan_Marlatt_Britt_K_Anderson#fullTextFileContent

Perrez, M. & Baumann, U. (2011). Allgemeine Grundlagen. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.). *Lehrbuch klinische psychologie-psychotherapie*. Hogrefe AG.

Perrez, M. (1991). Prävention, Gesundheits- und Entfaltungsförderung: Systematik und allgemeine Aspekte. In Perrez, M. & Baumann, U.: *Klinische Psychologie*, Bd. 1, (S. 80–98). Verlag Hans Huber.

Perry, G. S., Patil, S. P. & Presley-Cantrell, L. R. (2013). Raising awareness of sleep as a healthy behavior. *Preventing Chronic Disease*, *10*. https://doi.org/10.5888/pcd10.130081

Petermann, F. & Petermann, U. (Hrsg.) (2018). *Lernen. Grundlagen und Anwendungen* (2. Aufl.). Hogrefe.

Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press; American Psychological Association. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.820-a

Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. Oxford University Press. https://psycnet.apa.org/record/2006-09689-000

Pfeifer, E. M. (2017). Flow und Wohlbefinden: Eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang von Flow-Erleben und psychischer Gesundheit. *Journal für Psychologie*, 25(1), 89-105.

Pilger, S. (2022). *Förderung von Selbstmanagementkompetenzen nach dem Ansatz der Positiven Psychologie*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-39769-2

Plaut, H. (1904). *Japanische Konversations-Grammatik mit Lesestücken und Gesprächen* (Vol. 1). Groos.

Plutchik, R. (2000). *Emotions in the practice of psychotherapy: Clinical implications of affect theories.* American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10366-000

Pressman, S. D., Jenkins, B. N. & Maskowitz, J. T. (2019). Positive Affect and Health: What Do We Know and Where Next Should We Go? *Annual Review of Psychology, 70*(1), 627– 650. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102955

Prinzleve, M. (2004). Harm Reduction als Teil der Suchttherapie. In M. Krausz & C. Haasen (Hrsg.), *Kompendium Sucht* (S. 39-50). Georg Thieme Verlag. https://doi.org/10.1055/b-0034-20025

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *19*(3), 276-288. https://doi.org/10.1037/h0088437

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(3), 390-395. https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.3.390

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Hrsg.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (S. 3-27). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2191-0_1

Proctor, C., Tweed, R. & Morris, D. (2016). The Rogerian fully functioning person: A positive psychology perspective. *Journal of Humanistic Psychology*, *56*(5), 503-529. https://doi.org/10.1177/0022167815605936

Provost, S. E., Griffin, M. L., Hilton, B. T., McHugh, R. K., Taghian, N. R., Trinh, C. D. & Weiss, R. D. (2022). Correlates of optimism among patients in substance use disorder inpatient treatment. *The American Journal on Addictions*, *31*(6), 494-501. https://doi.org/10.1111/ajad.13324

Pscherer, J. (2015). Selbstmanagement–Grundlagen und aktuelle Entwicklungen. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, *1*(22), 5-17. https://doi.org/10.1007/s11613-015-0402-8

Quoidbach, J., Mikolajczak, M. & Gross, J. J. (2015). Positive interventions: An emotion regulation perspective. *Psychological Bulletin*, *141*(3), 655-693. http://dx.doi.org/10.1037/a0038648

Rashid, T. & Ostermann, R. F. (2009). Strength-based assessment in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(5), 488-498. https://doi.org/10.1002/jclp.20595

Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). Positive psychotherapy. In D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.), Current psychotherapies (pp. 461–498). Cengage.

Rashid, T. & Seligman, M. (2018). *Positive psychotherapy: Workbook*. Oxford University Press.

Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, *10*(1), 25-40. http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2014.920411

Rashid, T. (2020). Positive Psychotherapy. In F. Maggino (ed.) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research.* Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69909-7_3378-2

Reddy, V. D., Padmavathi, P., Bulle, S., Hebbani, A. V., Marthadu, S. B., Venugopalacharyulu, N. C., Maturu, P. & Varadacharyulu, N. C. (2017). Association between alcohol-induced oxidative stress

and membrane properties in synaptosomes: A protective role of vitamin E. *Neurotoxicology and Teratology*, *63*, 60-65. https://doi.org/10.1016/j.ntt.2017.07.004

Rehm, J. & Shield, K. D. (2019). Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, *21*, 1-7. https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0

Reinecker, H. (1991). *Selbstmanagement-Therapie: ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-09850-9

Reinecker, H. (2009). Selbstmanagement. In J Margraf & S. Schneider (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen*. (S. 629-644). https://fis.uni-bamberg.de/handle/uniba/17734

Reivich, K. J., Seligman, M. E. P. & McBride, S. (2011). Master resilience training in the U.S. Army. *American Psychologist, 66*(1), 25–34. https://doi.org/10.1037/a0021897

Rentsch, H. P. & Bucher, P. O. (2006). *ICF in der Rehabilitation: Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag.* Verlag Hans Huber.

Richter, L. (2020). *Kinder alkoholsüchtiger Eltern: eine Auseinandersetzung mit der Vereinbarkeit von Alkoholabhängigkeit und Kindererziehung aus einer ressourcenorientierten Perspektive* (Doctoral dissertation, Evangelische Hochschule Nürnberg). https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0295-opus4-16946

Rist, F., Demmel, R., Hapke, U., Kremer, G. & Rumpf, H. J. (2006). Screening und Kurzintervention. In L. Schmidt (Hrsg.), *Evidenzbasierte Suchtmedizin: Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen* (S. 11-24). Deutscher Ärzte Verlag GmbH.

Robinson, E. A., Krentzman, A. R., Webb, J. R. & Brower, K. J. (2011). Six-month changes in spirituality and religiousness in alcoholics predict drinking outcomes at nine months. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *72*(4), 660-668. https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.660

Roddenberry, A. & Renk, K. (2010). Locus of control and self-efficacy: Potential mediators of stress, illness, and utilization of health services in college students. *Child Psychiatry & Human Development*, *41*, 353-370. https://doi.org/10.1007/s10578-010-0173-6

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy.* Constable.

Rogers, C. R. (1974). *Encountergruppen*. Kindler.

Rogers, C. R. (1995a). *A way of being*. Houghton Mifflin Harcourt. https://vedantaatlanta.org/wp-content/uploads/2024/07/5-Rogers-Experiences-in-Communication.pdf

Rogers, C. R. (1995b). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin Harcourt. http://dspace.vnbrims.org:13000/jspui/bitstream/123456789/4397/1/On%20Becoming%20a%20Person%20A%20Therapist's%20View%20of%20Psychotherapy.pdf

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, *91*, 93-114. https://doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803

Römer, P., Klopf, J., Weinlich, C., Jenner, C. & Rainer, E. (2002). Katamnesestudie der Salzburger Sonderkrankenhäuser für Alkohol-und Medikamentenabhängige. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, *25*(3), 23-30. https://www.researchgate.net/publication/324984655_Katamnesestudie_der_Salzburger_Sonderkrankenhauser_fur_Alkohol-und_Medikamentenabhangige#fullTextFileContent

Roos, C. R. & Kober, H. (2024). The role of emotion regulation in substance use disorders: State of the science and next steps. In J. J. Gross & B. Q. Ford (Eds.) *Handbook of emotion regulation* (3rd ed., pp. 352–359). The Guilford Press. https://psycnet.apa.org/record/2024-33137-044

Rotter, J. B. (1967). A new scale for the measurement of interpersonal trust. *Journal of Personality, 35*(4), 651–665. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1967.tb01454.x

Rotter, J. B. (1971). Generalized expectancies for interpersonal trust. *American Psychologist, 35*(1), 1-7. https://doi.org/10.1037/h0031464

Ruini, C. & Fava, G. A. (2009). Well-being therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(5), 510-519. https://doi.org/10.1002/jclp.20592

Rummel, C. & Gaßmann, R. (2020). *Sucht: Bio-psycho-sozial – Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen: Perspektiven aus der Sozialen Arbeit, Psychologie und Medizin*. Kohlhammer Verlag.

Rumpf, H. J. & Kiefer, F. (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte. *Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 57*(1), 45-48. http://dx.doi.org/10.1024/0939-5911.a000072

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, *52*(1), 141-166. https://www.wisebrain.org/papers/HappinessLR.pdf

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of Personality*, *74*(6), 1557-1586. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00420.x

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2021). Self-Determination Theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. *Rajagiri Management Journal*, *15*(1), 88-90

Ryan, R. M. & Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality, 65*(3), 529–565. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1997.tb00326.x

Ryan, R. M. (2009). Self determination theory and well being. *Social Psychology*, *84*(822), https://www.welldev.org.uk/wed-new/network/research-review/Review_1_Ryan.pdf

Ryan, R. M. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press. https://doi.org/10.1521/978.14625/28806

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic-dialectical perspective. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.) *Handbook of self-determination research* (pp. 3–33). University of Rochester Press. https://psycnet.apa.org/record/2002-01702-001

Rychtarik, R. G., Prue, D. M., Rapp, S. R. & King, A. C. (1992). Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, *53*(5), 435-440. https://doi.org/10.15288/jsa.1992.53.435

Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719-727. https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719

Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies, 9*(1), 13-39. https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069-1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Ryff, C. D. (1995). Well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science, 4*(4), 99-104. Blackwell Publishing. https://www.jstor.org/stable/20182342

Ryff, C. D. (2018). Well-being with soul: Science pursuit of human potential. *Perspectives on Psychological Science, 13*(2), 242-248. https://doi.org/10.1177/1745691617699836

Sadowski, P. & Zimmermann, J. (2003). Selbstmanagement-Therapie in einer Kurzzeitentwöhnung für Alkoholabhängige. *Suchttherapie*, *4*(01), 31-32. https://doi.org/10.1055/s-2003-38102

Sadowski, P. (2007). *Selbstmanagement-Therapie: Interventionen in einer stationären Rehabilitation wegen Alkoholabhängigkeit* (Dissertation Universität Greifswald).

Sadowski, P. (2013). *Der mündige Trinker: Selbstmanagement-Therapie für Alkoholkranke.* Epubli.

Saks, A. M. & Ashforth, B. E. (1996). Proactive socialization and behavioral self- management. *Journal of Vocational Behavior*, *48*(3), 301–323. https://doi.org/10.1006/jvbe.1996.0026

Salkind, N. J. (2010). *Encyclopedia of Research Design* (Vol. 2). Sage.

Salzberg, S. & Kabat-Zinn, J. (2004). *Lovingkindness: The revolutionary art of happiness*. Shambhala Publications.

Sargeant, J., Curran, V., Allen, M., Jarvis-Selinger, S., & Ho, K. (2006). Facilitating interper- sonal interaction and learning online. Linking theory to practice. *Journal of Continuing Education in Health Professions, 26*(2), 128–136. https://doi.org/10.1002/chp.61

Sarris, J., L Logan, A. C., Akbaraly, T., Amminger, P., Balanzá-Martínez, V., Freeman, M., Hibbeln, J. R., Matsuoka, Y. J., Mischoulon, D., Mizoue, T., Nanri, A., Nishi, D., Ramsey, D., Rucklidge, J. J., Sanchez-Villegas, A., Scholey, A., Su, K.-P. & Jacka, F. N (2015). Nutritional medicine as mainstream in psychiatry. *The Lancet Psychiatry*, *2*(3), 271-274. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00051-0

Satow, L. (2012). SEA. Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID). (2019). Open Test Archive: SEA. Skala zur Erfassung von Testverfälschung durch positive Selbstdarstellung und sozial erwünschte Antworttendenzen. https://www.testarchiv.eu/de/test/9006446

Sauerland, M. (2018). *Design Your Mind! Denkfallen entlarven und überwinden: Mit zielführendem Denken die eigenen Potenziale voll ausschöpfen*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21462-3

Schomerus, G. (2011). Warum werden Menschen mit Alkoholabhängigkeit in besonderer Weise stigmatisiert, und was kann man dagegen tun? *Psychiatrische Praxis*, *38*(03), 109-110. http://doi.org/ 10.1055/s-0030-1266094

Schmidt, A. F. & Finan, C. (2018). Linear regression and the normality assumption. *Journal of Clinical Epidemiology*, *98*, 146-151. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.12.006

Schmidt, L. & Gastpar, M. (2006). *Evidenzbasierte Suchtmedizin: Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen*. Deutscher Ärzte Verlag GmbH.

Schmidt, L. (1999). Diagnostik von Abhängigkeitserkrankungen. In M. Gastpar, K. Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 70-83). Georg Thieme Verlag.

Schmidt, L. (2005). Biologische Marker des Alkoholismus und alkoholassoziierte Organschäden. In M. V. Singer & S. Teyssen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten: Grundlagen - Diagnostik - Therapie* (2. Aufl.). Springer (S. 121-129). https://doi.org/10.1007/3-540-26446-9_11

Schneider, B. & Gies, C. (2002). Männerspezifische Psychotherapie und Prävention. In J. Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung–Therapie–Prävention*, (*S*. 331-335).

Schneider, R. (1982). Grundlagen für die Verhaltenstherapie der Abhängigkeit. In R. Schneider (Hrsg.), *Stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen* (S. 1-52). Höttger Verlag.

Schneider, R. (2022). *Die Suchtfibel: Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit* (21. Aufl.). Schneider Verlag.

Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). Modelle der Gesundheitsverhaltensänderung. *Gesundheitspsychologie*, *1*, 389-405. https://www.researchgate.net/publication/281727590_Modelle_der_Gesundheitsverhaltensanderung#fullTextFileContent

Schomerus, G. (2011). Warum werden Menschen mit Alkoholabhängigkeit in besonderer Weise stigmatisiert, und was kann man dagegen tun? *Psychiatrische Praxis*, *38*(03), 109-110. http://.doi.org/10.1055/s-0030-1266094

Schuckit, M. A. (1979). A treatment of alcoholism in office and outpatient settings. In J. H. Mendelson & N. K. Mello (Eds.), *Diagnosis and Treatment of Alcoholism* (pp. 175-194). McGraw-Hill.

Schueller, S. M. & Parks, A. C. (2014). The science of self-help: Translating positive psychology research into increased individual happiness. *European Psychologist, 19*(2), 145–155. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000181

Schuler, H. & Kanning, U. P. (Eds.). (2014). *Lehrbuch der Personalpsychologie*. Hogrefe.

Schuler, H. (2006). Stand und Perspektiven der Personalpsychologie. *Zeitschrift für Arbeits-und Organisationspsychologie A&O*, *50*(4), 176-188. http://dx.doi.org/10.1026/0932-4089.50.4.176

Schulz, K. F., Altman, D. G. & Moher, D. (2011). CONSORT 2010: Aktualisierte Leitlinie für Berichte randomisierter Studien im Parallelgruppen-Design. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, *136*(08), e20-e23. https://doi.org/10.1055/s-0031-1272980

Schulz, KH., Meyer, A. & Langguth, N. (2012). Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt.* 55, 55–65. Springer. https://doi.org/10.1007/s00103-011-1387-x

Schulz, W. (2000). Komorbidität. In F. Stimmer (Hrsg.), *Suchtlexikon* (S. 370-373). Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala–ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Klinisch Psychologische Psychotherapie*, *53*(1), 16-39. https://www.researchgate.net/publication/215985005_Die_Resilienzskala_-_Ein_Fragebogen_zur_Erfassung_der_psychischen_Widerstandfahigkeit_als_Personmerkmal#fullTextFileContent

Schunk, D. H. & DiBenedetto, M. K. (2020). Motivation and social cognitive theory. *Contemporary Educational Psychology*, *60*, 101832. https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2019.101832

Schunk, D. H., & DiBenedetto, M. K. (2021). Self-efficacy and human motivation. In A. J. Elliot (Ed.), *Advances in motivation science* (pp. 153–179). Elsevier Academic Press. https://doi.org/10.1016/bs.adms.2020.10.001

Schutz, P. A. & Pekrun, R. (2007). Introduction to emotion in education. In P. A. Schutz & R. Pekrun (Eds.) *Emotion in education* (pp. 3–10). Elsevier Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-012372545-5/50002-2

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.) *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). NFER-NELSON.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik Beiheft*, *44*, 28-53. Das Konzept der Selbstwirksamkeit

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2010). The general self-efficacy scale (GSE). *Anxiety, Stress, and Coping*, *12*(1), 329-345. https://www.researchgate.net/publication/311570532_The_general_self-efficacy_scale_GSE#fullTextFileContent

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2020). Allgemeine Selbstwirksamkeit. Beschreibung der psychometrischen Skala. https://doi.org/10.23668/psycharchives.307

Schwarzer, R. & Renner, B. (1997). *Risikoeinschätzung und Optimismus*. Risikoeinschatzung_und_Optimismus.pdf

Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-242). Hemisphere. https://www.researchgate.net/publication/232496869_Self-Efficacy_in_the_Adoption_and_Maintenance_of_Health_Behaviors_Theoretical_Approaches_and_a_New_Model#fullTextFileContent

Schwarzer, R. (1995). Generalized self-efficacy scale. *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs/Nfer-Nelson*. https://www.researchgate.net/publication/304930542_Generalized_Self-Efficacy_Scale#fullTextFileContent

Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.

Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, *57*(1), 1-29. https://www.bewegen-ismedicijn.nl/files/downloads/Schwarzer,%202008.pdf

Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.) *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (pp. 163–196). Open University Press. https://psycnet.apa.org/record/1996-97268-006

Schwoon, D. (2001). Koinzidenz psychischer Störungen und Sucht. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 503-518). Hogrefe Verlag.

Scriven, M. (1991). Chapter II: Beyond formative and summative evaluation. *Teachers College Record*, *92*(6), 19-64.

Scriven, M. (2007). Key evaluation checklist. https://files.wmich.edu/s3fs-public/attachments/u350/2014/key%20evaluation%20checklist.pdf

Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M. & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Interrater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *9*(2), 131-138. https://doi.org/10.1002/cpp.320

Segal, Z., Williams, M. & Teasdale, J. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford press. https://psycnet.apa.org/record/2001-05895-000

Seidel, G., Dierks, ML. (2023). Förderung der Gesundheitskompetenz und der Selbstwirksamkeit zur Stärkung des Selbstmanagements von Menschen mit chronischen Erkrankungen – Erfahrungen aus dem „Gesund und aktiv leben“ Kurs. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan, M. Messer (Hrsg.*) Gesundheitskompetenz*. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_39-1

Seidel, M. (2005). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. *Der Nervenarzt, 76*, 79-92. https://doi.org/10.1007/s00115-004-1855-8

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness. On depression, development, and death.* Freeman. https://psycnet.apa.org/record/1992-98227-000

Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. Knopf.

Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist, 50*(12), 965-974. https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.965

Seligman, M. E. P. (1999). The President’s Address. (Annual Report). *American Psychologist*, (54), 559-562.

Seligman, M. E. (2004). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Simon and Schuster.

Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.) *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780195135336.003.000

Seligman, M. E. P. (2006). *Learned optimism: How to change your mind and your life* (1. Aufl.). Vintage Books.

Seligman, M. E. P. (2011a). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for a lasting future*. Free Press.

Seligman, M. E. (2011b). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon and Schuster. https://psycnet.apa.org/record/2010-25554-000

Seligman, M. E. P. (2012). *Flourish – Wie Menschen aufblühen: Die Positive Psychologie des gelingenden Lebens.* Kösel.

Seligman, M. E. P. (2016). *Erlernte Hilflosigkeit* (5. Aufl.). Beltz.

Seligman, M. E. P. & Csikszentmihályi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.

Seligman, M. E. P. (2012). *Flourish – wie Menschen aufblühen. Die positive Psychologie des gelingenden Lebens* (2. Aufl.). Kösel.

Seligman, M. E. P. (2018). *The hope circuit. A psychologist's journey from helplessness to optimism*. London: Nicholas Brealey Publishing.

Seligman, M. E. P., Parks, A. C. & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 359*(1449), 1379-1381. https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1513

Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, *60*(5), 410-421. https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410

Seligman, M. E., Rashid, T. & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, *61*(8), 774-788. https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774

Sellier, N., Kalkbrenner, S. & Braun, O.L. (2022). Positive Psychologie und das Glücks- und Achtsamkeitstagebuch. In O.L. Braun & S. Pilger (Hrsg.). *Mentale Stärke in bewegten Zeiten: Mit Positiver Psychologie zu Gesundheit, Glück und Erfolg*. (S.53-92). Windmühle.

Semmer, N. K. & Zapf, D. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Organisationspsychologie: Gruppe und Organisation/Enzyklopädie der Psychologie* (S. 225-263). Hogrefe.

Senf, K. & Liau, A. K. (2013). The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator. *Journal of Happiness Studies*, 14, 591–612. https://doi.org/10.1007/s10902-012-9344-4

Shan, H. (2012). *Achtsamkeit: die höchste Form des Selbstmanagements*. Trinity Verlag.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(3), 373-386. https://doi.org/10.1002/jclp.20237

Sheldon, K. M. & Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, *1*(2), 73-82. https://doi.org/10.1080/17439760500510676

Sheldon, K. M. & Lyubomirsky, S. (2007). Is it possible to become happier? (And if so, how?). *Social and Personality Psychology Compass*, *1*(1), 129-145. https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00002.x

Sheldon, K. M., Kashdan, T. B. & Steger, M. F. (Eds.). (2011). *Designing positive psychology: Taking stock and moving forward*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195373585.001.0001

Sheldon, K., Frederickson, B., Rathunde, K., Csikszentmihalyl& Haidt, J. (2002). Retrieved May 8, 2007, from University of Pennsylvania, Positive Psychology Center Web site: http://www.ppc.sas.upenn.edu/akumalmanifesto.htm

Shmulewitz, D., Aharonovich, E., Witkiewitz, K., Anton, R. F., Kranzler, H. R., Scodes, J., Karl, F., Wall, M.M., Hsin, D. & Alcohol Clinical Trials Initiative (ACTIVE Group). (2021). The World Health Organization risk drinking levels measure of alcohol consumption: prevalence and health correlates in nationally representative surveys of US adults, 2001–2002 and 2012–2013. *American Journal of Psychiatry.* 178(6) 548-559 https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050610

Sidiropoulou, E. (1998). Standardisierung und Normierung eines katamnestischen Fragebogens. Ergebnisse zum „Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung“ (BFTB). (Diss. Universität Bonn. Bonn/Witterschlick: Wehle).

Siedentopp, U. Glücksnahrung — Essen und Psyche im westöstlichen Kontext. *Deutsche Zeitschrift für Akupunkt.* 57, 38–41 (2014). https://doi.org/10.1016/j.dza.2014.05.015

Sims, H. P. & Manz, C. C. (1991). Superleadership: Beyond the myth of heroic leadership. *Organizational Dynamics*, *19*, 18-35. https://doi.org/10.1016/0090-2616(91)90051-A

Sin, N. L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(5), 467-487. https://doi.org/10.1002/jclp.20593

Sin, N. L., Della Porta, M. D. & Lyubomirsky, S. (2011). Tailoring positive psychology interventions to treat depressed individuals. In S. Donaldson, M. Csikszentmihalyi & J. Nakamura (Eds.) *Applied positive psychology: Improving everyday life, health, schools, work, and society* (pp. 79–96). Routledge. https://psycnet.apa.org/record/2011-09022-006

Singer, M. & Teyssen, S. (Eds.). (2013). *Kompendium Alkohol: Folgekrankheiten Klinik· Diagnostik·Therapie*. Springer.

Singer, M. V. & Teyssen, S. (Hrsg.). (2005). *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten: Grundlagen - Diagnostik – Therapie* (2. Aufl.). Springer. https://doi.org/10.1007/b137596

Sitzmann, T. & Weinhardt, J. M. (2019). Approaching evaluation from a multilevel perspective: A comprehensive analysis of the indicators of training effectiveness. *Human Resource Management Review*, *29*(2), 253-269. https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2017.04.001

Sitzmann, T., Ely, K., Brown, K. G. & Bauer, K. N. (2010). Self-assessment of knowledge: A cognitive learning or affective measure? *Academy of Management Learning & Education*, *9*(2), 169-191. https://doi.org/10.5465/amle.9.2.zqr169

Sliedrecht, W., de Waart, R., Witkiewitz, K. & Roozen, H. G. (2019). Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, *278*, 97-115. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.038

Smith, B. J., Tang, K. C. & Nutbeam, D. (2006). WHO health promotion glossary: new terms. *Health promotion international*, *21*(4), 340-345. https://doi.org/10.1093/heapro/dal033

Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (Eds.). (2001). *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press.

Snyder, C. R. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. Free Press. https://psycnet.apa.org/record/1994-98690-000

Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Academic Press. https://psycnet.apa.org/record/2000-00296-000

Snyder, C. R., Feldman, D. B., Taylor, J. D., Schroeder, L. L. & Adams III, V. H. (2000a). The roles of hopeful thinking in preventing problems and enhancing strengths. *Applied and Preventive Psychology*, *9*(4), 249-269. https://doi.org/10.1016/S0962-1849(00)80003-7

Snyder, C. R., Ilardi, S., Michael, S. T., & Cheavens, J. (2000b). Hope theory: Updating a common process for psychological change. In C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.) *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century* (pp. 128–153). John Wiley & Sons. https://psycnet.apa.org/record/2001-00353-007

Snyder, C. R., Lopez, S. J., Edwards, L. M. & Marques, S. C. (Eds.). (2020). *The Oxford handbook of positive psychology*. Oxford University Press. https://psycnet.apa.org/record/2021-20328-000

Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory: A member of the positive psychology family. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.) *Handbook of positive psychology* (pp. 257–276). Oxford University Press. https://psycnet.apa.org/record/2002-02382-019

Soellner, R. (2021). Evaluation. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch Lexikon der Psychologie*. Hogrefe Verlag. https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/evaluation

Solberg, L. I., Maciosek, M. V. & Edwards, N. M. (2008). Primary care intervention to reduce alcohol misuse: ranking its health impact and cost effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, *34*(2), 143-152. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.09.035

Soravia, L. M., Schläfli, K., Stutz, S., Rösner, S. & Moggi, F. (2015). Resistance to temptation: The interaction of external and internal control on alcohol use during residential treatment for alcohol use disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *39*(11), 2209-2214. https://doi.org/10.1111/acer.12880

Soyka, M. & Küfner, H. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung - Folgen - Therapie* (6. Aufl.). Georg Thieme Verlag. https://doi.org/10.1055/b-002-35712

Soyka, M. (1999). *Alkoholabhängigkeit: Grundlagen und Therapie*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-58462-6

Soyka, M. (2005). Klinisch-psychiatrische Diagnostik des Alkoholismus. In M. V. Singer & S. Teyssen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten: Grundlagen - Diagnostik – Therapie.* (2. Aufl., S. 130-142). Springer. https://doi.org/10.1007/3-540-26446-9_12

Soyka, M. (2008). Störungen durch Alkohol. In H. J. Möllller, G. Laux, H.P. Kapfhammer (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie*, (S. 1145-1188). https://doi.org/10.1007/3-540-27386-7_45

Soyka, M., Batra, A., Heinz, A., Moggi, F. & Walter, M. (2019). *Suchtmedizin* (1. Aufl.). Elsevier.

Soyka, M., Stüben, N. & Franke, A. G. (2023b). Alkoholtherapie goes online: Webbasierte Interventionen erweitern den therapeutischen Horizont. *DNP–Die Neurologie & Psychiatrie*, *24*(2), 38-41. https://doi.org/10.1007/s15202-023-5631-7

Steger, M. F. (2019). Meaning in life and in work. In R. Yeoman, C. Bailey, A. Madden& M. Thompson. *The Oxford handbook of meaningful work*, (pp.208-222). Oxford Academic. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198788232.001.0001

Steger, M. F., Oishi, S. & Kashdan, T. B. (2009). Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *The Journal of Positive Psychology*, *4*(1), 43-52. https://doi.org/10.1080/17439760802303127

Steinig, J., Foraita, R., Happe, S. & Heinze, M. (2011). Perception of sleep and dreams in alcohol-dependent patients during detoxication and abstinence. *Alcohol and Alcoholism*, *46*(2), 143-147. https://doi.org/10.1093/alcalc/agq087

Stewart, G. L., Courtright, S. H. & Manz, C. C. (2011). Self-leadership: A multilevel review. *Journal of Management*, *37*(1), 185-222. https://doi.org/10.1177/0149206310383911

Stimmer, F. (Hrsg.). (2000). *Suchtlexikon*. Wissenschaftsverlag.

Sting, S. & Blum, C. (2003). *Soziale Arbeit in der Suchtprävention*. Reinhardt.

Strahler, J. & Nater, U. M. (2018). Differential effects of eating and drinking on wellbeing—an ecological ambulatory assessment study. *Biological Psychology*, *131*, 72-88. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.01.008

Strebel, A., Masloch, L. & Braun, O.L. (2022). Positive Psychologie und Achtsamkeit. In O.L. Braun & S. Pilger (Hrsg*)*, *Mentale Stärke in bewegten Zeiten: Mit Positiver Psychologie zu Gesundheit, Glück und Erfolg*. (S. 93-129). Windmühle.

Strebel, A., Tantik, M. A. & Braun, O. L. (2023). Eine Metaanalyse. In O.L. Braun & S. Mihailović (Hrsg.) *Positive Psychologie: Digitale Vermittlung von Handlungskompetenzen und Mentaler Stärke: Gesundheit, Motivation und Leistung fördern* (S. 275-297). Springer https://doi.org/10.1007/978-3-662-65454-5_13

Strizek, J., Gaiswinkler, S., Nowotny, M., Puhm, A. & Uhl, A. (2023). *Handbuch Alkohol – Österreich: Band 3: Ausgewählte Themen*. Gesundheit Österreich GmbH. https://www.researchgate.net/publication/343223215_Handbuch_Alkohol_Osterreich_Band_3_Ausgewahlte_Themen#fullTextFileContent

Stüben, N. (2021). *Ohne Alkohol: die beste Entscheidung meines Lebens: Erkenntnisse, die ich gern früher gehabt hätte*. Kailash Verlag.

Stüben, N., Kilian, C., Schranz, A., Kraus, L., Möckl, J., Krowartz, E. M., Olderbak, S. & Manthey, J. (2024a). Das Geschäft mit der Sucht–wie viel Umsatz macht die Alkoholindustrie mit Risiko-und Hochkonsum? *Suchttherapie*, *25*(01), 29-34. https://doi.org/10.1055/s-0044-1790409

Stüben, N., Muscheidt, R. & Soyka, M. (2024b). Von Scham und Schuld bis Druck von außen–was motiviert Frauen mit Alkoholproblem, abstinent zu werden? *Suchttherapie*, *25*, 9-10. Springer. https://doi.org/10.1055/s-0044-1790313

Su, R., Tay, L. & Diener, E. (2017). The development and validation of the Comprehensive Inventory of Thriving (CIT) and the Brief Inventory of Thriving (BIT). *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *6*(3), 251-279**.** https://doi.org/10.1111/aphw.12027

Sudeck, G., Thiel, A. (2020). Sport, Wohlbefinden und psychische Gesundheit. In J. Schüler, M. Wegner & H. Plessner (Hrsg.) *Sportpsychologie*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-56802-6_24

Sulz, S. K. & Hauke, G. (2010). Was ist SBT? Und was war SKT?„3rd wave "-Therapie bzw. Kognitiv-Behaviorale Therapie (CBT) der dritten Generation. *Psychotherapie in Psychiatrie, psychotherapeutischer Medizin und klinischer Psychologie*, *15*(1), 10-21. https://edoc.ku.de/id/eprint/13575/

Süß, H. M. (2004). Zur differentiellen Wirksamkeit von psychosozialen Behandlungsmaßnahmen bei Alkoholabhängigen: Ein methodenkritischer Vergleich von systematischen Literaturübersichten und Metaanalysen. *Abhängigkeiten, 3*, 1-22. https://www.researchgate.net/publication/325545614_Zur_differentiellen_Wirksamkeit_von_psychosozialen_Behandlungsmassnahmen_bei_Alkoholabhangigen_Ein_methodenkritischer_Vergleich_von_systematischen_Literaturubersichten_und_Metaanalysen#fullTextFileContent

Tan, S. L. (2017). *Multiple health behaviors, subjective health, quality of life and sleep quality: Theory-based investigations and implications for health promotion and disease prevention*. (Dissertation Jacobs University Bremen)

Tan, S. L., Storm, V., Reinwand, D. A., Wienert, J., Vries, H. de & Lippke, S. (2018). Understanding the positive associations of sleep, physical activity, fruit and vegetable intake as predictors of quality of life and subjective health across age groups: A theory based, cross-sectional web-based study. F*rontiers in Psychology*, *9*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00977

Tangney, J. P., Baumeister, R. F. & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, *72*(2), 271–324. https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x

Taylor, P. J., Russ-Eft, D. F. & Chan, D. W. L. (2005). A meta-analytic review of behavior modeling training, *Journal of Applied Psychology, 90*(4), 692–709. https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.4.692

Teyssen, S. (2002). Interdisziplinäres Netzwerk zur Behandlung alkoholkranker Patienten - bei internistischen Patienten. Rolle des Arztes bei der Erkennung und Therapie der Alkoholkrankheit und alkoholassoziierter Organschäden. In G. Richter, H. Rommelspacher& C. Spies (Hrsg.), *Alkohol, Nikotin, Kokain... und kein Ende? Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts* (S. 212-225). Pabst Science Publishers.

Tiedemann, J. & Faber, G. (1995). Selbstkonzept und Kausalattributionen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie u. Pädagogische Psychologie*, *27*(1), 61-71. https://psycnet.apa.org/record/1995-86944-001

Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D. & Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *22*(4), 317-338. https://doi.org/10.1037/h0101729

Tolliver, B. K. & Anton, R. F. (2015). Assessment and treatment of mood disorders in the context of substance abuse. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *17*(2), 181-190. https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.2/btolliver

Tossmann, P. & Baumeister, S. (2008). Früher Substanzkonsum. In M. Klein (Hrsg.) *Kinder und Suchtgefahren: Risiken-Prävention-Hilfen. (S.*181-189). *Schattauer*

Tretter, F. & Müller, A. (2001a). *Psychologische Therapie der Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Hogrefe Verlag.

Tretter, F. & Müller, A. (2001b). Grundaspekte der Sucht. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 17-32). Hogrefe Verlag.

Tretter, F. & Müller, A. (2001c). Ursachenmodelle der Suchtforschung. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 33-72). Hogrefe Verlag.

Tretter, F. (2000). *Suchtmedizin: Der suchtkranke Patient in Klinik und Praxis*. Schattauer Verlagsgesellschaft.

Tretter, F. (2001c). Medizinische Aspekte der Suchtkrankentherapie. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 573-582). Hogrefe Verlag.

Tretter, F. (2020). Bio-psycho-soziales Modell – Steckbrief und Perspektiven. In C. Rummel & R. Gaßmann (Hrsg.), *Sucht: Bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin* (S. 13-25). Kohlhammer Verlag.

Trösken, A. K. (2002). *Das Berner Ressourceninventar: Ressourcenpotentiale und Ressourcenrealisierung aus konsistenztheoretischer Sicht* (Dissertation Universität Bern). http://www.allgemeinepsychotherapie.de/Dissertation.pdf

Tugade, M. M. & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, *86*(2), 320-333. https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320

Uhl, A. & Kobrna, U. (2001) Alkohol am Arbeitsplatz. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 26(3) 5-19.

Uhl, A., Strizek, J. & Busch, M. (2023). Alkoholpolitik in Österreich: Positive Entwicklungen trotz Ausweitung der Alkoholverfügbarkeit. *Sucht, 69*(4). 173-185. https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000825

Uhl-Bien, M. & Graen, G. B. (1998). Individual self-management: Analysis of professionals' self-managing activities in functional and cross-functional work teams. *Academy of Management Journal*, *41*(3), 340-350. https://doi.org/10.2307/256912

Unger, A., Brandt, L., Matznetter, A., Zachbauer, C., Fischer, G. & Jagsch, R. (2015). Substanzmissbrauchsmuster von Universitätsstudierenden: Regionale und Geschlechtsdifferenzen. *Suchttherapie*, *16*(01), 27-35. https://doi.org/10.1055/s-0034-1374625

Usher, E. L. & Pajares, F. (2008). Sources of Self-Efficacy in School: Critical Review of the Literature and Future Directions. *Review of Educational Research*, *78*(4), 751-796. https://doi.org/10.3102/0034654308321456

Van den Boogaart, H. (2000). Sucht und Kriminalität. In F. Stimmer (Hrsg.), *Suchtlexikon* (S. 598–603). Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Van Haaren, M. R. T. & Hendriks, H. F. J. (1999). Alkoholstoffwechsel. In M. V. Singer & S. Teyssen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten: Grundlagen - Diagnostik - Therapie* (S. 95-107). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-05657-8_8

Vansteenkiste, M., Lens, W. & Deci, E. L. (2006). Intrinsic versus extrinsic goal contents in self-determination theory: Another look at the quality of academic motivation. *Educational Psychologist*, *41*(1), 19-31. https://doi.org/10.1207/s15326985ep4101_4

Velicer, W. F., Hughes, S. L., Fava, J. L., Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1995). An empirical typology of subjects within stage of change. *AddictiveBbehaviors*, *20*(3), 299-320. https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)00069-B

Veltri, G. (1994). Konzepte des Glücks im antiken Judentum. In A. Bellebaum (Hrsg.), *Vom guten Leben: Glückvorstellungen in Hochkulturen* (S. 115-153). Akademie Verlag.

Veltrup, C. & Driessen, M. (1994). Sekundärprävention der Alkoholabhängigkeit: Motivationsarbeit. *Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung*, *6*, 103-107. https://core.ac.uk/download/pdf/15946662.pdf

Verdejo-Garcia, Antonio (Ed.) (2020). *Cognition and Addiction. A Researcher´s Guide From Mechanisms Towards Interventions*. Academic Press.

Verma, J. P. (2015). *Repeated Measures Design for Empirical Researchers* (1st ed.). Wiley.

Vohs, K. D. & Baumeister, R. F. (Eds.). (2016). *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. Guilford Publications.

Vollmer, H. C. & Domma, J. (2018). Selbstwirksamkeitserwartung, psychische Belastung und Therapieerfahrung als Prädiktoren der Abstinenz nach stationärer Behandlung–eine Replikationsstudie. *Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 64*(4), 197-205. https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000551

Vollmer, H. C. & Domma-Reichart, J. (2016). Ergebnisorientierte Klassifikation Alkoholabhängiger zu Beginn einer stationären Behandlung. *Sucht*. 62(2).75-84. https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000412

von Stietencrom, H. (1994). Das Glück und der Schatten der Verträglichkeit: Religiös-philosophische Konzeptualisierungen von Glück im alten Indien. In A. Bellebaum (Hrsg.), *Vom guten Leben: Glückvorstellungen in Hochkulturen* (S. 153-185). Akademie Verlag.

Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric. *Journal of nursing measurement*, *1*(2), 165-178. https://psycnet.apa.org/record/1996-05738-006

Walker, M. (2017). *Why we sleep: Unlocking the power of sleep and dreams*. Simon and Schuster.

Warner, R. M. (2012). *Applied Statistics: From Bivariate Through Multivariate Techniques* (2nd ed.). Sage Publications Ltd. https://psycnet.apa.org/record/2013-37548-000

Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*(4), 678-691. https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678

Watling, J., Pawlik, B., Scott, K., Booth, S. & Short, M. A. (2017). Sleep loss and affective functioning: more than just mood. *Behavioral sleep medicine*, *15*(5), 394-409. https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1141770

Watson, D. & Clark, L. A. (1992). On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *Journal of Personality*, 60, 441–476. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00980.x

Watzl, H. & Singer, M. V. (2005). Alkohol und Alkoholismus: Kulturgeschichtliche Anmerkungen. In M. V. Singer & S. Teyssen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten: Grundlagen - Diagnostik - Therapie* (2. Aufl.). Springer. https://doi.org/10.1007/3-540-26446-9_1

Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, *92*(4), 548-573. https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.548

Weis, R. & Speridakos, E. C. (2011). A meta-analysis of hope enhancement strategies in clinical and community settings. *Psychology of well-being: Theory, Research and Practice*, *1*, 1-16. https://doi.org/10.1186/2211-1522-1-5

Weiss, L. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T. & Coyne, J. (2016). Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well- being: A meta-analysis of randomized controlled trials. 11(6). e0158092. *PloS one*. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158092

Weisweiler, S., Dirscherl, B. & Braumandl, I. (2012). *Zeit-und Selbstmanagement: Ein Trainingsmanual–Module, Methoden, Materialien für Training und Coaching. Arbeitsmaterialien im Web*. Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-642-19888-5

Wells, G. (2017). *The ripple effect: Sleep better, eat better, move better, think better*. HarperCollins.

Wendt, K. (2017). *Suchthilfe & Suchttherapie: Leitfaden für die Praxis*. Schattauer Verlag.

WHO (1947). https://www.who.int/about/governance/constitution

Wiese, B. S. (2008). Selbstmanagement im Arbeits- und Berufsleben. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, *7*(4), 153-169. https://doi.org/10.1026/1617-6391.7.4.153

Wilken, B. (2019). *Methoden der kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis* (8. Aufl.). WilkenKohlhammer.

Willutzki, U. (2000). *Positive Perspektiven in der Psychotherapie* (Unveröffentlichte Habilitationsschrift Ruhr-Universität Bochum)

Wilson, A. D., Roos, C. R., Robinson, C. S., Stein, E. R., Manuel, J. A., Enkema, M. C. & Witkiewitz, K. (2017). Mindfulness-based interventions for addictive behaviors: Implementation issues on the

road ahead. *Psychology of addictive behaviors*, *31*(8), 888-896. https://dx.doi.org/10.1037/adb0000319

Wirtz, M.A. (2021). *Lexikon der Psychologie.* Hogrefe.

Witkiewitz, K. & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist, 59*(4), 224–235. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.224

Witkiewitz, K., Hallgren, K. A., Kranzler, H. R., Mann, K. F., Hasin, D. S., Falk, D. E., Litten, R.Z., O´Malley, S.S. & Anton, R. F. (2017). Clinical validation of reduced alcohol consumption after treatment for alcohol dependence using the World Health Organization risk drinking levels. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *41*(1), 179-186. https://doi.org/10.1111/acer.13272

Witkiewitz, K., Kranzler, H. R., Hallgren, K. A., O'Malley, S. S., Falk, D. E., Litten, R. Z., Hasin, D. S., Mann, K. F. & Anton, R. F. (2018). Drinking Risk Level Reductions Associated with Improvements in Physical Health and Quality of Life Among Individuals with Alcohol Use Disorder. *Alcoholism Clinical And Experimental Research*, *42*(12), 2453–2465. https://doi.org/10.1111/acer.13897

Witkiewitz, K., Litten, R. Z. & Leggio, L. (2019). Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Science Advances*, *5*(9). eaax4043. https://doi.org/10.1126/sciadv.aax4043

Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *19*(3). https://depts.washington.edu/abrc/mbrp/reprints/MBRPAlcoholSUDs2005.pdf

Witkiewitz, K., Montes, K. S., Schwebel, F. J. & Tucker, J. A. (2020). What is recovery? *Alcohol Research: Current Reviews, 40*(3), 1-12. https://doi.org/10.35946/arcr.v40.3.01

Wittfoot, J. & Driessen, M. (2000). Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität – ein Überblick. *Suchttherapie, (1*) 8-15. Georg Thieme Verlag. http://dx.doi.org/10.1055/s-2000-13133

Wong, P. T. (2010). What is existential positive psychology. *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*, *3*(1), 1-10. http://www.drpaulwong.com/wp-content/uploads/2013/09/what-is-existential-positive-psychology.pdf

Wong, P. T. (2016a). Self-transcendence: A paradoxical way to become your best. *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*, *6*(1), 9. Microsoft Word - Self-Transcendence_A Paradoxical Way to Become Your Best (2016 Aug 15).docx (drpaulwong.com)

Wong, P. T. (2020). Existential positive psychology and integrative meaning therapy. *International Review of Psychiatry*, *32*(7-8), 565-578. https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1814703

Wong, P. T. (2021). The Frankl cure for the 21st century: Why self-transcendence is the key to mental health and flourishing. *The International Forum for Logotherapy*,41 (2), (pp. 33-50). https://www.researchgate.net/publication/353021204_The_Frankl_Cure_for_the_21st_Century_Why_Self-_Transcendence_is_the_Key_to_Mental_Health_and_Flourishing_Positive_Psychol_ogy_Goes_to_Hell_and_Back_A_Festival_to_Celebrat_e_the_Human_Spirit_FOLLOW_US_#fullTextFileContent

Wong, P. T. P. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 52*(2), 69-81 https://doi.org/10.1037/a0022511

Wong, P. T. P. (2016). Integrative meaning therapy: From logotherapy to existential positive interventions. In P. Russo-Netzer, S. E. Schulenberg, & A. Batthyany (Eds.) *Clinical perspectives on meaning: Positive and existential psychotherapy* (pp. 323–342). Springer International Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-319-41397-6_16

Wood, A. M. & Johnson, J. (2016b). Positive clinical psychology: An introduction. In A.M. Wood & J. Johnson. *The Wiley handbook of positive clinical psychology*, (pp.1-17). John Wiley & Sons. https://doi.org/10.1002/9781118468197.ch1

Wood, A. M. & Johnson, J. (Eds.). (2016a). *The Wiley handbook of positive clinical psychology*. Oxford: John Wiley & Sons. https://doi.org/10.1002/9781118468197

Wood, A. M. & Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, *30*(7), 819-829. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.003

World Health Organization (WHO). (1946). *The WHO Constitution*. WHO.

World Health Organization (WHO). (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9241562943

Yalom, I. D. (2020). *Existential psychotherapy*. Hachette UK.

Yamashita, A., Yoshioka, S. I. & Yajima, Y. (2021). Resilience and related factors as predictors of relapse risk in patients with substance use disorder: a cross-sectional study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *16*(1), 40. https://doi.org/10.1186/s13011-021-00377-8

Young, M. D., Plotnikoff, R. C., Collins, C. E., Callister, R. & Morgan, P. J. (2014). Social cognitive theory and physical activity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, *15*(12), 983-995. https://doi.org/10.1111/obr.12225

Yu, L., Shek, D. T. L. & Zhu, X. (2018). The Influence of Personal Well-Being on Lear- ning Achievement in University Students Over Time: Mediating or Moderating Effects of Internal and External University Engagement. *Frontiers in Psychology, 8*, 1–16. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02287

Zeidler, D. H. (2009). *Intrapersonale Ressourcen in der Gesundheitsförderung: Die Bedeutung von Selbstwirksamkeitserwartung, Natur und Spiritualität für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit*. (Diplomarbeit Universität Wien). https://www.researchgate.net/publication/279804322_Intrapersonale_Ressourcen_in_der_Gesundheitsforderung#fullTextFileContent

Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R. & Marlatt, A. (2009). Mindfulness meditation for substance use disorders: A systematic review. *Substance Abuse*, *30*(4), 266-294. https://doi.org/10.1080/08897070903250019

Zhang, A., Franklin, C., Currin-McCulloch, J., Park, S. & Kim, J. (2018). The effectiveness of strength-based, solution-focused brief therapy in medical settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Behavioral Medicine*, *41*, 139-151. https://doi.org/10.1007/s10865-017-9888-1

Zielinski, J. (2024). Ernährung und Psyche. *Ernährung & Medizin*, *39*(03), 145-149.

Zingg, C., Schmidt, P., Küfner, H., Kolb, W., Zemlin, U. & Soyka, M. (2009). Der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Alkoholabstinenz bei ambulant und stationär behandelten Patienten: Ergebnisse einer 2-Jahres-Katamnese. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *59*(08), 307-313. http://dx.doi.org/10.1055/s-2008-1067530

Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M. & Bagby, M. R. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*, *17*(2), 137-147. https://doi.org/10.1080/10503300600919380

**Hinweis zum Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI)**

Zur Unterstützung bei der sprachlichen Optimierung, der Überprüfung von Grammatik sowie der Verbesserung von Formulierungen wurde **ChatGPT** (basierend auf **GPT-4** von **OpenAI**, Zugriff über https://chat.openai.com, Stand: März 2025) eingesetzt. Die inhaltliche Verantwortung für sämtliche Texte, Argumentationen und wissenschaftlichen Ausführungen dieser Arbeit liegt vollständig bei der Verfasserin/dem Verfasser. Eine inhaltliche Generierung oder eigenständige Texterstellung durch die KI fand **nicht** statt; die KI wurde ausschließlich als unterstützendes Werkzeug im Sinne einer sprachlichen Korrekturhilfe verwendet.

3.8 Anhang

# Appendix

# Anhang

# Anhang A – AUDIT-C

Sie finden nachfolgend Fragen, die sich auf Ihre Alkoholtrinkgewohnheiten beziehen. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am ehesten zutrifft, auch wenn es Ihnen manchmal schwer fällt, sich für eine zu entscheiden.

Ein Glas Alkohol entspricht:

0,33 Liter Bier
0,25 Liter Wein oder Sekt 0,02 Liter Spirituosen

**1. Wie oft trinken Sie Alkohol?**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nie | etwa einmal pro Monat | 2 – 4 mal pro Monat | 2 – 3 mal pro Woche | 4-mal oder öfter pro Woche |

**2. Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 oder 2 | 3 oder 4 | 5 oder 6 | 7 oder 8 | 10 oder mehr |

**3. Wie oft haben Sie an einemTag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken?**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nie | seltener als 1-mal pro Monat | 1-mal pro Monat | 1-mal pro Woche | Täglich oder fast täglich |

**Gesamtpunktzahl: ____**

## Auswertung

Für die Auswertung werden die Punkte zu einer Gesamtpunktzahl summiert. Punkte werden von 0 bis 4 vergeben. 0 bedeutet keinen Alkoholkonsum („nie“ bzw. „1-2“). Die AUDIT-C-Gesamtpunktzahl kann zwischen 0 bis 12 Punkten liegen.

**Interpretation:**

- − Bei Männern gilt ein Wert von 4 oder mehr als positiv.
- − Bei Frauen gilt ein Wert von 3 oder mehr als positiv.
- − Je höher die Punktzahl, desto höher das Risiko und die gesundheitlichen Folgen.

**Orginalarbeit:** Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R. & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, *88*(6), 791-804.

# Anhang B – DSM 5-Diagnosekriterien

Diagnose DSM-5:

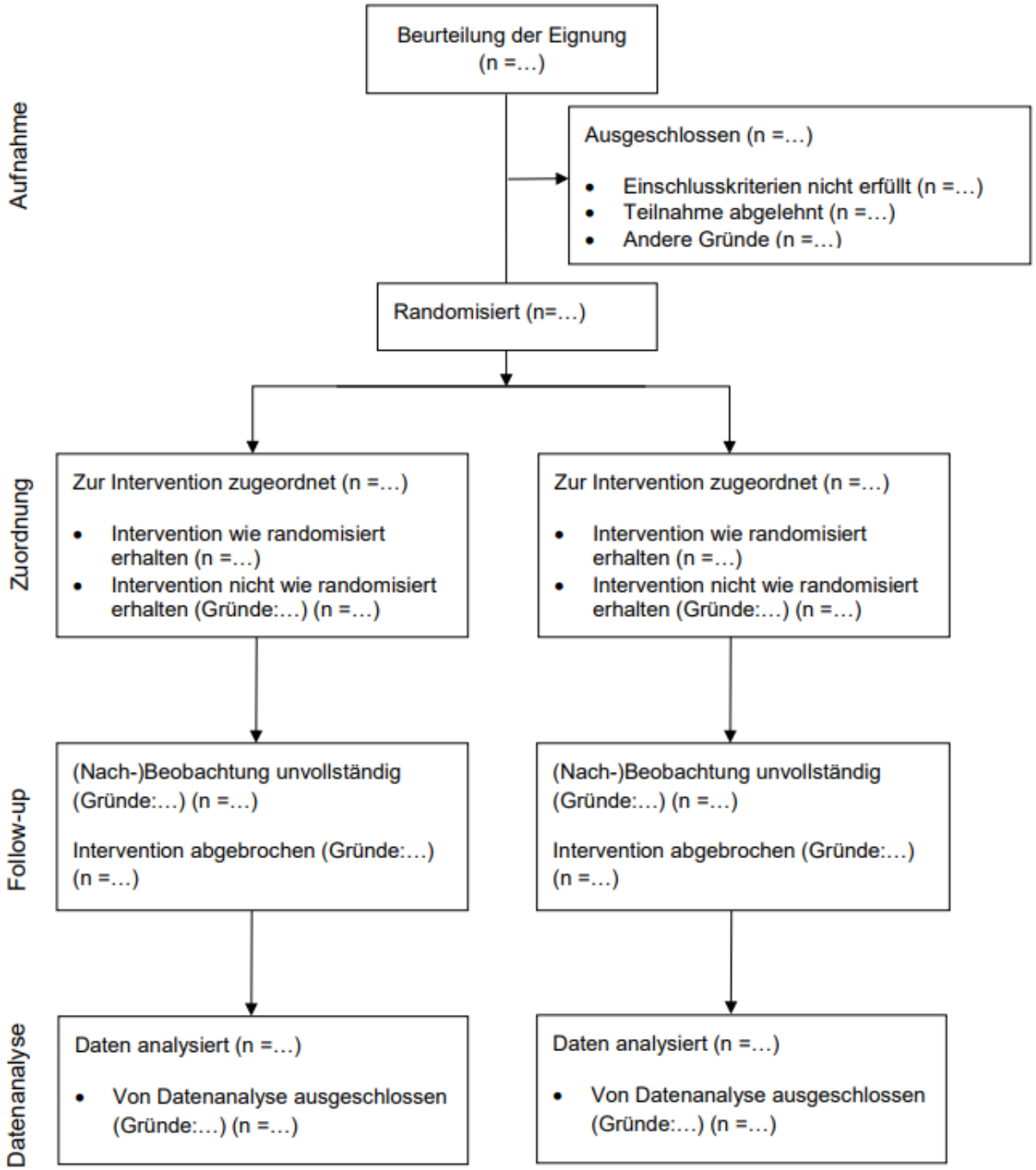
- ☐ Alkohol wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert.
- ☐ Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern.
- ☐ Hoher Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von seiner Wirkung zu erholen.
- ☐ Craving oder ein starkes Verlangen, Alkohol zu konsumieren.
- ☐ Wiederholter Alkoholkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.
- ☐ Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen von Alkohol verursacht oder verstärkt werden.
- ☐ Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.
- ☐ Wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt.
- ☐ Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch Alkohol verursacht wurde oder verstärkt wird.
- ☐ Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
  - o Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen.
  - o Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge an Alkohol.

- ☐ Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
  - o Charakteristisches Entzugssyndrom in Bezug auf Alkohol (siehe Kriterien A und B der Kriterien für Alkoholentzug nach DSM-5)
  - o Alkohol (oder eine sehr ähnliche Substanz, wie etwa Benzodiazepine) wird konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.

**Diagnose DSM-5:**

- ☐ Nein
- ☐ Mild (2-3 Kriterien)
- ☐ Moderat (4-5 Kriterien)
- ☐ Schwer (6-11 Kriterien)

# Anhang C: CONSORT Flussdiagramm



# Anhang D: Interview – Leitfaden – Betroffene

| **Deduktive Kategorien** | **Leitfrage** | **Erklärung/ Erzählaufforderung** |
|---|---|---|
| **Einleitung/Hinführung** | | Begrüßung und Vorstellung<br>Rahmenbedingungen<br>Zweck und Sinn des Forschungsprojekts und der Interviewstudie<br>Demographische Daten<br><br>Wie geht es Ihnen? Wie ist Ihr Wohlbefinden? Auf einer Skala von eins bis zehn?<br>Erläuterung zum Thema Wohlbefinden – Komponenten |
| **Bedarf** – Belastungen/Folgen | Wie hat die Alkoholabhängigkeitserkrankung ihr Wohlbefinden eingeschränkt? Was waren die gravierendsten Folgen? | Wie hat die Erkrankung ihr Wohlbefinden auf physischer, psychischer und sozialer Ebene eingeschränkt?<br><br>Ich nenne Ihnen jetzt ein paar Komponenten, von denen man weiß, dass sie Säulen des Wohlbefindens sind. Ich möchte Sie bitten jeweils auf einer Skala von 1 bis 10 einzuschätzen, wie sich die Erkrankung auf diese Komponenten ausgewirkt hat, also wie stark sich die Sucht auf ein bestimmtes Erleben ausgewirkt hat. Ist das verständlich?<br><br>Auf einer Skala von 1 – 10: Wie sehr ist das Erleben Positiver Emotionen von der Erkrankung betroffen? Was können Sie mir sonst noch dazu sagen - Positive Emotionen und Ihre Erkrankung?<br><br>Auf einer Skala von 1 – 10: Wie sehr ist das Erleben von Engagement und eigener Stärke bzw. Kompetenz (Was können Sie mir sonst noch dazu sagen?<br><br>Auf einer Skala von 1 – 10: Wie sehr ist das Erleben von Sinn/Sinnerleben (Sinnhaftigkeit in eigenen Handlungen Erkennen, Gefühl haben, dass Leben bedeutsam ist – |

| | | |
|---|---|---|
| | | auch dass es Sinn macht, es sich lohnt sich anzustrengen Herausforderungen zu bewältigen)<br><br>Auf einer Skala von 1 – 10: Wie sehr ist das Erleben Ihren sozialen Beziehungen (Familie, Freunde, Kollegen, Bekannte + freundliche Haltung gegenüber den Mitmenschen und Verbundenheit zu ausgewählten Personen, Bindung)<br><br>Auf einer Skala von 1 – 10: Wie sehr war das Erreichen von Zielen (+ der dazugehörigen Motivation) davon betroffen?<br><br>Auf einer Skala von 1 – 10: Wie sehr ist Ihre Vitalität (Ernährung, Bewegung, Schlaf) davon betroffen?<br><br>Auf einer Skala von 1 – 10: Wie sehr ist Ihre Wahrnehmung, Aufmerksamkeit bzw. Achtsamkeit davon betroffen?<br><br>Welche diesbezüglichen Aspekte sind in einer Entwöhnungsbehandlung besonders wichtig, sollten fokussiert werden und wie? |
| **Bedarf** – Vorwissen/ Kompetenz/Umsetzung | Was wissen Sie zum Thema Wohlbefinden? Wovon es abhängt, wie es positiv beeinflusst werden kann? | Bei Bedarf nochmalige Erklärung, genauere Definition von Wohlbefinden. |
| | Glauben Sie, dass Sie etwas tun können, um ihr Wohlbefinden positiv zu beeinflussen? | Was wissen Sie, was Sie tun können/müssen, damit es Ihnen gut geht? Wie muss ihr Tag sein, ihr Alltag, Ihr Leben? Was muss dabei sein? Was gehört dazu? Körperlich, seelisch, sozial?<br>Was tun Sie derzeit konkret? |
| | Kennen Sie die Begriffe Positive Psychologie und Selbstmanagement? Was können Sie mir dazu sagen? | Erläuterung Selbstmanagement und Positive Psychologie |

| | | |
|---|---|---|
| **Bedarf** - Rückfälligkeit | Was sind die häufigsten Auslöser für Rückfälligkeit? Was sind potenzielle Gefahren/Hürden? | Auf physischer, psychischer, sozialer Ebene? |
| **Bedarf -** Angebot | Was wird von der Suchthilfe Klinik während der stationären Entwöhnung angeboten, um Ihr psychisches und physisches und soziales Wohlbefinden zu verbessern? | |
| **Bedarf -** Nutzung | Nehmen sie das Angebot in Anspruch? Was setzten Sie eigenverantwortlich um? | Könnte es noch mehr sein? Was würden sie sich wünschen? |
| **Bedarf –** Motivation/ Lernbereitschaft | Sind Sie motiviert Selbstmanagementtechniken zu erlernen und auszuprobieren, um ihr psychisches und physisches Wohlbefinden zu verbessern? | Ist ein Training, in dem man lernt, sein Wohlbefinden positiv zu beeinflussen, also konkrete Techniken an die Hand bekommt wichtig/ sinnvoll während der Entwöhnung? |
| **Anforderungen-** allgemein | Wie sollte so ein Training, so ein Angebot, so ein Kurs sein, damit es etwas bringt? Wie muss es sein, dass Sie sich etwas mitnehmen können? Davon profitieren? Es hilfreich ist? Oder Sie motiviert sind? | |
| **Anforderungen -** Inhalt | Welche Themen in Bezug auf Selbstmanagement von Wohlbefinden sollten fokussiert werden? Wie sollte ein Training inhaltlich gestaltet sein? | |
| **Anforderung -** Methode | Wie sollte es methodisch gestaltet sein? Länge, Art, Theorie/Praxis-Verhältnis? | Wie lang sollte es sein? Wie oft in der Woche?<br><br>Wie sollte das Verhältnis Theorie zu Praxis sein? Mehr theoretisch? Also Wissen zu den Themen? Oder mehr Praxis - also Übungen usw.?" |

| | | |
|---|---|---|
| **Passung/Abgleich** | Ich möchte Ihnen jetzt ein Training vorstellen, also kurz umreißen, und würde dann um Ihre Einschätzung bitten. | Vorstellung und Veranschaulichung des GPS-Trainings, sowohl inhaltlich als auch methodisch.<br>Denken Sie, dass das ein gutes zusätzliches Angebot der Klinik wäre? Braucht es das? |
| **Abschluss** | Zusammenfassung der Kernaussagen<br>Frage nach Ergänzungen und Korrekturen<br>Angebot der Einsichtnahme<br>Dank und Verabschiedung | |

# Anhang E: Interview – Leitfaden – Experten

| Deduktive Kategorien | Leitfrage | Erklärung/ Erzählaufforderung |
|---|---|---|
| **Einleitung/Hinführung** | | Begrüßung und Vorstellung<br>Rahmenbedingungen<br>Zweck und Sinn des Forschungsprojekts und der Interviewstudie<br>Demographische Daten Alter, Beruf, Berufserfahrung<br><br>Erklärung, genauere Definition von Wohlbefinden und Gesundheit – Komponenten nach WHO Definition |
| **Bedarf** – Belastungen/Folgen | Was sind Ihrer/Deiner Erfahrung nach die schwerwiegendsten Probleme und Folgen einer Alkoholabhängigkeit? | Wie schränkt die Erkrankung das Wohlbefinden auf physischer, psychischer und sozialer Ebene? Wo/wie wirkt sich die Erkrankung auf das Wohlbefinden aus?<br><br>Was kannst du/ können Sie mir diesbezüglich zu den Komponenten<br>Erleben Positiver Emotionen sagen? Wie sehr ist das von der Erkrankung betroffen?<br>Erleben von Engagement und eigener Stärke bzw. Kompetenz<br>Erleben von Sinn/Sinnerleben (Sinnhaftigkeit in eigenen Handlungen Erkennen, Gefühl ha<br>ben, dass Leben bedeutsam ist – auch dass es Sinn macht, es sich lohnt sich anzustrenger<br>Herausforderungen zu bewältigen)<br>Sozialer Beziehungen (Familie, Freunde, Kollegen, Bekannte + freundliche Haltung gegen·<br>über den Mitmenschen und Verbundenheit zu ausgewählten Personen, Bindung)<br>Erreichen von Zielen (+ der dazugehörigen Motivation)<br>Vitalität (Ernährung, Bewegung, Schlaf)<br>Wahrnehmung, Aufmerksamkeit bzw. Achtsamkeit davon betroffen? |
| | Welche diesbezüglichen Aspekte sind in einer Entwöhnungsbehandlung | |

| | | |
|---|---|---|
| | besonders wichtig, sollten fokussiert werden und wie? | |
| **Bedarf** – Vorwissen/ Kompetenz/Umsetzung | Was wissen Patienten zum Thema Wohlbefinden und wie es positiv beeinflusst werden kann?<br><br>Glauben Patienten, dass sie etwas tun können, um ihr Wohlbefinden positiv zu beeinflussen?<br><br>Haben Sie Kompetenzen und werden diese umgesetzt?<br><br>Kennen Patienten die Begriffe Positive Psychologie und Selbstmanagement?<br><br>Kennst Du diese Begriffe und kommen sie in der Therapie/Entwöhnungsbehandlung vor? | Bei Bedarf nochmalige Erklärung, genauere Definition von Wohlbefinden. |
| **Bedarf** - Rückfälligkeit | Was sind die häufigsten Auslöser für Rückfälligkeit? Was sind potenzielle Gefahren/Hürden? | Auf physischer, psychischer, sozialer Ebene? |
| **Bedarf -** Angebot | Was wird von der Suchthilfe Klinik während der stationären Entwöhnung angeboten, um psychisches und physisches und soziales Wohlbefinden zu verbessern? | |

| | | |
|---|---|---|
| **Bedarf -** Nutzung | Wird das Angebot in Anspruch genommen? | Könnte es noch mehr sein? Was würden sie sich wünschen? |
| **Bedarf –** Motivation/ Lernbereitschaft | Sind Patienten motiviert Selbstmanagementtechniken zu erlernen und auszuprobieren, um ihr psychisches und physisches Wohlbefinden zu verbessern? | Ist ein Training, in dem man lernt, sein Wohlbefinden positiv zu beeinflussen, also konkrete Techniken an die Hand bekommt, wichtig/ sinnvoll während der Entwöhnung? |
| **Anforderungen-** allgemein | Wie sollte so ein Training, so ein Angebot, so ein Kurs sein, damit es etwas bringt? Wie muss es sein, dass Sie sich etwas mitnehmen können? Davon profitieren? Es hilfreich ist? Oder motiviert sie sind? | |
| **Anforderungen -** Inhalt | Welche Themen in Bezug auf Selbstmanagement von Wohlbefinden sollten fokussiert werden? Wie sollte ein Training inhaltlich gestaltet sein? | |
| **Anforderung - Methode** | Wie sollte es methodisch gestaltet sein? Länge, Art, Theorie/Praxis-Verhältnis? | Wie lang sollte es sein? Wie oft in der Woche?<br><br>Wie sollte das Verhältnis Theorie zu Praxis sein? Mehr theoretisch? Also Wissen zu den Themen? Oder mehr Praxis - also Übungen usw.? |
| **Passung/Abgleich** | Ich möchte Ihnen jetzt ein Training vorstellen, also kurz umreißen und würde dann um Ihre Einschätzung bitten. | Vorstellung und Veranschaulichung des GPS-Trainings, sowohl inhaltlich als auch methodisch.<br>Denken Sie, dass das ein gutes zusätzliches Angebot der Klinik wäre? Braucht es das? |
| **Abschluss** | Zusammenfassung der Kernaussagen<br>Frage nach Ergänzungen und Korrekturen<br>Angebot der Einsichtnahme<br>Dank und Verabschiedung | |

# Anhang F: Trainingskonzept Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement – Studie II

Modul I: Ziele & Motivation

| **Zeit** | **Inhalte - Theorie** | **Übungen - Praxis** | **Didaktik & Umsetzung** |
|---|---|---|---|
| 09:00 | Begrüßung | | Flip-Chart |
| 09:05 | Startrunde – Befindlichkeitsblitzlicht<br>Rahmenbedingungen und Ablaufübersicht | Karten wählen – Symbolisierung der Stimmung | Visualisierung auf dem Flip-Chart |
| 09:15 | Hinführung zum Thema – Sinn von Zielen und unterschiedliche Ziele (z.B. Abstinenz, Gesundheit, Wohlbefinden)<br><br>Theorie Zielformulierung – Unterschiede | Partner-Übung: Austausch über das Abstinenzziel und Zukunftsorientierung | Psychoedukation<br><br>Visualisierung Flip-Chart<br><br>Arbeitsbuch |
| 09:40 | Annäherungsziel – Zukunftsorientierung | Zurufabfrage – Beispiele für gewählte Ziele | |
| 09:55 | Pause | | |
| 10:00 | POSITIV-Zielrahmen<br>Am Beispiel Abstinenz veranschaulicht | Übung Zurufabfrage: prägnant, positiv, im Präsens formuliertes Annäherungsziel | Psychoedukation<br><br>Visualisierung Flip-Chart<br><br>Arbeitsbuch |
| 10:30 | Anleitung für Wochenaufgabe Ziele nach POSITIV Zielrahmen formulieren | Übung im Plenum – Positives Gesundheitsverhalten im POSITIV- Zielrahmen formulieren<br><br>Übung: im Arbeitsbuch eigenes Ziel nach POSITIV-Zielrahmen formulieren | Arbeitsbuch |
| 10:55 | Pause | | |
| 11:00 | Einführung zu Motivation<br><br>Hintergrund: Selbstbestimmungstheorie | Übung & Zurufabfrage: Warum bist du heute, vor 3 Monaten, im letzten Urlaub aufgestanden – Einteilung muss, soll, will | Psychoedukation<br><br>Visualisierung Flip-Chart |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | Arbeitsbuch |
| 11: 15 | Motivationskontinuum<br>Veranschaulichung an Abstinenzziel und Gesundheits-verhalten | Zurufabfrage: Einzelne Motivationsformen, Beispiele in Bezug zu Abstinenzziel, Gesundheitsverhalten oder vor-her im Plenum genanntem geeignetem Ziel | Psychoedukation<br><br>Visualisierung Flip-Chart<br><br>Arbeitsbuch |
| | Bewegung von extrinsischer zu intrinsischer Motiva-tion - Koppelung an Grundbedürfnisse | Übung: „Wonderful life Question“ | |
| 11: 45 | Erklärung der Wochenaufgabe & Verabschiedung | | Arbeitsbuch |

| | Inhalt |
|---|---|
| Gruppen - Diskussion | Austausch über unterschiedliche Ziele<br>Austausch über unterschiedliche Gründe/Motivationen in der Einrichtung zu sein und für andere Ziele<br>Austausch über Inhalte der Plenumseinheit Ziele & Motivation – was macht Sinn?<br>Austausch über Grundbedürfnisse<br>Austausch über das Konzept der Achtsamkeit |
| Eigenarbeit Basis- Übungen | Was ist gut gelaufen“- Übung im Arbeitsbuch<br>Dankbarkeits-Übung im Arbeitsbuch<br>Maßnahmen-Übung im Arbeitsbuch |
| Eigenarbeit Aufbau-Übungen | Besuch einer Nachsorge-Gruppe<br>Zielformulierung eines (oder mehrerer) Ziele nach dem POSITIV-Zielrahmen - Arbeitsbuch<br>Übung „Wenn ich am Ende meines Lebens auf der Veranda sitze…“ im Arbeitsbuch – Ziel-klärung |

Modul II: Wege & Hindernisse

| Zeit | Inhalte | Übungen | Didaktik |
|---|---|---|---|
| 09:00 | Begrüßung | | Visualisierung Flip-Chart |
| 09:05 | Startrunde Befindlichkeitsblitzlicht – Wetterkarte<br><br>Rahmenbedingungen, Ablauf | Karten wählen – Visualisierung Wetterkarte | Visualisierung Flip-Chart |
| 09:15 | Hinführung zum Thema – Bisherige Entwicklung – versch. Wege; wichtiger Aspekt Zuversicht | Austausch im Plenum | |
| 09:25 | Hope Theory (Rand & Tuoza, 2021; Snyder et al., 2002; Snyder, 2003)<br><br>Aspekte der Zuversicht:<br>Zielformulierung<br>Denken in Wegen<br>Denken in Handlungsfähigkeit | Übung im Plenum -<br>Zielformulierung von Modul I oder neu<br>Reflektion bisherige Wege | Psychoedukation<br><br>Visualisierung Flip-Chart<br><br>Begleitung im Arbeitsbuch |
| 09. 45 | Potenzielle Wege | Übung im Plenum – Tagesstruktur - Austausch | Visualisierung Flip-Chart<br>Arbeitsbuch |
| 09:55 | Pause | | |
| 10:00 | Potenzielle Wege – Aktivitäten-Listen | Übung im Plenum – Aktivitäten-Listen - Austausch | Visualisierung Flip-Chart<br>Arbeitsbuch |
| 10:15 | Handlungsfähigkeit<br>Umgang mit Hindernissen<br><br>WOOP-Methode | Partner- Übung: Potenzielle Hindernisse und Lösungswege<br>Austausch im Plenum | Psychoedukation<br><br>Visualisierung Flip-Chart<br><br>Begleitung im Arbeitsbuch |
| 10:30 | Dysfunktionale Kognitionen | „Die Geschichte mit dem Hammer….“ | Psychoedukation<br><br>Visualisierung Flip-Chart<br><br>Begleitung im Arbeitsbuch |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10:55 | Pause | | |
| 11:00 | ABCD-Modell<br><br>5-Step-Modell | Plenums-Übung: Exemplarisch ABCD/ 5 -Step | Psychoedukation<br><br>Visualisierung Flip-Chart<br><br>Begleitung im Arbeitsbuch |
| 11:35 | Erklärung der Wochenaufgabe & Verabschiedung | | |

| | **Inhalt** |
|---|---|
| Diskussion | Austausch über Hoffnung und Zuversicht<br>Austausch über Tagesstruktur & Aktivitäten<br>Austausch potenzielle Hindernisse und Strategien & WOOP-Methode<br>Dysfunktionale Kognitionen<br>ABCD-Modell als Lösung |
| Eigenarbeit Basis- Übungen | Was ist gut gelaufen“-Übung im Arbeitsbuch<br>Dankbarkeits-Übung<br>Maßnahmen-Übung |
| Eigenarbeit Aufbau-Übungen | Wochenplan führen im Arbeitsbuch<br>Aktivitäten-Liste befüllen im Arbeitsbuch<br>Risikosituationen und Lösungsstrategien<br>Dysfunktionale Kognitionen detektieren und ABCD-Modell anwenden |

Modul III: Wohlbefinden & Zufriedenheit

| **Zeit** | **Inhalte** | **Übungen** | **Didaktik** |
|---|---|---|---|
| 09:00 | Begrüßung | | Visualisierung mit Flip-Chart |
| 09:05 | Startrunde<br>Befindlichkeitsblitzlicht<br>Rahmenbedingungen - Ablauf | Das Hase – Pistole Spiel<br>Karten | |
| 09:15 | | Zurufabfrage: Was bringt Wohlbefinden, Glück, Lebenszufriedenheit eigentlich? | Psychoedukation<br><br>Visualisierung Flip-Chart<br><br>Begleitung im Arbeitsbuch |
| 09:25 | Die Nonnenstudie | | Psychoedukation |
| 09:35 | Theorien zu Wohlbefinden und Glück:<br>Subjektives Wohlbefinden – Hedonistic, Eudaimonic, Prudential, Chaironic Happiness | | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| 09:45 | Psychologisches Wohlbefinden - Eudaimonisches Glück – Sinn | Zurufabfrage: Wie geht das mit dem Glück, Wohlbefinden eigentlich? | |
| 09:55 | Pause | | |
| 10:00 | Psychologisches Wohlbefinden - Eudaimonisches Glück – Sinn | Übung: Partner-Gespräch zum Thema Sinn<br>Zurufabfrage – Sammeln der Beispiele | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| 10:30 | | Übung: Exemplarisches „Best-Possible-Self" Integration der Themen Wohlbefinden, Positives Gesundheitsverhalten, Achtsamkeit | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| 10:45 | Subjektives Wohlbefinden – Hedonistisches Glück | | |
| 10:55 | Pause | | |
| 11:00 | Savouring<br><br>Broad and Built | Übung: Vier-Felder-Tafel des Genießens – Beispiele finden<br><br>Positive Emotionen: Beispiele finden | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11:45 | Wochenaufgabe & Verabschiedung | | Arbeitsbuch |

| | **Inhalt** |
|---|---|
| Diskussion | Austausch über was bringt Wohlbefinden<br>Austausch über Glück, Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität<br>Austausch über Zusammenhang Wohlbefinden, Positives Gesundheitsverhalten, Achtsamkeit |
| Eigenarbeit Basis- Übungen | Was ist gut gelaufen"- Übung im Arbeitsbuch<br>Dankbarkeits-Übung<br>Maßnahmen-Übung |
| Eigenarbeit Aufbau-Übungen | Best-Possible Self<br>Pleasure Walk<br>Beispiele für 10 Positive Emotionen nach Fredrickson<br>VIA-Test (Charakterstärken) |

Modul IV: Stärken & Flow

| **Zeit** | **Inhalte** | **Übungen** | **Didaktik** |
|---|---|---|---|
| 09:00 | Begrüßung | | Visualisierung mit Flipchart |
| 09:05 | Startrunde - Befindlichkeitsblitzlicht<br>Rahmenbedingungen und Ablauf | Karten wählen - Smileys | |
| 09:15 | Hinführung zum Thema Flow mit dem PERMA-Modell und der 4-Felder-Tafel (Hedonic -, Eudaimonic-, Prudential-, Chaironic-Happiness) | | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| 09:30 | Flow-Konzept | Übung: mit Partner oder in der Kleingruppe Flow-Aktivitäten finden (von Flow Erfahrung berichten) | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Zurufabfrage: Beispiele für Flow-Aktivitäten und dabei vorkommende persönliche Stärken | |
| 9:50 | Pause | | |
| 10:0= | Hinführung zum Stärken-Thema | Übung: Enthusiasmus erzeugende Fragen<br>Was haben Sie früher gerne/gut gemacht?<br>Was begeistert Sie im „Hier und Jetzt“?<br>Worauf freuen Sie sich? | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| 10:15 | Values in Action<br><br>Charakter-Stärken | Ergebnisse des VIA-Tests<br>Übung: Zurufabfrage über Stimmigkeit -Subtraktionsübung | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>(Darstellung von A. Blickhan)<br>Arbeitsbuch |
| 10:50 | Pause | | |
| 11:00 | | Übung: Stärken-Time-Line<br>Exemplarisch und individuell | |
| 11:25 | | Übung: Reflexion zu Nutzen vom Einsatz von Stärken im Umgang mit Erkrankung<br>Zurufabfrage - Beispiele | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| 11:40 | Wochenaufgabe & Verabschiedung | | Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |

| | Inhalt |
|---|---|
| Diskussion | Austausch über Flow-Aktivitäten und deren Sinn<br>Austausch über Stärken – Einfluss der Erkrankung<br>Austausch über in welchen Situationen der Einsatz v. Stärken hilfreich sein kann |
| Eigenarbeit Basis- Übungen | Was ist gut gelaufen“- Übung im Arbeitsbuch<br>Dankbarkeits-Übung<br>Maßnahmen-Übung |
| Eigenarbeit Aufbau-Übungen | Zu 3 good things – welche Stärke hat sich gezeigt?<br>Welche Stärke soll wieder mehr aktiviert werden und wie?<br>Flow-Aktivität finden |

Modul V: Soziales Wohlbefinden & Bindung

| **Zeit** | **Inhalte** | **Übungen** | **Didaktik** |
|---|---|---|---|
| 09:00 | Begrüßung | | Flipchart |
| 09:05 | Startrunde - Befindlichkeitsblitzlicht<br>Rahmenbedingungen - Ablauf | Karten wählen | |
| 09:15 | Hinführung zum Thema – Psychologische Grundbedürfnisse<br>WHO-Definition von Gesundheit<br>Soziales Wohlbefinden & Bindung | Partner- Übung: Reflexion Soziales Wohlbefinden Erfahrungen im Kontext der Erkrankung<br>Zurufabfrage: Erfahrungsberichte | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart |
| 09:50 | Pause | | |
| 10:05 | | Übung: Mind-Map - Inventur<br>Vorhandene Verbindungen<br>Beurteilung der Qualität<br>Gewünschte Veränderungen | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| | | Zurufabfrage:<br>Erfahrung mit sozialem Netz – Veränderungen<br>Wo können neue Kontakte geknüpft werden? | |
| 10:50 | Pause | | |
| 11:00 | Soziales Netzwerk – Zugehörigkeit - Gelingende Beziehungen | Übung: Konkrete Gestaltung von zukünftigen Beziehungen im Arbeitsbuch festhalten<br>Übung: Austausch im Plenum | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| 11.40 | Wochenaufgabe & Verabschiedung | | Visualisierung mit Flipchart |

| | Inhalt |
|---|---|
| Diskussion | Austausch Soziales Wohlbefinden<br>Relevanz im Genesungsprozess<br>Möglichkeiten der zwischenmenschlichen Beziehungen + Potentielle Probleme + Lösungen |
| Eigenarbeit Basis- Übungen | Was ist gut gelaufen“-Übung im Arbeitsbuch |

| | |
|---|---|
| | Dankbarkeits-Übung<br>Maßnahmen-Übung |
| Eigenarbeit Aufbau-Übungen | Random Act of kindness<br>Geplante Maßnahme umsetzten<br>Inventur reflektieren |

GPS Modul VI: Selbstfürsorge

| Zeit | Inhalte | Übungen | Didaktik |
|---|---|---|---|
| 09:00 | Begrüßung | | Flip-Chart |
| 09:05 | Startrunde - Befindlichkeitsblitzlicht<br>Rahmenbedingungen und Ablauf | Karten wählen | |
| 09:15 | Hinführung zum Thema: „Mens sana in corpore sano“<br>Was bedeutet Selbstfürsorge | Zurufabfrage – Wo steht jeder physisch und psychisch–<br>Graphik auf dem Flip Chart | Visualisierung mit Flip Chart |
| | Komponenten von Selbstfürsorge<br>Vorteile von Selbstfürsorge<br>Basis Achtsamkeit (<br>Physische Komponenten: Bewegung, Ernährung Schlaf | Übung: Atem-Übung & Body-Scan<br>Übung: Ist-Soll-Zustand-Abgleich | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| 09:50 | Pause | | |
| 10:00 | Selbstfürsorge: psychische Komponenten<br>Grenzen, positives Feedback, blockierende Denk-muster, Selbstmitgefühl | Zurufabfrage: Erfahrungsaustausch | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| 10:50 | Pause | | |
| 11:00 | Selbstmitgefühl | Übung: Selbstmitgefühl-Komponenten | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| 11:20 | | Übung: Selbstmitgefühl-Mantra | |
| 11:30 | Selbstfürsorge Zusammenfassung Komponenten | Übung: Selbstfürsorgemaßnahmen planen | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11:45 | Wochenaufgabe & Verabschiedung | | Arbeitsbuch |

| | Inhalt |
|---|---|
| Diskussion | Austausch über das Thema Selbstfürsorge: die einzelnen Komponenten<br>Das Thema Achtsamkeit<br>Nutzen für Genesungsprozess |
| Eigenarbeit Basis- Übungen | Was ist gut gelaufen“- Übung im Arbeitsbuch<br>Dankbarkeits-Übung<br>Maßnahmen-Übung |
| Eigenarbeit Aufbau-Übungen | Selbstfürsorgekalender<br>Maßnahme Selbstfürsorge Vitalität<br>Maßnahme Selbstfürsorge Psyche |

# Anhang G: Hauptfragebogen Pilotstudie

**Mag.rer.nat. Judith Geißler M.A.**
Klinische- und Gesundheitspsychologin

Suchthilfe Klinik Salzburg
Ignaz-Harrer-Straße 88
5020 Salzburg

FB 8 – Psychologie
Sozial-, Umwelt- und Wirtschaftspsychologie
Fortstraße 7, 76829 Landau/Pfalz

## Sehr geehrte Teilnehmer und Teilnehmerinnen,

wir freuen uns, dass Sie die Evaluierung und Qualitäts-Optimierung der Intervention „Förderung des gesundheitsbezogenen positiven Selbstmanagements - GPS“ in der Suchthilfe Klinik Salzburg unterstützen. Wir sind bemüht die Qualität der Behandlung auf dem neuesten Stand zu halten. Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie einen wesentlichen Teil zur Verbesserung der Behandlungsformen bei, so dass in Zukunft noch zielgerichteter und konsequenter gearbeitet werden kann.

Dies ist ein Projekt, das wissenschaftlich fundiert den Zusammenhang zwischen Trainingsprogramm (GPS) und dem Ergebnis in Bezug auf den Aufbau von Selbstmanagementkompetenzen, Mentaler Stärke und weiteren positiven Folgen untersucht.

Im Anschluss finden Sie einen Fragebogen mit Aussagen, mit denen Sie sich selbst beschreiben können. Kreuzen Sie bitte an, inwieweit Sie jeder dieser Aussagen zustimmen. Sie erhalten diesen am Anfang, in der Mitte und am Ende Ihrer 12-wöchigen Behandlung. Die Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der Tage vor dem Ausfüllen des Fragebogens.

Die Beantwortung wird maximal eine halbe Stunde dauern. Sie können auch gerne eine Pause machen, vervollständigen Sie den Fragebogen aber bitte innerhalb von 24 Stunden. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Die Länge der Antwortskalen variiert zum Teil. Die niedrige Ziffer bedeutet aber immer: trifft nicht zu, stimmt nicht o. Ä., die hohe Ziffer bedeutet immer: trifft zu, stimmt völlig o. Ä. Mit den Ziffern dazwischen können Sie Ihre Antwort abstufen. Bitte antworten Sie auch dann, wenn keine der Antworten als perfekt zutreffend erscheint. In diesem Fall wählen Sie bitte die am ehesten passende Antwortmöglichkeit. Bitte beantworten Sie die Fragen so, dass es der Realität entspricht, und nicht so, wie Sie denken, dass es sein sollte, oder wie Sie es gerne hätten.

Wenn Fragen auftauchen, wenden Sie sich bitte gerne an einen Mitarbeiter!

Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich und anonym behandelt.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme und viel Spaß beim Ausfüllen!

Am Beginn des Testzeitraumes wird ein individueller Code generiert, um die Anonymität zu gewährleisten. Dieser setzt sich aus den Anfangsbuchstaben des Hauses (IH = Ignaz-Harrer-Straße oder WZ = Weizensteiner Straße), Ihren Initialen und den Nummern Ihrer Initialen aus dem Alphabet zusammen.

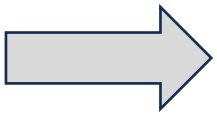
Beispiel:

Ignaz-Harrer-Straße = **IH**

Initialen: Max Mustermann = **MM**

Nummerierung nach Alphabet: **1313**

Individueller Code: IH_MM_1313



A = 1
B = 2
C = 3
D = 4
E = 5
F = 6
G = 7
H = 8
I = 9
J = 10
K = 11
L = 12
M = 13
N = 14
O = 15
P = 16
Q = 17
R = 18
S = 19
T = 20
U = 21
V = 22
W = 23
X = 24
Y = 25
Z = 26

Ihr Code:……

Sehr geehrte Teilnehmer und Teilnehmerinnen,

bitte beantworten Sie nun die unten stehenden Fragen. Die Antwortskalen können variieren. Bitte beachten Sie, dass die niedrige Ziffer „stimmt nicht“, „wenig“ oder „trifft nicht zu“ und die hohe Ziffer „stimmt voll und ganz“, „sehr“ oder „trifft sehr zu“ bedeutet. (umgekehrt zu Schulnoten!!)

| | **Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie** | Überhaupt nicht | Ein wenig | Mittel | Eher | Völlig |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Ich bin sehr dankbar für die positiven Dinge, die mir im Leben widerfahren. | o | o | o | o | o |
| 2 | Vor dem Einschlafen rufe ich mir nochmal alle positiven Ereignisse des Tages vor Augen. | o | o | o | o | o |
| 3 | Ich erinnere mich jeden Abend an die guten Gespräche des Tages. | o | o | o | o | o |
| 4 | Ich habe mir schon mal eine Liste mit meinen persönlichen Glücksbringern erstellt. | o | o | o | o | o |
| 5 | Ich achte aufmerksam darauf, was in der Gegenwart um mich herum passiert. | o | o | o | o | o |
| 6 | Alles in allem bin ich ein sehr glücklicher Mensch. | o | o | o | o | o |
| 7 | Ich wende Techniken an, die mir helfen, positive Momente länger auszukosten. | o | o | o | o | o |
| 8 | Ich bin mir meiner Stärken bewusst. | o | o | o | o | o |
| 9 | Mehrdeutige Situationen interpretiere ich stets in einer positiven Art und Weise. | o | o | o | o | o |
| 10 | In den letzten sieben Tagen habe ich einer anderen Person spontan eine Freude bereitet. | o | o | o | o | o |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | **Positives Gesundheitsverhalten** | stimmt überhaupt nicht | | | | stimmt voll und ganz |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Ich ernähre mich gesund (d.h. abwechslungsreich, viel Obst und Gemüse, Salat, ungesüsste Getränke, wenig Fett und Zucker) | o | o | o | o | o |
| 2 | Ich nehme regelmäßig Mahlzeiten zu mir (d.h. Frühstück, Mittagessen, Abend-essen) | o | o | o | o | o |
| 3 | Ich nehme ausreichend Flüssigkeit zu mir (2 Liter am Tag) | o | o | o | o | o |
| 4 | Ich achte darauf, Lebensmittel zu mir zu nehmen, die gut für mich sind | o | o | o | o | o |
| 5 | Ich esse meistens die passende Tagesmenge (nicht zu viel und nicht zu wenig) | o | o | o | o | o |
| 6 | Ich übe mindestens 2-3 mal pro Woche körperliche Aktivitäten aus (Wandern, Radfahren, andere Sportarten) | o | o | o | o | o |
| 7 | Regelmäßige körperliche Aktivität ist ein wichtiger Bestandteil meines Lebens | o | o | o | o | o |
| 8 | Ich kümmere mich regelmäßig darum, meinen Körper beweglich zu halten | o | o | o | o | o |
| 9 | Mein Tag hat eine Struktur | o | o | o | o | o |
| 10 | Ich gehe zu regelmäßigen Zeiten schlafen | o | o | o | o | o |
| 11 | Ich schlafe ausreichend und erholsam | o | o | o | o | o |
| 12 | Ich habe keine Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen | o | o | o | o | o |
| 13 | Ich wache morgens erholt und frisch auf | o | o | o | o | o |
| 14 | Ich lebe derzeit abstinent (Alkohol) | o | o | o | o | o |
| 15 | Ich habe kein starkes Craving (Trinkverlangen) | o | o | o | o | o |
| 16 | Ich strebe eine langfristige dauerhafte Abstinenz an | o | o | o | o | o |
| 17 | Ein Leben ohne Alkoholkonsum kann ich mir gut vorstellen | o | o | o | o | o |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | **Dysfunktionale Kognitionen** | Stimmt gar nicht | Stimmt eher nicht | Weder noch | Stimmt eher | Stimmt völlig |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen für Sie zutreffen.** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Ich denke oft, ich hätte früher etwas anders machen müssen! | o | o | o | o | o |
| 2 | Manchmal frage ich mich, warum die unschönen Dinge immer mir passieren! | o | o | o | o | o |
| 3 | Ich wünschte, ich hätte es leichter! | o | o | o | o | o |
| 4 | Ich arbeite oft länger an einer Sache als ich müsste, weil ich das Gefühl habe, dass das Ergebnis meinen Ansprüchen nicht genügt! | o | o | o | o | o |
| 5 | Es stört mich, wenn ich nicht der/die Beste bin! | o | o | o | o | o |
| 6 | Es ist für mich schwer auszuhalten, wenn ich eine Arbeit nicht absolut fehlerfrei ausführen kann! | o | o | o | o | o |
| 7 | Wenn ich eine Aufgabe zu einem Zeitpunkt nicht geschafft habe, dann lasse ich zukünftig besser die Finger davon! | o | o | o | o | o |
| 8 | Wenn mir eine Aufgabe nicht gelingt, kann ich in anderen ähnlichen Aufgaben dennoch Erfolg haben! | o | o | o | o | o |
| 9 | Wenn eine Sache schiefläuft, frage ich mich oft, ob ich überhaupt etwas auf die Reihe bekomme! | o | o | o | o | o |
| 10 | Ich erwische mich dabei, wie ich mir schon im Vorhinein überlege, wie ich mich verhalten werde, wenn etwas schiefgeht! | o | o | o | o | o |
| 11 | Ich male mir oft aus, welche schlimmen Konsequenzen ein mögliches Versagen haben könnte! | o | o | o | o | o |
| 12 | Ich gehe immer vom Schlimmsten aus! | o | o | o | o | o |
| 13 | Es fällt mir schwer, Kompromisse einzugehen – ich arbeite nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip! | o | o | o | o | o |
| 14 | Meistens lassen sich die Dinge in „gut“ und „schlecht“ unterteilen! | o | o | o | o | o |
| 15 | Ich lebe nach dem Prinzip „entweder so oder gar nicht“! | o | o | o | o | o |
| | | Stimmt gar nicht | Stimmt eher nicht | Weder noch | Stimmt eher | Stimmt völlig |

| | **Selbstwirksamkeitserwartung** | Stimmt nicht | Stimmt kaum | Stimmt eher | Stimmt genau |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?** | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen. | o | o | o | o |
| 2 | Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe. | o | o | o | o |
| 3 | Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen. | o | o | o | o |
| 4 | In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll. | o | o | o | o |
| 5 | Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, daß ich gut mit ihnen zurechtkommen kann. | o | o | o | o |
| 6 | Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann. | o | o | o | o |
| 7 | Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen. | o | o | o | o |
| 8 | Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden. | o | o | o | o |
| 9 | Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann. | o | o | o | o |
| 10 | Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern. | o | o | o | o |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | **Mentale Stärke** | Stimmt gar nicht | Stimmt eher nicht | Weder noch | Stimmt eher | Stimmt völlig |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Bitte geben Sie an, inwiefern Sie den folgenden Aussagen zustimmen.** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Ich vermag Gefühle so zu beeinflussen, dass diese mich bei der Verfolgung eigener Ziele unterstützen. | o | o | o | o | o |
| 2 | In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss. | o | o | o | o | o |
| 3 | Die Lösung schwieriger Dinge gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe. | o | o | o | o | o |
| 4 | Mir fallen viele Möglichkeiten ein, um Dinge in meinem Leben zu erreichen, die mir wichtig sind. | o | o | o | o | o |
| 5 | Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren. | o | o | o | o | o |
| 6 | Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich immer das Beste. | o | o | o | o | o |
| 7 | Selbst wenn andere entmutigt sind, weiß ich, dass ich einen Weg finde, um das Problem zu lösen. | o | o | o | o | o |
| 8 | Ich verstehe es so mit Gefühlen umzugehen, dass diese mich nicht blockieren. | o | o | o | o | o |
| 9 | Ich bin entschlossen. | o | o | o | o | o |
| 10 | In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll. | o | o | o | o | o |
| 11 | Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen. | o | o | o | o | o |
| 12 | Ich weiß sehr genau, wie sich verschiedene Emotionen und Stimmungen in meinem Verhalten äußern. | o | o | o | o | o |
| 13 | Meine vergangenen Erfahrungen haben mich gut auf die Zukunft vorbereitet. | o | o | o | o | o |
| 14 | Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern. | o | o | o | o | o |
| 15 | Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus. | o | o | o | o | o |
| | | Stimmt gar nicht | Stimmt eher nicht | Weder noch | Stimmt eher | Stimmt völlig |

| | **Mentale Stärke (Fortsetzung)** | Stimmt gar nicht | Stimmt eher nicht | Weder noch | Stimmt eher | Stimmt völlig |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | Ich habe gelernt, wie ich mich selbst in eine positive Stimmung versetzen kann. | o | o | o | o | o |
| 17 | Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt. | o | o | o | o | o |
| 18 | Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann. | o | o | o | o | o |
| 19 | Ich ertappe mich oftmals dabei, dass ich mir Sorgen über etwas mache. | o | o | o | o | o |
| 20 | Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen. | o | o | o | o | o |
| 21 | Ich erreiche die Ziele, die ich mir setze. | o | o | o | o | o |
| 22 | Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen. | o | o | o | o | o |
| 23 | Macht sich schlechte Laune bei mir breit, weiß ich, wie ich diese ändern kann. | o | o | o | o | o |
| 24 | Ich mag mich. | o | o | o | o | o |
| 25 | Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch. | o | o | o | o | o |
| 26 | Ich bin stolz darauf, was ich schon alles in meinem Leben erreicht habe. | o | o | o | o | o |
| 27 | Ich habe ein hohes Selbstvertrauen. | o | o | o | o | o |
| 28 | Auch wenn mir etwas nicht so gut gelingt, weiß ich, dass es beim nächsten Mal besser klappt. | o | o | o | o | o |
| 29 | Ich kann mich auf meine Fähigkeiten verlassen. | o | o | o | o | o |
| 30 | In Diskussionen und Auseinandersetzungen vertrete ich klar meine Meinung. | o | o | o | o | o |
| | | Stimmt gar nicht | Stimmt eher nicht | Weder noch | Stimmt eher | Stimmt völlig |

| | **Lebenszufriedenheit** | stimme überhaupt nicht überein | stimme nicht überein | stimme eher nicht überein | stimme weder noch überein | stimme etwas überein | stimme überein | stimme vollkommen überein |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen. | o | o | o | o | o | o | o |
| 2 | Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet. | o | o | o | o | o | o | o |
| 3 | Ich bin mit meinem Leben zufrieden. | o | o | o | o | o | o | o |
| 4 | Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche. | o | o | o | o | o | o | o |
| 5 | Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern. | o | o | o | o | o | o | o |

| | **Mental Health Continuum** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Wie oft haben Sie sich im letzten Monat .... gefühlt?** | nie | Ein- oder zweimal | Einmal die Woche | zwei- bis dreimal die Woche | Fast jeden Tag | Jeden Tag |
| 1 | Glücklich | o | o | o | o | o | o |
| 2 | Interessiert am Leben | o | o | o | o | o | o |
| 3 | Zufrieden | o | o | o | o | o | o |
| 4 | …, dass Sie etwas Wesentliches zur Gesellschaft beizutragen hatten. | o | o | o | o | o | o |
| 5 | …, dass Sie zu einer Gemeinschaft gehören (wie z.B. eine soziale Gruppe, deine Schule oder Nachbarschaft) | o | o | o | o | o | o |
| 6 | …, dass unsere Gesellschaft für alle Menschen ein guter Platz ist oder ein besserer Platz wird. | o | o | o | o | o | o |
| 7 | …, dass Menschen prinzipiell gut sind. | o | o | o | o | o | o |
| 8 | …, dass Ihnen die Art, wie unsere Gesellschaft funktioniert, sinnvoll erscheint. | o | o | o | o | o | o |
| 9 | ..., dass Sie die meisten Aspekte deiner Persönlichkeit mögen | o | o | o | o | o | o |
| 10 | ..., dass Sie gut mit den Aufgaben deines täglichen Lebens umgehen können. | o | o | o | o | o | o |
| 11 | ..., dass Sie warme und vertrauensvolle Beziehungen mit anderen hatten. | o | o | o | o | o | o |
| 12 | …, dass Sie Erfahrungen gemacht haben, die Sie herausgefordert haben und wachsen ließen. | o | o | o | o | o | o |
| 13 | …, dass Sie sich getraut haben, deine eigenen Ideen und Meinungen auszudrücken | o | o | o | o | o | o |
| 14 | …, dass Ihr Leben Richtung und Bedeutung hat | o | o | o | o | o | o |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | **Thriving CIT** | Stimme gar nicht zu | Stimme nicht zu | Stimme weder zu noch nicht zu | Stimme zu | Stimme völlig zu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Es gibt Menschen, auf deren Hilfe ich mich verlassen kann. | o | o | o | o | o |
| 2 | Es gibt Menschen, die mich unterstützen und ermutigen. | o | o | o | o | o |
| 3 | Es gibt Menschen, die mich als Mensch schätzen. | o | o | o | o | o |
| 4 | Ich leiste meinen Beitrag, wenn in meiner Gemeinde / Stadtviertel etwas getan werden muss. | o | o | o | o | o |
| 5 | Ich lade Nachbarn zu mir nach Hause ein. | o | o | o | o | o |
| 6 | Ich suche Mittel und Wege, um meinen Nachbarn zu helfen, wenn sie Hilfe brauchen. | o | o | o | o | o |
| 7 | Ich kann den Menschen in der Gesellschaft, in der ich lebe, vertrauen. | o | o | o | o | o |
| 8 | Die Menschen in meiner Nachbarschaft sind vertrauenswürdig. | o | o | o | o | o |
| 9 | Die meisten Menschen, denen ich begegne, sind ehrlich. | o | o | o | o | o |
| 10 | Andere Menschen respektieren mich. | o | o | o | o | o |
| 11 | Andere Menschen sind höflich zu mir. | o | o | o | o | o |
| 12 | Ich werde so respektvoll behandelt wie andere auch. | o | o | o | o | o |
| 13 | Ich fühle mich einsam. | o | o | o | o | o |
| | | Stimme gar nicht zu | Stimme nicht zu | Stimme weder zu noch nicht zu | Stimme zu | Stimme völlig zu |

| | **CIT (Fortsetzung)** | Stimme gar nicht zu | Stimme nicht zu | Stimme weder zu noch | Stimme zu | Stimme völlig zu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | Ich fühle mich oft ausgeschlossen. | o | o | o | o | o |
| 15 | Es gibt niemanden, mit dem ich mich eng verbunden fühle. | o | o | o | o | o |
| 16 | Ich fühle mich meiner Gemeinde/meinem Viertel zugehörig. | o | o | o | o | o |
| 17 | Ich fühle mich meinem Bundesland zugehörig. | o | o | o | o | o |
| 18 | Ich fühle mich meinem Land zugehörig. | o | o | o | o | o |
| 19 | Ich gehe in meinen Aktivitäten voll auf. | o | o | o | o | o |
| 20 | Bei den meisten meiner Aktivitäten bin ich voller Energie. | o | o | o | o | o |
| 21 | Wenn ich an etwas arbeite, bin ich davon begeistert. | o | o | o | o | o |
| 22 | Ich wende das, was ich kann, oft im täglichen Leben an. | o | o | o | o | o |
| 23 | Ich nutze meine Begabungen oft. | o | o | o | o | o |
| 24 | Ich kann jeden Tag das tun, was ich gut kann. | o | o | o | o | o |
| 25 | Gestern habe ich etwas Neues gelernt. | o | o | o | o | o |
| 26 | Es ist mir wichtig, neue Dinge zu lernen. | o | o | o | o | o |

Stimme gar nicht zu
Stimme nicht zu
Stimme weder zu noch nicht zu
Stimme zu
Stimme völlig zu

| | **CIT (Fortsetzung)** | Stimme gar nicht zu | Stimme nicht zu | Stimme weder zu noch nicht | Stimme zu | Stimme völlig zu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 40 | Mein Leben hat ein klares Ziel. | o | o | o | o | o |
| 41 | Ich habe im Leben einen zufriedenstellenden Sinn gefunden. | o | o | o | o | o |
| 42 | Ich weiß, was meinem Leben Sinn gibt. | o | o | o | o | o |
| 43 | Ich sehe meiner Zukunft optimistisch entgegen. | o | o | o | o | o |
| 44 | Ich habe eine positive Lebensanschauung. | o | o | o | o | o |
| 45 | Ich erwarte in meinem Leben mehr Gutes als Schlechtes. | o | o | o | o | o |
| 46 | In den meisten Bereichen ist mein Leben nah an meinem Ideal. | o | o | o | o | o |
| 47 | Ich bin mit meinem Leben zufrieden. | o | o | o | o | o |
| 48 | Mein Leben läuft gut. | o | o | o | o | o |
| 49 | Ich fühle mich meistens positiv. | o | o | o | o | o |
| 50 | Ich fühle mich meistens glücklich. | o | o | o | o | o |
| 51 | Ich fühle mich meistens gut. | o | o | o | o | o |
| 52 | Ich fühle mich meistens negativ. | o | o | o | o | o |
| 53 | Ich fühle mich meistens unglücklich. | o | o | o | o | o |
| 54 | Ich fühle mich meistens schlecht. | o | o | o | o | o |

Stimme gar nicht zu
Stimme nicht zu
Stimme weder zu noch nicht zu
Stimme zu
Stimme völlig zu

## Persönlichkeit

Die folgenden Skalen beschreiben bestimmte Merkmale von Personen. Dabei stellen die Punkte ganz links und ganz rechts Gegensätze dar. Betrachten Sie sich das Beispiel: Wenn jemand „sehr“ romantisch ist, wird er den Skalenpunkt ganz links ankreuzen, wenn jemand „sehr“ nüchtern ist, wird er den Skalenpunkt ganz rechts ankreuzen. Auf den Skalenpunkten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen, wenn Sie sich weder für „sehr“ romantisch noch für „sehr“ nüchtern halten. Ein Beispiel:
Bitte schätzen Sie sich nun auf den folgenden fünf Skalen ein:

| Ich bin... | 1 sehr | 2 ziemlich | 3 etwas | 4 teils-teils | 5 etwas | 6 ziemlich | 7 sehr | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **extrovertiert** gesprächig, gesellig, voller Tatendrang, kontaktfreudig | o | o | o | o | o | o | o | **introvertiert** still, schweigsam, zurückgezogen, eher ein Einzelgänger |
| **emotional** nervös, ängstlich, regt sich leicht auf, angespannt, empfindlich | o | o | o | o | o | o | o | **ausgeglichen** gelassen, entspannt, selbstzufrieden, robust |
| **aufgeschlossen** offen für Neues, wissbegierig, kultiviert, phantasievoll | o | o | o | o | o | o | o | **festgelegt** feste Ansichten und Meinungen, an Neuem eher wenig interessiert, traditionell, mag Routinen und feste Regeln |
| **barsch** kühl, kritisch, wird leicht ärgerlich, misstrauisch | o | o | o | o | o | o | o | **umgänglich** kooperativ, herzlich, nett, nachgiebig |
| **gewissenhaft** zuverlässig, sorgfältig, ordentlich, pflichtbewusst, ehrgeizig | o | o | o | o | o | o | o | **nachlässig** salopp, unordentlich, unpünktlich, chaotisch, nonchalant |
| | sehr | ziemlich | etwas | teils-teils | etwas | ziemlich | sehr | |

| | **Symptom Check List** | Überhaupt nicht | Etwas | Ziemlich | Stark | Sehr stark |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Wie sehr litten Sie in den letzten siebenTagen unter... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Kopfschmerzen | o | o | o | o | o |
| 2 | Nervosität oder innerem Zittern | o | o | o | o | o |
| 3 | immer wieder auftauchenden unerwünschten Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen | o | o | o | o | o |
| 4 | Ohnmachts- und Schwindelgefühlen | o | o | o | o | o |
| 5 | Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität | o | o | o | o | o |
| 6 | allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen | o | o | o | o | o |
| 7 | der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat | o | o | o | o | o |
| 8 | dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind | o | o | o | o | o |
| 9 | Gedächtnisschwierigkeiten | o | o | o | o | o |
| 10 | Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit | o | o | o | o | o |
| 11 | dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein | o | o | o | o | o |
| 12 | Herz- und Brustschmerzen | o | o | o | o | o |
| 13 | Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße | o | o | o | o | o |
| 14 | Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken | o | o | o | o | o |
| 15 | Gedanken, sich das Leben zu nehmen | o | o | o | o | o |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | Hören von Stimmen, die sonst keiner hört | o | o | o | o | o |
| 17 | Zittern | o | o | o | o | o |
| 18 | dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann | o | o | o | o | o |
| 19 | schlechtem Appetit | o | o | o | o | o |
| 20 | Neigung zum Weinen | o | o | o | o | o |
| 21 | Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht | o | o | o | o | o |
| 22 | der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden | o | o | o | o | o |
| 23 | plötzlichem Erschrecken ohne Grund | o | o | o | o | o |
| 24 | Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren | o | o | o | o | o |
| 25 | Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen | o | o | o | o | o |
| 26 | Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge | o | o | o | o | o |
| 27 | Kreuzschmerzen | o | o | o | o | o |
| 28 | dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen | o | o | o | o | o |
| 29 | Einsamkeitsgefühlen | o | o | o | o | o |
| 30 | Schwermut | o | o | o | o | o |
| 31 | dem Gefühl, sich viele Sorgen machen zu müssen | o | o | o | o | o |
| 32 | dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren | o | o | o | o | o |
| 33 | Furchtsamkeit | o | o | o | o | o |
| 34 | Verletzlichkeit in Gefühlsdingen | o | o | o | o | o |
| 35 | der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen | o | o | o | o | o |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 36 | dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind | o | o | o | o | o |
| 37 | dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können | o | o | o | o | o |
| 38 | der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist | o | o | o | o | o |
| 39 | Herzklopfen oder Herzjagen | o | o | o | o | o |
| 40 | Übelkeit oder Magenverstimmung | o | o | o | o | o |
| 41 | Minderwertigkeitsgefühlen anderen gegenüber | o | o | o | o | o |
| 42 | Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen) | o | o | o | o | o |
| 43 | dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden | o | o | o | o | o |
| 44 | Einschlafschwierigkeiten | o | o | o | o | o |
| 45 | dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun | o | o | o | o | o |
| 46 | Schwierigkeiten, sich zu entscheiden | o | o | o | o | o |
| 47 | Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug | o | o | o | o | o |
| 48 | Schwierigkeiten beim Atmen | o | o | o | o | o |
| 49 | Hitzewallungen oder Kälteschauern | o | o | o | o | o |
| 50 | der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden | o | o | o | o | o |
| 51 | Leere im Kopf | o | o | o | o | o |
| 52 | Taubheit oder Kribbeln in den einzelnen Körperteilen | o | o | o | o | o |
| 53 | dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben | o | o | o | o | o |
| 54 | einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft | o | o | o | o | o |
| 55 | Konzentrationsschwierigkeiten | o | o | o | o | o |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 56 | Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen | o | o | o | o | o |
| 57 | dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein | o | o | o | o | o |
| 58 | Schweregefühl in den Armen oder den Beinen | o | o | o | o | o |
| 59 | Gedanken an den Tod und ans Sterben | o | o | o | o | o |
| 60 | dem Drang, sich zu überessen | o | o | o | o | o |
| 61 | einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden | o | o | o | o | o |
| 62 | dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind | o | o | o | o | o |
| 63 | dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen | o | o | o | o | o |
| 64 | frühem Erwachen am Morgen | o | o | o | o | o |
| 65 | zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen | o | o | o | o | o |
| 66 | unruhigem oder gestörtem Schlaf | o | o | o | o | o |
| 67 | dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern | o | o | o | o | o |
| 68 | Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen | o | o | o | o | o |
| 69 | starke Befangenheit im Umgang mit anderen | o | o | o | o | o |
| 70 | Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino | o | o | o | o | o |
| 71 | einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist | o | o | o | o | o |
| 72 | Schreck- oder Panikanfälle | o | o | o | o | o |
| 73 | Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit | o | o | o | o | o |
| 74 | Der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten | o | o | o | o | o |
| 75 | Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden | o | o | o | o | o |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 76 | mangelnde Anerkennung Ihrer Leistung durch andere | o | o | o | o | o |
| 77 | Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind | o | o | o | o | o |
| 78 | so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können | o | o | o | o | o |
| 79 | dem Gefühl, wertlos zu sein | o | o | o | o | o |
| 80 | dem Gefühl, dass Ihnen schlimme oder eigenartige Dinge passieren werden | o | o | o | o | o |
| 81 | dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen | o | o | o | o | o |
| 82 | der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen | o | o | o | o | o |
| 83 | dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden | o | o | o | o | o |
| 84 | sexuelle Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind | o | o | o | o | o |
| 85 | dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten | o | o | o | o | o |
| 86 | Vorstellungen und Gedanken, die Ihnen Angst einflößen | o | o | o | o | o |
| 87 | dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist | o | o | o | o | o |
| 88 | dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können | o | o | o | o | o |
| 89 | Schuldgefühle | o | o | o | o | o |
| 90 | dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist | o | o | o | o | o |

| | **Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort aus** | Trifft gar nicht zu | Trifft eher nicht zu | Trifft eher zu | Trifft genau |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Ich würde nie schlecht über einen Kollegen reden. | | | | |

# Anhang H: Feedbackfragebögen Studie II

SUCHTHILFE KLINIK SALZBURG

UNIVERSITÄT KOBLENZ · LANDAU

Sehr geehrte Teilnehmer und Teilnehmerinnen,

wir freuen uns, dass Sie die Evaluierung und Qualitäts-Optimierung der Intervention „Förderung des gesundheitsbezogenen positiven Selbstmanagements“ in der Suchthilfe Salzburg unterstützen.

Wie Sie wissen, ist dies ein Projekt, das wissenschaftlich fundiert den Zusammenhang zwischen Trainings-/Interventionsprogramm und Ergebnis in Bezug auf Selbstmanagementkompetenzen, mentale Stärke und weitere positive Folgen untersucht.

Bitte bewerten Sie mit folgendem Feedback das Modul dieser Woche!

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

## Feedback

**Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement**

**Modul:** ……

| | | trifft nicht zu | | | | trifft zu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Das Trainingsmodul …… hat mir viel gebracht. | o | o | o | o | o |
| 2 | Das Trainingsmodul ……finde ich gut. | o | o | o | o | o |
| 3 | Die Erklärung zum Ablauf des Trainings war hilfreich. | o | o | o | o | o |
| 4 | Die Hinführung zum Thema war aufschlussreich. | o | o | o | o | o |
| 5 | Das Verhältnis zwischen Theorie und Praxis war passend. | o | o | o | o | o |
| 6 | Der Vortrag war gut gemacht (nachvollziehbar, verständlich, gut strukturiert). | o | o | o | o | o |
| 7 | Das Thema …… ist spannend und interessant. | o | o | o | o | o |
| 8 | Das Thema …… ist für mich wichtig. | o | o | o | o | o |
| 9 | Die praktischen Übungen waren gut erklärt. | o | o | o | o | o |
| 10 | Für die praktischen Übungen war genügend Zeit. | o | o | o | o | o |
| 11 | Die praktischen Übungen sind spannend und hilfreich. | o | o | o | o | o |
| 12 | Die Basis-Übungen der Eigenarbeit halte ich für sinnvoll. | o | o | o | o | o |
| 13 | Die Basis-Übungen der Eigenarbeit sind interessant. | o | o | o | o | o |
| 14 | Die Aufbau-Übungen der Eigenarbeit sind relevant. | o | o | o | o | o |
| 15 | Die Aufbau-Übungen der Eigenarbeit unterstützen mich. | o | o | o | o | o |
| 16 | Die Übungen der Eigenarbeit habe ich gemacht. | o | o | o | o | o |
| 17 | Durch die Gruppendiskussion erhielt ich weitere Denkanstöße. | o | o | o | o | o |
| 18 | Die Inhalte des Trainingsmoduls ……waren mir neu. | o | o | o | o | o |
| 19 | Durch das Trainingsmodul …… habe ich viel gelernt. | o | o | o | o | o |
| 20 | Die Inhalte des Trainingsmoduls kann ich in meiner Situation gut gebrauchen. | o | o | o | o | o |
| 21 | Das Gelernte integriere ich in meinen Alltag. | o | o | o | o | o |
| 22 | Die Diagnostik- Termine (Hauptfragebogen) waren gut organisiert. | o | o | o | o | o |
| 23 | Die Anzahl der Fragen war passend. | o | o | o | o | o |
| 24 | Die Fragen waren verständlich. | o | o | o | o | o |
| 25 | Ich habe bei der Diagnostik ausreichend Unterstützung erhalten | o | o | o | o | o |

## Anhang I: Detaillierte Ergebnisse der Feedbackfragebögen Studie II

| Oberkategorie | Subkategorie I | Subkategorie II | Item | Modul I | | Modul II | | Modul III | | Modul IV | | Modul V | | Modul VI | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | **M** | **SD** | **M** | **SD** | **M** | **SD** | **M** | **SD** | **M** | **SD** | **M** | **SD** |
| Trainingsbewer-tung | Allgemein | | 1 | 4,29 | 0,73 | 3,29 | 1,14 | 4,43 | 0,65 | 4,50 | 0,52 | 4,21 | 0,70 | 4,36 | 0,63 |
| | | | 2 | 4,21 | 0,70 | 3,21 | 1,05 | 4,43 | 0,65 | 4,43 | 0,65 | 4,29 | 0,73 | 3,93 | 0,73 |
| | Einführung | Methodik | 3 | 4,00 | 0,68 | 3,43 | 0,94 | 3,93 | 0,73 | 4,17 | 0,58 | 4,08 | 0,76 | 3,64 | 0,63 |
| | | Inhalt | 4 | 3,64 | 0,63 | 3,43 | 0,76 | 3,71 | 0,73 | 3,92 | 0,67 | 4,00 | 0,71 | 3,64 | 0,63 |
| | Plenum | Methodik | 5 | 3,64 | 0,74 | 3,23 | 1,01 | 3,79 | 0,80 | 3,79 | 0,80 | 3,79 | 0,80 | 3,64 | 0,74 |
| | | | 6 | 4,00 | 0,78 | 3,79 | 0,80 | 4,07 | 0,62 | 3,86 | 0,66 | 3,86 | 0,66 | 3,71 | 0,61 |
| | | Inhalt | 7 | 4,36 | 0,84 | 3,29 | 1,20 | 4,64 | 0,63 | 4,29 | 0,83 | 4,23 | 0,83 | 4,79 | 0,43 |
| | | | 8 | 4,29 | 0,61 | 3,77 | 0,73 | 4,21 | 0,58 | 3,85 | 0,55 | 3,79 | 0,58 | 4,36 | 0,63 |
| | Praktische Übungen | Methodik | 9 | 3,71 | 0,91 | 3,43 | 1,09 | 4,00 | 0,82 | 4,00 | 0,78 | 4,00 | 0,78 | 4,00 | 0,78 |
| | | | 10 | 3,79 | 0,89 | 3,57 | 0,85 | 4,09 | 0,70 | 4,15 | 0,69 | 4,08 | 0,67 | 3,93 | 0,73 |
| | | Inhalt | 11 | 3,38 | 0,87 | 3,15 | 0,90 | 4,00 | 0,96 | 3,79 | 0,89 | 3,79 | 0,89 | 3,69 | 0,63 |
| | Eigenarbeit - Basis | | 12 | 4,36 | 0,74 | 3,86 | 0,77 | 4,31 | 0,75 | 4,31 | 0,75 | 4,31 | 0,75 | 4,21 | 0,80 |
| | | | 13 | 4,23 | 0,83 | 3,86 | 0,77 | 4,36 | 0,74 | 4,29 | 0,73 | 4,29 | 0,73 | 4,21 | 0,80 |
| | Eigenarbeit - Aufbau | | 14 | 3,92 | 0,64 | 3,50 | 0,94 | 3,86 | 0,66 | 3,86 | 0,66 | 3,86 | 0,66 | 3,71 | 0,61 |
| | | | 15 | 3,92 | 0,76 | 3,54 | 0,88 | 4,00 | 0,78 | 4,00 | 0,78 | 3,92 | 0,76 | 3,86 | 0,77 |
| | | Umsetzung | 16 | 3,93 | 0,73 | 3,64 | 0,84 | 4,07 | 0,73 | 4,00 | 0,68 | 3,93 | 0,73 | 3,93 | 0,73 |
| | Gruppendiskussion | | 17 | 3,93 | 0,73 | 3,93 | 1,00 | 4,07 | 0,73 | 4,21 | 0,89 | 4,17 | 0,83 | 4,50 | 0,65 |
| Wissenszuwachs | | | 18 | 3,85 | 0,90 | 4,00 | 0,96 | 4,79 | 0,43 | 4,79 | 0,43 | 4,38 | 0,87 | 4,07 | 0,83 |
| | | | 19 | 4,00 | 0,78 | 3,64 | 1,08 | 4,29 | 0,73 | 4,21 | 0,70 | 3,86 | 0,77 | 4,21 | 0,70 |
| | | | 20 | 3,69 | 0,85 | 3,21 | 0,89 | 3,86 | 0,77 | 4,36 | 0,50 | 4,23 | 0,60 | 3,93 | 0,73 |
| Transfer | | | 21 | 3,36 | 1,15 | 2,79 | 1,37 | 4,71 | 0,47 | 4,57 | 0,65 | 4,21 | 0,97 | 4,00 | 0,78 |
| Datenerhebung | | Logistik | 22 | 3,62 | 0,77 | | | | | | | | | 3,21 | 0,70 |
| | | Umfang | 23 | 3,29 | 1,07 | | | | | | | | | 3,36 | 1,01 |
| | | Inhalt | 24 | 3,69 | 0,95 | | | | | | | | | 3,79 | 0,80 |
| | | Unterstützung | 25 | 3,79 | 0,97 | | | | | | | | | 4,07 | 0,83 |

# Anhang J: Konzept und Trainerleitfaden GPS-Studie III

Modul I: Ziele & Motivation

| **Zeit** | **Inhalte** | **Übungen** | **Didaktik & Umsetzung** |
|---|---|---|---|
| 09:00 | Begrüßung | | Flip-Chart |
| 09:05 | Startrunde<br>Befindlichkeitsblitzlicht<br>Rahmenbedingungen und Ablaufübersicht | Karten wählen | Visualisierung auf dem Flip-Chart |
| 09:15 | Hinführung zum Thema – Sinn von Zielen und unterschiedliche Ziele<br>(Abstinenz, Gesundheit, Wohlbefinden)<br>Theorie Zielformulierung (Emmons, 2003; Emmons & Weingart, 2018; Emmons & Hölsken, 2008)<br>Annäherungsziel - Zukunftsorientierung | Partner-Übung: Austausch und Ziele bestimmen | Psychoedukation |
| | | Zurufabfrage – Beispiele für gewählte Ziele | |
| 09:30 | POSITIV-Zielrahmen (C. Blickhan, 2020)<br>Am Beispiel Abstinenz veranschaulicht | Übung: Alle oder exemplarisch – prägnant, positiv, im Präsens formuliertes Ziel | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Zurufabfrage<br>Arbeitsbuch |
| | Anleitung für Wochenaufgabe Ziele nach POSITIV Zielrahmen formulieren | – | Arbeitsbuch |
| 09.45 | Konzept der Achtsamkeit | Achtsamkeit und Imagination: Antizipation des Zielzustandes | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart |
| 09:55 | Pause | | |
| 10:00 | Einführung zu Motivation<br>Hintergrund: Selbstbestimmungstheorie (Deci & Ryan, 1985; 2000; 2004; 2008; 2013) | Übung & Zurufabfrage: Warum bist du heute, vor 3 Monaten, im letzten Urlaub aufgestanden – Einteilung muss, soll, will | Psychoedukation |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Motivationskontinuum (Deci & Ryan, 1985; 2000; 2004; 2008; 2013)<br>Veranschaulichung an Abstinenzziel und Gesundheitsverhalten<br>Bewegung von extrinsischer zu intrinsischer Motivation - Koppelung an Grundbedürfnisse | Zurufabfrage: Einzelne Motivationsformen, Beispiele in Bezug zu Abstinenzziel, Gesundheitsverhalten oder vorher im Plenum genanntem geeignetem Ziel | Visualisierung mit Flipchart<br>Im Plenum erarbeiten |
| | Erklärung der Wochenaufgabe & Verabschiedung | | Arbeitsbuch |

| | Inhalt |
|---|---|
| Diskussion | Austausch über unterschiedliche Ziele<br>Austausch über unterschiedliche Gründe/Motivationen in der Einrichtung zu sein und für andere Ziele<br>Austausch über Inhalte der Plenumseinheit Ziele & Motivation – was macht Sinn?<br>Austausch über Grundbedürfnisse<br>Austausch über das Konzept der Achtsamkeit |
| Eigenarbeit Basis- Übungen | Was ist gut gelaufen“- Übung im Arbeitsbuch<br>Dankbarkeits-Übung im Arbeitsbuch<br>Maßnahmen-Übung im Arbeitsbuch |
| Eigenarbeit Aufbau-Übungen | Besuch einer Nachsorge-Gruppe<br>Zielformulierung eines (oder mehrerer) Ziele nach dem POSITIV-Zielrahmen - Arbeitsbuch<br>Übung „Wenn ich am Ende meines Lebens auf der Veranda sitze…“ im Arbeitsbuch - Zielklärung |

II: Wege & Hindernisse

| **Zeit** | **Inhalte** | **Übungen** | **Didaktik** |
|---|---|---|---|
| 09:00 | Begrüßung<br>Rahmenbedingungen Ablauf | | Visualisierung mit Flipchart |
| 09:05 | Startrunde Befindlichkeitsblitzlicht - Wetterkarte | Karten wählen | Visualisierung mit Flipchart |
| 09:15 | Hinführung zum Thema – Bisherige Entwicklung – versch. Wege; wichtiger Aspekt Zuversicht | Austausch im Plenum | |
| 09:25 | Hope Theory (Rand & Tuoza, 2021; Snyder et al., 2002; Snyder, 2003) | Übung im Plenum<br>Zielformulierung von Modul I oder neu | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Aspekte der Zuversicht:<br>Zielformulierung<br>Denken in Wegen<br>Denken in Handlungsfähigkeit | Reflexion bisherige Wege | |
| 09.45 | Potenzielle Wege - Strukturaufbau<br>Wochenplan – Beispiel<br>Räume füllen und aushalten | Übung im Plenum – Aktivitäten-Liste | Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| 09:55 | Pause | | |
| 10:05 | Handlungsfähigkeit (Rand & Tuoza, 2021; Snyder et al., 2002; Snyder, 2003)<br>Umgang mit Hindernissen<br>WOOP-Methode (Oettingen, 2015) | Partner- Übung: Potenzielle Hindernisse und Lösungswege<br>Austausch im Plenum | Visualisierung mit Flipchart<br>Psychoedukation<br>Arbeitsbuch |
| 10:30 | Achtsamkeit Konzept | Achtsamkeits-Übung: Body-Scan & Sinne | |
| | Erklärung der Wochenaufgabe & Verabschiedung | | Arbeitsbuch |

| | **Inhalt** |
|---|---|
| Diskussion | Austausch über Hoffnung und Zuversicht<br>Austausch über Tagesstruktur & Aktivitäten<br>Austausch potenzielle Hindernisse und Strategien & WOOP-Methode |
| Eigenarbeit Basis- Übungen | Was ist gut gelaufen“- Übung im Arbeitsbuch<br>Dankbarkeits-Übung<br>Maßnahmen-Übung |
| Eigenarbeit Aufbau-Übungen | Wochenplan führen im Arbeitsbuch<br>Aktivitäten-Liste befüllen im Arbeitsbuch<br>Risikosituationen und Lösungsstrategien |

Modul III: Wohlbefinden & Zufriedenheit

| **Zeit** | **Inhalte** | **Übungen** | **Didaktik** |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 09:00 | Begrüßung - Befindlichkeitsblitzlicht | | Flip-Chart |
| 09:05 | Startrunde<br>Rahmenbedingungen - Ablauf | Das Hase – Pistole Spiel | |
| 09:10 | | Zurufabfrage: Was bringt Wohlbefinden, Glück, Lebenszufriedenheit eigentlich? | Visualisierung mit Flipchart: physische & psychische Komponenten |
| 09:15 | Die Nonnenstudie (Snowdon, 2001) | | Psychoedukation |
| 09:20 | Theorien zu Wohlbefinden und Glück:<br>Subjektives Wohlbefinden - Hedonistisches Glück (Diener, 1984, 2008; Diener & Emmons, 1984; Huppert & So, 2013; Keyes, 2002)<br>Savouring (Bryant & Veroff, 2017)<br>Broad ´n`Built (Fredrickson, 2001, 2004, 2013; Fredrickson & Joiner, 2002; Fredrickson & Nuber, 2011)<br>PERMA-Modell (Seligman, 2015, 2011a, 2011b) | Vier-Felder Tafel Savouring – Beispiele finden – Erarbeitung im Plenum<br><br>Übung: Positive Emotionen finden | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| 09:55 | Pause | | |
| 10:05 | Psychologisches Wohlbefinden - Eudaimonisches Glück – Sinn (Ryff, 1989, 1995; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008, ) | Übung: Partner-Gespräch zum Thema Sinn<br>Zurufabfrage – Sammeln der Beispiele | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| | | Übung: Exemplarisches „Best-Posible-Self" (King, 2001; Sheldon & Lyubomirsky, 2006)– Integration der Themen Wohlbefinden, Positives Gesundheitsverhalten, Achtsamkeit | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| | | Übung: Achtsamkeit – Body-Scan: Antizipation des best-possible Self | |
| 10:50 | Wochenaufgabe & Verabschiedung | | Arbeitsbuch |

| | **Inhalt** |
|---|---|
| Diskussion | Austausch über was bringt Wohlbefinden<br>Austausch über Glück, Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität<br>Austausch über Zusammenhang Wohlbefinden, Positives Gesundheitsverhalten, Achtsamkeit |

| | |
|---|---|
| Eigenarbeit Basis- Übungen | Was ist gut gelaufen“- Übung im Arbeitsbuch<br>Dankbarkeits-Übung<br>Maßnahmen-Übung |
| Eigenarbeit Aufbau-Übungen | Best-Possible Self<br>Pleasure Walk<br>Beispiele für 10 Positive Emotionen nach Fredrickson<br>VIA-Test |

Modul IV: Stärken & Flow

| **Zeit** | **Inhalte** | **Übungen** | **Didaktik** |
|---|---|---|---|
| 09:00 | Begrüßung | | Visualisierung mit Flipchart |
| 09:05 | Startrunde - Befindlichkeitsblitzlicht<br>Rahmenbedingungen | Karten wählen - Smileys | |
| 09:15 | Hinführung zum Thema Flow (Csikszentmihalyi, 1990; 2013) mit dem PERMA-Modell (Seligman, 2012, 2015) | | Visualisierung mit Flipchart |
| 09:25 | Flow-Konzept (Csikszentmihalyi, 1990, 2013) | Übung: mit Partner oder in der Kleingruppe Flow-Aktivitäten finden<br>Zurufabfrage: Beispiele für Flow-Aktivitäten | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| | Hinführung zum Stärken-Thema | Übung: Enthusiasmuserzeugende Fragen<br>Was haben Sie früher gerne/gut gemacht?<br>Was begeistert Sie im „Hier und Jetzt“?<br>Worauf freuen Sie sich? | Visualisierung mit Flipchart |
| 09:55 | Pause | | |
| 10:05 | Values in Action (Niemiec, 2019; Peterson & Seligman, 2004; Seligman et al., 2005)<br>Charakter-Stärken | Übung: Stärken-Time-Line<br>Exemplarisch und individuell | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch<br>VIA-Kurztest |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Achtsamkeit-Konzept (Kabat-Zinn, 1993, 2003) | Übung: Body-Scan + Signarturstärke | |
| | | Übung: Reflexion zu Nutzen vom Einsatz von Stärken im Umgang mit Erkrankung | |
| | Wochenaufgabe & Verabschiedung | | Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |

| | Inhalt | Erklärung |
|---|---|---|
| Diskussion | Austausch über Flow-Aktivitäten und deren Sinn<br>Austausch über Stärken – Einfluss der Erkrankung<br>Austausch über in welchen Situationen der Einsatz v. Stärken hilfreich sein können | |
| Eigenarbeit Basis- Übungen | Was ist gut gelaufen“- Übung im Arbeitsbuch<br>Dankbarkeits-Übung<br>Maßnahmen-Übung | |
| Eigenarbeit Aufbau-Übungen | Zu 3 good things – welche Stärke hat sich gezeigt?<br>Welche Stärke soll wieder mehr aktiviert werden und wie?<br>Flow-Aktivität | |

Modul V: Soziales Wohlbefinden & Bindung

| **Zeit** | **Inhalte** | **Übungen** | **Didaktik** |
|---|---|---|---|
| 09:00 | Begrüßung | | Flipchart |
| 09:05 | Startrunde - Befindlichkeitsblitzlicht<br>Rahmenbedingungen | Karten wählen | |
| 09:15 | Hinführung zum Thema – Psychologische Grundbedürfnisse (Deci & Ryan, 1985; 2000; 2004; 2008; 2013)<br>WHO-Definition von Gesundheit<br>Soziales Wohlbefinden & Bindung | Partner- Übung: Reflexton Soziales Wohlbefinden Erfahrungen im Kontext der Erkrankung<br>Zurufabfrage: Erfahrungsberichte | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart |
| 09:55 | Pause | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10:05 | Soziales Netzwerk – Zugehörigkeit - Gelingende Beziehungen (D. J. M. Gottman, 2014; J. M. Gottman & Krokoff, 1989) | Übung: Mind-Map - Inventur<br>Vorhandene Verbindungen<br>Beurteilung der Qualität<br>Gewünschte Veränderungen | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| | | Zurufabfrage: Wo können neue Kontakte geknüpft werden? | |
| | | Achtsamkeits- Übung: Body-Scan + Loving-Kindness-Meditation (Fredrickson et al., 2008) | |
| 10.45 | Wochenaufgabe & Verabschiedung | | Visualisierung mit Flipchart |

| | Inhalt |
|---|---|
| Diskussion | Austausch Soziales Wohlbefinden<br>Relevanz im Genesungsprozess<br>Möglichkeiten der zwischenmenschlichen Beziehungen + Potentielle Probleme + Lösungen |
| Eigenarbeit Basis- Übungen | Was ist gut gelaufen“- Übung im Arbeitsbuch<br>Dankbarkeits-Übung<br>Maßnahmen-Übung |
| Eigenarbeit Aufbau-Übungen | Random Act of kindness (Peterson, 2006)<br>Geplante Maßnahme umsetzen<br>Inventur reflektieren |

GPS-Modul VI: Selbstfürsorge

| Zeit | Inhalte | Übungen | Didaktik |
|---|---|---|---|
| 09:00 | Begrüßung | | Flip-Chart |
| 09:05 | Startrunde - Befindlichkeitsblitzlicht<br>Rahmenbedingungen | Karten wählen | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 09:15 | | Achtsamkeitsübung: Bodyscan & Atemübung | |
| 09:25 | Hinführung zum Thema: „Mens sana in corpore sano“<br>Was bedeutet Selbstfürsorge | Zurufabfrage | Visualisierung mit Flip Chart |
| | Komponenten von Selbstfürsorge<br>Vorteile<br>Basis Achtsamkeit (Kabat-Zinn, 2003, 2011, 2018)<br>Physische Komponenten: Bewegung, Ernährung Schlaf | Übung: Ist-Stand – Soll-Stand | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| 09:55 | Pause | | |
| 10:05 | Selbstfürsorge: psychische Komponenten<br>Grenzen, positives Feedback, blockierende Denk-muster, Selbstmitgefühl (Neff, 2012; Neff & Germer, 2019; Sauerland, 2018) | Zurufabfrage: Erfahrungsaustausch | Psychoedukation<br>Visualisierung mit Flipchart<br>Arbeitsbuch |
| | | Übung: Selbstfürsorgemaßnahmen planen | |
| | Wochenaufgabe & Verabschiedung | | Arbeitsbuch |

| | Inhalt |
|---|---|
| Diskussion | Austausch über das Thema Selbstfürsorge: die einzelnen Komponenten<br>Das Thema Achtsamkeit<br>Nutzen für Genesungsprozess |
| Eigenarbeit Basis- Übungen | Was ist gut gelaufen“- Übung im Arbeitsbuch<br>Dankbarkeits-Übung<br>Maßnahmen-Übung |
| Eigenarbeit Aufbau-Übungen | Selbstfürsorgekalender<br>Maßnahme Selbstfürsorge Vitalität<br>Maßnahme Selbstfürsorge Psyche |

# Anhang K: Fragebögen Studie III

SUCHTHILFE KLINIK SALZBURG

UNIVERSITÄT KOBLENZ · LANDAU

## Sehr geehrte Teilnehmer und Teilnehmerinnen,

wir freuen uns, dass Sie die Evaluierung und Qualitäts-Optimierung der Intervention „Förderung des gesundheitsbezogenen positiven Selbstmanagements - GPS“ in der Suchthilfe Klinik Salzburg unterstützen. Wir sind bemüht, die Qualität der Behandlung auf dem neuesten Stand zu halten. Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie einen wesentlichen Teil zur Verbesserung der Behandlungsformen bei, so dass in Zukunft noch zielgerichteter und konsequenter gearbeitet werden kann.

Dies ist ein Projekt, das wissenschaftlich fundiert den Zusammenhang zwischen Trainingsprogramm (GPS) und dem Aufbau von Selbstmanagementkompetenzen, mentaler Stärke, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit bzw. dem Abbau von psychischer Belastung untersucht.

Im Anschluss finden Sie einen Fragebogen mit Aussagen, mit denen Sie sich selbst beschreiben können. Kreuzen Sie bitte an, inwieweit Sie jeder dieser Aussagen zustimmen. Sie erhalten diesen am Anfang, in der Mitte und am Ende Ihrer 12-wöchigen Behandlung. Die Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der Tage vor dem Ausfüllen des Fragebogens.

Die Beantwortung wird maximal eine halbe Stunde dauern. Sie können auch gerne eine Pause machen, vervollständigen Sie den Fragebogen aber bitte innerhalb von 24 Stunden. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Die Länge der Antwortskalen variiert zum Teil. Die niedrige Ziffer bedeutet aber immer „trifft nicht zu“, „stimmt nicht“ o. Ä., die hohe Ziffer bedeutet immer „trifft zu“, „stimmt völlig“ o. Ä. Mit den Ziffern dazwischen können Sie Ihre Antwort abstufen. Bitte antworten Sie auch dann, wenn keine der Antworten als perfekt zutreffend erscheint. In diesem Fall wählen Sie bitte die am ehesten passende Antwortmöglichkeit. Bitte beantworten Sie die Fragen so, dass es der Realität entspricht, und nicht so, wie Sie denken, dass es sein sollte, oder wie Sie es gerne hätten.

Wenn Fragen auftauchen, wenden Sie sich bitte gerne an einen Mitarbeiter!

Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich und anonym behandelt.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme und viel Spaß beim Ausfüllen!

Am Beginn des Testzeitraumes wird ein individueller Code generiert. Dieser setzt sich aus den ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter, den ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters und den ersten beiden Ziffern Ihres Geburtstages zusammen.

Beispiel:
Vorname der Mutter: Eva

Vorname des Vaters: Adam

Geburtstag: 01.01.1984

Individueller Code: EVAD01

Ihr Code: ……

Sehr geehrte Teilnehmer und Teilnehmerinnen,

bitte beantworten Sie nun die unten stehenden Fragen. Die Antwortskalen können variieren. Bitte beachten Sie, dass die niedrige Ziffer stimmt nicht, wenig oder trifft nicht zu, und die hohe Ziffer stimmt voll und ganz, sehr oder trifft sehr zu bedeutet (umgekehrt zu Schulnoten!!).

| | **Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie** | Überhaupt nicht | Ein wenig | Mittel | Eher | Völlig |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Ich bin sehr dankbar für die positiven Dinge, die mir im Leben widerfahren. | o | o | o | o | o |
| 2 | Vor dem Einschlafen rufe ich mir nochmal alle positiven Ereignisse des Tages vor Augen. | o | o | o | o | o |
| 3 | Ich erinnere mich jeden Abend an die guten Gespräche des Tages. | o | o | o | o | o |
| 4 | Ich habe mir schon mal eine Liste mit meinen persönlichen Glücksbringern erstellt. | o | o | o | o | o |
| 5 | Ich achte aufmerksam darauf, was in der Gegenwart um mich herum passiert. | o | o | o | o | o |
| 6 | Alles in allem bin ich ein sehr glücklicher Mensch. | o | o | o | o | o |
| 7 | Ich wende Techniken an, die mir helfen, positive Momente länger auszukosten. | o | o | o | o | o |
| 8 | Ich bin mir meiner Stärken bewusst. | o | o | o | o | o |
| 9 | Mehrdeutige Situationen interpretiere ich stets in einer positiven Art und Weise | o | o | o | o | o |
| 10 | In den letzten sieben Tagen habe ich einer anderen Person spontan eine Freude bereitet. | o | o | o | o | o |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## Positives Gesundheitsverhalten

**Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen**

| | | stimmt überhaupt nicht | | | | stimmt voll und ganz |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Mir ist bewusst, dass sich meine Ernährung, mein Schlaf und meine Aktivität bzw. Bewegung auf meine Gesundheit und mein Wohlbefinden auswirkt. | o | o | o | o | o |
| 2 | Ich achte auf meine körperliche Gesundheit und Vitalität. | o | o | o | o | o |
| 3 | Ich achte auf ausgewogene und gesunde Ernährung, das bedeutet abwechslungsreich mit viel Gemüse und Obst, wenig Fett und Zucker, keine Fertigprodukte und gesüßten Getränke. | o | o | o | o | o |
| 4 | Ich achte darauf, dass auch meine Snacks und Zwischenmalzeiten gesund sind. | o | o | o | o | o |
| 5 | Ich achte darauf, dass ich im Laufe des Tages ausreichend Flüssigkeit zu mir nehme (mindestens 2 Liter am Tag). | o | o | o | o | o |
| 6 | Ich achte auf regelmäßige körperliche Aktivität (Walken, Wandern, Radfahren, Laufen). Das ist ein wichtiger Bestandteil meines Lebens | o | o | o | o | o |
| 7 | Bewegung und körperliche Aktivität im Alltag sind mir wichtig. Zum Beispiel: Spazieren gehen, Treppe statt Lift nehmen usw. | o | o | o | o | o |
| 8 | Ich kümmere mich regelmäßig darum, meinen Körper beweglich zu halten | o | o | o | o | o |
| 9 | Ich achte darauf zu regelmäßigen Zeiten schlafen zu gehen. | o | o | o | o | o |
| 10 | Ich achte auf einen erholsamen Schlaf. | o | o | o | o | o |
| 11 | Ich wache morgens erholt und frisch auf | o | o | o | o | o |
| 12 | Ein Leben ohne Alkoholkonsum kann ich mir gut vorstellen. | o | o | o | o | o |
| 13 | Ich habe kein starkes Trinkverlangen (Craving) | o | o | o | o | o |
| 14 | Ich bin mit meinem Gesundheitsverhalten (Ernährung, Bewegung, Schlaf) zufrieden | o | o | o | o | o |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | **Achtsamkeit - MAAS** | Fast nie | Sehr selten | Eher selten | Eher häufig | Sehr häufig | Fast immer |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort aus** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Unten finden Sie eine Sammlung von Aussagen zu tagtäglichen Erlebnissen. Bitte geben Sie mittels der Skala von 1 bis 6 an, wie häufig oder selten Sie derzeit jedes dieser Erlebnisse haben. Bitte antworten Sie so, wie Sie diese Dinge derzeit *wirklich erleben* und nicht, wie Sie denken, dass Sie die Dinge erleben sollten. Bitte behandeln Sie jede Aussage unabhängig von den anderen Aussagen. | | | | | | |
| 1 | Ich könnte ein Gefühl haben und mir dessen erst irgendwann später bewusst werden. | o | o | o | o | o | o |
| 2 | Ich zerbreche oder verschütte Dinge aus Achtlosigkeit, ohne den Dingen Aufmerksamkeit zu schenken oder weil ich an anderes denke. | o | o | o | o | o | o |
| 3 | Ich finde es schwierig, auf das konzentriert zu bleiben, was im gegenwärtigen Augenblick passiert. | o | o | o | o | o | o |
| 4 | Ich neige dazu, schnell zu gehen, um dorthin zu kommen, wo ich hingehe, ohne darauf zu achten, was ich unterwegs erlebe. | o | o | o | o | o | o |
| 5 | Ich neige dazu, Gefühle körperlicher Anspannung oder Unwohlsein nicht wahrzunehmen, bis sie meine Aufmerksamkeit vollständig in Anspruch nehmen. | o | o | o | o | o | o |
| 6 | Ich vergesse den Namen einer Person fast sofort, nachdem er mir erstmals gesagt wurde. | o | o | o | o | o | o |
| 7 | Es sieht so aus, als würde ich “automatisch funktionieren”, ohne viel Bewusstsein für das, was ich tue. | o | o | o | o | o | o |
| 8 | Ich hetze durch Aktivitäten, ohne wirklich aufmerksam für sie zu sein. | o | o | o | o | o | o |
| 9 | Ich bin so auf das Ziel konzentriert, das ich erreichen möchte, dass ich den Kontakt dazu verliere, was ich hier und jetzt tue, um dieses Ziel zu erreichen. | o | o | o | o | o | o |
| 10 | Ich erledige Aufträge oder Aufgaben automatisch, ohne mir bewusst zu sein, was ich tue. | o | o | o | o | o | o |
| 11 | Ich bemerke, wie ich jemandem nur mit einem Ohr zuhöre, während ich gleichzeitig etwas anderes tue. | o | o | o | o | o | o |
| 12 | Ich fahre zu Orten wie von einem “Autopiloten” gesteuert und frage mich dann, wie ich dorthin gekommen bin. | o | o | o | o | o | o |
| 13 | Ich bemerke, dass ich gedankenverloren der Zukunft oder der Vergangenheit nachhänge. | o | o | o | o | o | o |
| 14 | Ich merke, wie ich Dinge tue, ohne auf sie zu achten. | o | o | o | o | o | o |
| 15 | Ich esse eine Kleinigkeit, ohne mir bewusst zu sein, dass ich esse. | o | o | o | o | o | o |

| | **Selbstwirksamkeitserwartung** | Stimmt nicht | Stimmt kaum | Stimmt eher | Stimmt genau |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?** | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen. | o | o | o | o |
| 2 | Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe. | o | o | o | o |
| 3 | Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen. | o | o | o | o |
| 4 | In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll. | o | o | o | o |
| 5 | Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, daß ich gut mit ihnen zurechtkommen kann. | o | o | o | o |
| 6 | Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann. | o | o | o | o |
| 7 | Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen. | o | o | o | o |
| 8 | Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden. | o | o | o | o |
| 9 | Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann. | o | o | o | o |
| 10 | Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern. | o | o | o | o |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | **Mentale Stärke** | Stimmt gar nicht | Stimmt eher nicht | Weder noch | Stimmt eher | Stimmt völlig |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Bitte geben Sie an, inwiefern Sie den folgenden Aussagen zustimmen.** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Ich vermag Gefühle so zu beeinflussen, dass diese mich bei der Verfolgung eigener Ziele unterstützen. | o | o | o | o | o |
| 2 | In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss. | o | o | o | o | o |
| 3 | Die Lösung schwieriger Dinge gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe. | o | o | o | o | o |
| 4 | Mir fallen viele Möglichkeiten ein, um Dinge in meinem Leben zu erreichen, die mir wichtig sind. | o | o | o | o | o |
| 5 | Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren. | o | o | o | o | o |
| 6 | Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich immer das Beste. | o | o | o | o | o |
| 7 | Selbst wenn andere entmutigt sind, weiß ich, dass ich einen Weg finde, um das Problem zu lösen. | o | o | o | o | o |
| 8 | Ich verstehe es so mit Gefühlen umzugehen, dass diese mich nicht blockieren. | o | o | o | o | o |
| 9 | Ich bin entschlossen. | o | o | o | o | o |
| 10 | In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll. | o | o | o | o | o |
| 11 | Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen. | o | o | o | o | o |
| 12 | Ich weiß sehr genau, wie sich verschiedene Emotionen und Stimmungen in meinem Verhalten äußern. | o | o | o | o | o |
| 13 | Meine vergangenen Erfahrungen haben mich gut auf die Zukunft vorbereitet. | o | o | o | o | o |
| 14 | Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern. | o | o | o | o | o |
| 15 | Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus. | o | o | o | o | o |
| | | Stimmt gar nicht | Stimmt eher nicht | Weder noch | Stimmt eher | Stimmt völlig |

| | **Mentale Stärke (Fortsetzung)** | Stimmt gar nicht | Stimmt eher nicht | Weder noch | Stimmt eher | Stimmt völlig |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | Ich habe gelernt, wie ich mich selbst in eine positive Stimmung versetzen kann. | o | o | o | o | o |
| 17 | Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt. | o | o | o | o | o |
| 18 | Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann. | o | o | o | o | o |
| 19 | Ich ertappe mich oftmals dabei, dass ich mir Sorgen über etwas mache. | o | o | o | o | o |
| 20 | Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen. | o | o | o | o | o |
| 21 | Ich erreiche die Ziele, die ich mir setze. | o | o | o | o | o |
| 22 | Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen. | o | o | o | o | o |
| 23 | Macht sich schlechte Laune bei mir breit, weiß ich, wie ich diese ändern kann. | o | o | o | o | o |
| 24 | Ich mag mich. | o | o | o | o | o |
| 25 | Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch. | o | o | o | o | o |
| 26 | Ich bin stolz darauf, was ich schon alles in meinem Leben erreicht habe. | o | o | o | o | o |
| 27 | Ich habe ein hohes Selbstvertrauen. | o | o | o | o | o |
| 28 | Auch wenn mir etwas nicht so gut gelingt, weiß ich, dass es beim nächsten Mal besser klappt. | o | o | o | o | o |
| 29 | Ich kann mich auf meine Fähigkeiten verlassen. | o | o | o | o | o |
| 30 | In Diskussionen und Auseinandersetzungen vertrete ich klar meine Meinung. | o | o | o | o | o |
| | | Stimmt gar nicht | Stimmt eher nicht | Weder noch | Stimmt eher | Stimmt völlig |

| | **Lebenszufriedenheit** | stimme überhaupt nicht überein | stimme nicht überein | stimme eher nicht überein | stimme weder noch überein | stimme etwas überein | stimme überein | stimme vollkommen überein |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen. | o | o | o | o | o | o | o |
| 2 | Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet. | o | o | o | o | o | o | o |
| 3 | Ich bin mit meinem Leben zufrieden. | o | o | o | o | o | o | o |
| 4 | Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche. | o | o | o | o | o | o | o |
| 5 | Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern. | o | o | o | o | o | o | o |

| | **Thriving BIT** | Stimme gar nicht zu | Stimme nicht zu | Stimme weder zu noch nicht zu | Stimme zu | Stimme völlig zu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Mein Leben hat ein klares Ziel. | o | o | o | o | o |
| 2 | Ich sehe meiner Zukunft optimistisch entgegen. | o | o | o | o | o |
| 3 | Mein Leben läuft gut. | o | o | o | o | o |
| 4 | Ich fühle mich meistens gut. | o | o | o | o | o |
| 5 | Was ich im Leben tue, ist wertvoll und erstrebenswert. | o | o | o | o | o |
| 6 | Wenn ich mich einer Sache voll und ganz zuwende, kann ich darin auch erfolgreich sein. | o | o | o | o | o |
| 7 | Ich erreiche die meisten meiner Ziele. | o | o | o | o | o |
| 8 | Bei den meisten Aktivitäten bin ich voller Energie. | o | o | o | o | o |
| 9 | Es gibt Menschen, die mich als Mensch schätzen. | o | o | o | o | o |
| 10 | Ich fühle mich meiner Gemeinde/ meinem Viertel zugehörig | o | o | o | o | o |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Stimme gar nicht zu | Stimme nicht zu | Stimme weder zu noch nicht zu | Stimme zu | Stimme völlig zu |

| | **Mental Health Continuum** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Wie oft haben Sie sich im letzten Monat .... gefühlt?** | nie | Ein- oder zweimal | Einmal die Woche | zwei- bis dreimal die Woche | Fast jeden Tag | Jeden Tag |
| 1 | Glücklich | o | o | o | o | o | o |
| 2 | Interessiert am Leben | o | o | o | o | o | o |
| 3 | Zufrieden | o | o | o | o | o | o |
| 4 | …, dass Sie etwas Wesentliches zur Gesellschaft beizutragen hatten. | o | o | o | o | o | o |
| 5 | …, dass Sie zu einer Gemeinschaft gehören (wie z.B. einer sozialen Gruppe, deine Schule oder Nachbarschaft). | o | o | o | o | o | o |
| 6 | …, dass unsere Gesellschaft für alle Menschen ein guter Platz ist oder ein besserer Platz wird. | o | o | o | o | o | o |
| 7 | …, dass Menschen prinzipiell gut sind. | o | o | o | o | o | o |
| 8 | …, dass Ihnen die Art, wie unsere Gesellschaft funktioniert sinnvoll erscheint. | o | o | o | o | o | o |
| 9 | ..., dass Sie die meisten Aspekte deiner Persönlichkeit mögen. | o | o | o | o | o | o |
| 10 | ..., dass Sie gut mit den Aufgaben deines täglichen Lebens umgehen können. | o | o | o | o | o | o |
| 11 | ..., dass Sie warme und vertrauensvolle Beziehungen mit anderen hatten. | o | o | o | o | o | o |
| 12 | …, dass Sie Erfahrungen gemacht haben, die Sie herausgefordert haben und wachsen ließen. | o | o | o | o | o | o |
| 13 | …, dass Sie sich getraut haben, deine eigenen Ideen und Meinungen auszudrücken. | o | o | o | o | o | o |
| 14 | …, dass Ihr Leben Richtung und Bedeutung hat. | o | o | o | o | o | o |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

## Vitalität

**Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen**

| | | stimmt überhaupt nicht | | | | stimmt voll und ganz |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Ich habe viel Kraft, um die Herausforderungen des Lebens zu bewältigen. | o | o | o | o | o |
| 2 | Ich fühle mich voller Energie. | o | o | o | o | o |
| 3 | Ich fühle mich positiv, lebendig und vital. | o | o | o | o | o |
| 4 | Ich strahle Energie aus. | o | o | o | o | o |
| 5 | Ich habe ein angenehmes Körpergefühl. | o | o | o | o | o |
| 6 | Ich bin mit meinem Körpergefühl und meiner Vitalität zufrieden. | o | o | o | o | o |

## Persönlichkeit

Die folgenden Skalen beschreiben bestimmte Merkmale von Personen. Dabei stellen die Punkte ganz links und ganz rechts Gegensätze dar. Betrachten Sie sich das Beispiel: Wenn jemand „sehr“ romantisch ist, wird er den Skalenpunkt ganz links ankreuzen, wenn jemand „sehr“ nüchtern ist, wird er den Skalenpunkt ganz rechts ankreuzen. Auf den Skalenpunkten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen, wenn Sie sich weder für „sehr“ romantisch noch für „sehr“ nüchtern halten.
Bitte schätzen Sie sich nun auf den folgenden fünf Skalen ein:

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ich bin... | sehr | ziemlich | etwas | teils-teils | etwas | ziemlich | sehr | |
| **extrovertiert** | o | o | o | o | o | o | o | **introvertiert** |
| gesprächig, gesellig, voller Tatendrang, kontaktfreudig | | | | | | | | still, schweigsam, zurückgezogen, eher ein Einzelgänger |
| **emotional** | o | o | o | o | o | o | o | **ausgeglichen** |
| nervös, ängstlich, regt sich leicht auf, angespannt, empfindlich | | | | | | | | gelassen, entspannt, selbstzufrieden, robust |
| **aufgeschlossen** | o | o | o | o | o | o | o | **festgelegt** |
| offen für Neues, wissbegierig, kultiviert, phantasievoll | | | | | | | | feste Ansichten und Meinungen, an Neuem eher wenig interessiert, traditionell, mag Routinen und feste Regeln |
| **barsch** | o | o | o | o | o | o | o | **umgänglich** |
| kühl, kritisch, wird leicht ärgerlich, misstrauisch | | | | | | | | kooperativ, herzlich, nett, nachgiebig |
| **gewissenhaft** | o | o | o | o | o | o | o | **nachlässig** |
| zuverlässig, sorgfältig, ordentlich, pflichtbewusst, ehrgeizig | | | | | | | | salopp, unordentlich, unpünktlich, chaotisch, nonchalant |
| | sehr | ziemlich | etwas | teils-teils | etwas | ziemlich | sehr | |

| | **Symptom Check List** | Überhaupt nicht | Etwas | Ziemlich | Stark | Sehr stark |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Wie sehr litten Sie in den letzten siebenTagen unter... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Kopfschmerzen | o | o | o | o | o |
| 2 | Nervosität oder innerem Zittern | o | o | o | o | o |
| 3 | immer wieder auftauchenden unerwünschten Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen | o | o | o | o | o |
| 4 | Ohnmachts- und Schwindelgefühlen | o | o | o | o | o |
| 5 | Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität | o | o | o | o | o |
| 6 | allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen | o | o | o | o | o |
| 7 | der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat | o | o | o | o | o |
| 8 | dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind | o | o | o | o | o |
| 9 | Gedächtnisschwierigkeiten | o | o | o | o | o |
| 10 | Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit | o | o | o | o | o |
| 11 | dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein | o | o | o | o | o |
| 12 | Herz- und Brustschmerzen | o | o | o | o | o |
| 13 | Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße | o | o | o | o | o |
| 14 | Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken | o | o | o | o | o |
| 15 | Gedanken, sich das Leben zu nehmen | o | o | o | o | o |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | Hören von Stimmen, die sonst keiner hört | o | o | o | o | o |
| 17 | Zittern | o | o | o | o | o |
| 18 | dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann | o | o | o | o | o |
| 19 | schlechtem Appetit | o | o | o | o | o |
| 20 | Neigung zum Weinen | o | o | o | o | o |
| 21 | Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht | o | o | o | o | o |
| 22 | der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden | o | o | o | o | o |
| 23 | plötzlichem Erschrecken ohne Grund | o | o | o | o | o |
| 24 | Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren | o | o | o | o | o |
| 25 | Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen | o | o | o | o | o |
| 26 | Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge | o | o | o | o | o |
| 27 | Kreuzschmerzen | o | o | o | o | o |
| 28 | dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen | o | o | o | o | o |
| 29 | Einsamkeitsgefühlen | o | o | o | o | o |
| 30 | Schwermut | o | o | o | o | o |
| 31 | dem Gefühl, sich viele Sorgen machen zu müssen | o | o | o | o | o |
| 32 | dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren | o | o | o | o | o |
| 33 | Furchtsamkeit | o | o | o | o | o |
| 34 | Verletzlichkeit in Gefühlsdingen | o | o | o | o | o |
| 35 | der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen | o | o | o | o | o |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 36 | dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind | o | o | o | o | o |
| 37 | dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können | o | o | o | o | o |
| 38 | der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist | o | o | o | o | o |
| 39 | Herzklopfen oder Herzjagen | o | o | o | o | o |
| 40 | Übelkeit oder Magenverstimmung | o | o | o | o | o |
| 41 | Minderwertigkeitsgefühlen anderen gegenüber | o | o | o | o | o |
| 42 | Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen) | o | o | o | o | o |
| 43 | dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden | o | o | o | o | o |
| 44 | Einschlafschwierigkeiten | o | o | o | o | o |
| 45 | dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun | o | o | o | o | o |
| 46 | Schwierigkeiten, sich zu entscheiden | o | o | o | o | o |
| 47 | Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug | o | o | o | o | o |
| 48 | Schwierigkeiten beim Atmen | o | o | o | o | o |
| 49 | Hitzewallungen oder Kälteschauern | o | o | o | o | o |
| 50 | der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden | o | o | o | o | o |
| 51 | Leere im Kopf | o | o | o | o | o |
| 52 | Taubheit oder Kribbeln in den einzelnen Körperteilen | o | o | o | o | o |
| 53 | dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben | o | o | o | o | o |
| 54 | einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft | o | o | o | o | o |
| 55 | Konzentrationsschwierigkeiten | o | o | o | o | o |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 56 | Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen | o | o | o | o | o |
| 57 | dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein | o | o | o | o | o |
| 58 | Schweregefühl in den Armen oder den Beinen | o | o | o | o | o |
| 59 | Gedanken an den Tod und ans Sterben | o | o | o | o | o |
| 60 | dem Drang, sich zu überessen | o | o | o | o | o |
| 61 | einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden | o | o | o | o | o |
| 62 | dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind | o | o | o | o | o |
| 63 | dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen | o | o | o | o | o |
| 64 | frühem Erwachen am Morgen | o | o | o | o | o |
| 65 | zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen | o | o | o | o | o |
| 66 | unruhigem oder gestörtem Schlaf | o | o | o | o | o |
| 67 | dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern | o | o | o | o | o |
| 68 | Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen | o | o | o | o | o |
| 69 | starke Befangenheit im Umgang mit anderen | o | o | o | o | o |
| 70 | Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino | o | o | o | o | o |
| 71 | einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist | o | o | o | o | o |
| 72 | Schreck- oder Panikanfälle | o | o | o | o | o |
| 73 | Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit | o | o | o | o | o |
| 74 | Der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten | o | o | o | o | o |
| 75 | Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden | o | o | o | o | o |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 76 | mangelnder Anerkennung Ihrer Leistung durch andere | o | o | o | o | o |
| 77 | Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind | o | o | o | o | o |
| 78 | so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können | o | o | o | o | o |
| 79 | dem Gefühl, wertlos zu sein | o | o | o | o | o |
| 80 | dem Gefühl, dass Ihnen schlimme oder eigenartige Dinge passieren werden | o | o | o | o | o |
| 81 | dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen | o | o | o | o | o |
| 82 | der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen | o | o | o | o | o |
| 83 | dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden | o | o | o | o | o |
| 84 | sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind | o | o | o | o | o |
| 85 | dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten | o | o | o | o | o |
| 86 | Vorstellungen und Gedanken, die Ihnen Angst einflößen | o | o | o | o | o |
| 87 | dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist | o | o | o | o | o |
| 88 | dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können | o | o | o | o | o |
| 89 | Schuldgefühlen | o | o | o | o | o |
| 90 | dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist | o | o | o | o | o |

| | **Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort aus** | Trifft gar nicht zu | Trifft eher nicht zu | Trifft eher zu | Trifft genau |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Ich würde nie schlecht über einen Kollegen reden. | | | | |

# Anhang L: Feedbackfragebogen Studie III

SUCHTHILFE KLINIK SALZBURG

UNIVERSITÄT KOBLENZ · LANDAU

Sehr geehrte Teilnehmer und Teilnehmerinnen,

wir freuen uns, dass Sie die Evaluierung und Qualitäts-Optimierung der Intervention „Förderung des gesundheitsbezogenen positiven Selbstmanagements“ in der Suchthilfe Salzburg unterstützen.

Wie Sie wissen, ist dies ein Projekt, das wissenschaftlich fundiert den Zusammenhang zwischen Trainings-/Interventionsprogramm und Ergebnis in Bezug auf Gesundheitsverhalten/Vitalität und Wohlbefinden untersucht.

Sie sind jetzt am Ende ihrer 12-wöchigen Entwöhnungsbehandlung und haben das GPS-Programm besucht. Bitte nehmen Sie sich noch ein paar Minuten Zeit, um Ihre Einschätzung zum GPS und Ihrer Teilnahme abzugeben.

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

## Feedback zum Training

| | **Folgende Aussagen treffen zu…..** | 1<br>Stimmt nicht | 2<br>Stimmt eher nicht | 3<br>Weder noch | 4<br>Stimmt eher | 5<br>stimmt |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Die Inhalte der Veranstaltung GPS waren insgesamt interessant. | o | o | o | o | o |
| 2 | Die Inhalte der Veranstaltung GPS waren sinnvoll und hilfreich. | o | o | o | o | o |
| 3 | Die Inhalte der Veranstaltung GPS waren verständlich. | o | o | o | o | o |
| 4 | Durch die Veranstaltung GPS habe ich viel gelernt. | o | o | o | o | o |
| 5 | Ich werde die gelernten Techniken in der Zukunft anwenden. | o | o | o | o | o |
| 6 | Die Inhalte der Veranstaltung GPS sind für meine Zukunft relevant. | o | o | o | o | o |
| 7 | Das Verhältnis zwischen Theorie und praktischer Anwendung war passend. | o | o | o | o | o |
| 8 | Der/die Vortragende war gut vorbereitet. | o | o | o | o | o |
| 9 | Die Verbesserung meiner gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen ist mir wichtig. | | | | | |
| | | Stimmt nicht | Stimmt eher nicht | Weder noch | Stimmt eher | stimmt |

| | |
|---|---|
| Das hat mir besonders gut gefallen: | |
| Das könnte besser sein: | |

**Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement**

**Wöchentliche Übungen**

Das Interventionstraining beinhaltet zu den gemeinsamen Plenums- und Gruppendiskussionseinheiten die Möglichkeit zur eigenen Anwendung in Basis- und Aufbauübungen!

Wie oft haben Sie folgende Übungen ausgeführt?

| | | nie 0% | selten 25% | Zu 50 % 50% | meistens 75% | So oft wie vorgegeben 100% |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Basis-Übung: „Was ist gut gelaufen“ – Positiver Tagesrückblick. | o | o | o | o | o |
| 2 | Basis-Übung: Dankbarkeit | o | o | o | o | o |
| 3 | Basis-Übung: Maßnahmen für die Woche. | o | o | o | o | o |
| 4 | Aufbau-Übungen der einzelnen Module | o | o | o | o | o |

Welche Aufbau-Übungen haben Sie gemacht?

| | Bitte teilen Sie noch mit, wie das Programm Gesundheitsbezogenes Positives Selbstmanagement GPS für Sie gewirkt hat. | nein | Eher nein | Weder noch | Eher ja | ja |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Hat das Programm Ihre Selbstmanagementfähigkeiten positiv beeinflusst? | o | o | o | o | o |
| 2 | Hat das Programm Ihre Gesundheitsverhalten positiv beeinflusst? | o | o | o | o | o |
| 3 | Hat das Programm Ihre Achtsamkeit positiv beeinflusst? | o | o | o | o | o |
| 4 | Hat das Programm Ihre Motivation positiv beeinflusst? | o | o | o | o | o |
| 5 | Hat das Programm Ihren Umgang mit Zielen positiv beeinflusst? | o | o | o | o | o |
| 6 | Hat das Programm Ihren Umgang mit Hindernissen positiv beeinflusst? | o | o | o | o | o |
| 7 | Hat das Programm Ihre Wahrnehmung positiver Emotionen beeinflusst? | o | o | o | o | o |
| 8 | Hat das Programm Ihr Verständnis für Ihre Stärken positiv beeinflusst? | o | o | o | o | o |
| 9 | Hat das Programm Ihr Verständnis für soziale Beziehungen positiv beeinflusst? | o | o | o | o | o |
| 10 | Hat das Programm Ihr Selbstfürsorgeverhalten positiv beeinflusst? | o | o | o | o | o |
| 11 | Hat das Programm Ihr Wohlbefinden positiv beeinflusst? | o | o | o | o | o |
| 12 | Hat das Programm Ihre psychische Belastung reduziert? | o | o | o | o | o |

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

# Anhang M: Follow-up-Fragebogen:

## Sehr geehrte Teilnehmer und Teilnehmerinnen,

Sie haben bereits während Ihres Aufenthaltes in der Suchthilfe Klinik Salzburg die Evaluierung und Qualitäts-Optimierung der Intervention „Förderung des gesundheitsbezogenen positiven Selbstmanagements - GPS“ in der Suchthilfe Klinik Salzburg unterstützt. Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie einen wesentlichen Teil zur Verbesserung der Behandlungsformen bei, so dass in Zukunft noch zielgerichteter und konsequenter gearbeitet werden kann. So können wir die Qualität der Behandlung auf dem neuesten Stand halten. Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie einen wesentlichen Teil zur Verbesserung der Behandlungsformen bei, so dass in Zukunft noch zielgerichteter und konsequenter gearbeitet werden kann. Vielen Dank dafür!
Um die Nachhaltigkeit des GPS-Programms beurteilen zu können, möchten wir Sie bitten, einen kleinen, ausgewählten Teil der Fragen erneut zu beantworten. Erst damit können wir feststellen, wie das Programm langfristig wirkt.

Im Anschluss finden Sie einen Fragebogen mit Aussagen, mit denen Sie sich selbst beschreiben können. Kreuzen Sie bitte an, inwieweit Sie jeder dieser Aussagen zustimmen. Unabhängig davon, wie Ihre derzeitige Lebenssituation in Bezug auf Alkohol aussieht. Die Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der Tage vor dem Ausfüllen des Fragebogens.

Die Beantwortung wird circa 10 Minuten dauern. Sie können auch gerne eine Pause machen, vervollständigen Sie den Fragebogen aber bitte innerhalb von 24 Stunden. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Die Länge der Antwortskalen variiert zum Teil. Die niedrige Ziffer bedeutet aber immer „trifft nicht zu“, „stimmt nicht“ ö. Ä., die hohe Ziffer bedeutet immer „trifft zu“, „stimmt völlig“ o. Ä.. Mit den Ziffern dazwischen können Sie ihrer Antwort abstufen. Bitte antworten Sie auch dann, wenn keine der Antworten als perfekt zutreffend erscheint. In diesem Fall wählen Sie bitte die am ehesten passende Antwortmöglichkeit. Bitte beantworten Sie die Fragen so, dass es der Realität entspricht, und nicht wie Sie denken, dass es sein sollte, oder wie Sie es gerne hätten.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich und anonym behandelt. – Siehe Codierung.
Wenn es Ihnen einfacher erscheint, können Sie auch gerne Ihren Namen angeben, dann wird er dem anonymisierten Code zugeordnet.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme und viel Spaß beim Ausfüllen!

| | **Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie** | Überhaupt nicht | Ein wenig | Mittel | Eher | Völlig |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Ich bin sehr dankbar für die positiven Dinge, die mir im Leben widerfahren. | o | o | o | o | o |
| 2 | Vor dem Einschlafen rufe ich mir nochmal alle positiven Ereignisse des Tages vor Augen. | o | o | o | o | o |
| 3 | Ich erinnere mich jeden Abend an die guten Gespräche des Tages. | o | o | o | o | o |
| 4 | Ich habe mir schon mal eine Liste mit meinen persönlichen Glücksbringern erstellt. | o | o | o | o | o |
| 5 | Ich achte aufmerksam darauf, was in der Gegenwart um mich herum passiert. | o | o | o | o | o |
| 6 | Alles in allem bin ich ein sehr glücklicher Mensch. | o | o | o | o | o |
| 7 | Ich wende Techniken an, die mir helfen, positive Momente länger auszukosten. | o | o | o | o | o |
| 8 | Ich bin mir meiner Stärken bewusst. | o | o | o | o | o |
| 9 | Mehrdeutige Situationen interpretiere ich stets in einer Positiven Art und Weise | o | o | o | o | o |
| 10 | In den letzten sieben Tagen habe ich einer anderen Person spontan eine Freude bereitet. | o | o | o | o | o |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | **Psychische Belastung<br>SCL – Skala Depressivität** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter…..** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | Überhaupt nicht | ein wenig | mittel | eher | völlig |
| 1 | Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität | o | o | o | o | o |
| 2 | Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken | o | o | o | o | o |
| 3 | Gedanken, sich das Leben zu nehmen. | o | o | o | o | o |
| 4 | Neigung zum Weinen | o | o | o | o | o |
| 5 | Der Befürchtung ertappt oder erwischt zu werden | o | o | o | o | o |
| 6 | Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge | o | o | o | o | o |
| 7 | Einsamkeitsgefühlen | o | o | o | o | o |
| 8 | Schwermut | o | o | o | o | o |
| 9 | Dem Gefühl, sich viele Sorgen machen zu müssen | o | o | o | o | o |
| 10 | Dem Gefühl sich für nichts zu interessieren | o | o | o | o | o |
| 11 | Einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft | o | o | o | o | o |
| 12 | Einem Gefühl, dass alles anstrengend ist | o | o | o | o | o |
| 13 | Dem Gefühl wertlos zu sein | o | o | o | o | o |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | **Thriving BIT** | Stimme gar nicht zu | Stimme nicht zu | Stimme weder zu noch nicht zu | Stimme zu | Stimme völlig zu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Mein Leben hat ein klares Ziel | o | o | o | o | o |
| 2 | Ich sehe meiner Zukunft optimistisch entgegen | o | o | o | o | o |
| 3 | Mein Leben läuft gut | o | o | o | o | o |
| 4 | Ich fühle mich meistens gut. | o | o | o | o | o |
| 5 | Was ich im Leben tue, ist wertvoll und erstrebenswert. | o | o | o | o | o |
| 6 | Wenn ich mich einer Sache voll und ganz zuwende, kann ich darin auch erfolgreich sein. | o | o | o | o | o |
| 7 | Ich erreiche die meisten meiner Ziele | o | o | o | o | o |
| 8 | Bei den meisten Aktivitäten bin ich voller Energie | o | o | o | o | o |
| 9 | Es gibt Menschen, die mich als Mensch schätzen. | o | o | o | o | o |
| 10 | Ich fühle mich meiner Gemeinde/ meinem Viertel zugehörig | o | o | o | o | o |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Stimme gar nicht zu | Stimme nicht zu | Stimme weder zu noch nicht zu | Stimme zu | Stimme völlig zu |

| | **Selbstwirksamkeitserwartung** | Stimmt nicht | Stimmt kaum | Stimmt eher | Stimmt genau |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?** | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen. | o | o | o | o |
| 2 | Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe. | o | o | o | o |
| 3 | Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen. | o | o | o | o |
| 4 | In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll. | o | o | o | o |
| 5 | Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, daß ich gut mit ihnen zurechtkommen kann. | o | o | o | o |
| 6 | Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann. | o | o | o | o |
| 7 | Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen. | o | o | o | o |
| 8 | Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden. | o | o | o | o |
| 9 | Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann. | o | o | o | o |
| 10 | Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern. | o | o | o | o |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | **Lebenszufriedenheit** | stimme überhaupt nicht überein | stimme nicht überein | stimme eher nicht überein | stimme weder noch überein | stimme etwas überein | stimme überein | stimme vollkommen überein |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen. | o | o | o | o | o | o | o |
| 2 | Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet. | o | o | o | o | o | o | o |
| 3 | Ich bin mit meinem Leben zufrieden. | o | o | o | o | o | o | o |
| 4 | Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche. | o | o | o | o | o | o | o |
| 5 | Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern. | o | o | o | o | o | o | o |

**Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.**

# Anhang N: Ergebnisse Korrelationsberechnung Studie III

| | ATPP | ACHT | PGV | SWE_lang | ER | RZ | SWE | HF | OP | SV | MS_Ind | BIT | SWLS | VIT | MHC | DK | ÄN | DP | GSI | ALK_ZU | ALK_CR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATPP | 1 | -.488** | .594** | .656** | .767** | .678** | .613** | .604** | .502** | .642** | .718** | .722** | .599** | .724** | .716** | -.391** | -.281** | -.331** | -.292** | .386** | .089 |
| ACHT | -.488** | 1 | -.446** | -.568** | -.629** | -.619** | -.562** | -.661** | -.494** | -.631** | -.677** | -.657** | -.666** | -.525** | -.582** | .637** | .514** | .464** | .480** | -.336** | -.286** |
| PGV | .594** | -.446** | 1 | .393** | .554** | .508** | .386** | .453** | .321** | .418** | .498** | .599** | .628** | .707** | .583** | -.332** | -.253* | -.380** | -.301** | .389** | .271** |
| SWE_lang | .656** | -.568** | .393** | 1 | .651** | .784** | .850** | .751** | .646** | .761** | .840** | .743** | .581** | .592** | .655** | -.509** | -.379** | -.372** | -.356** | .384** | .134 |
| ER | .767** | -.629** | .554** | .651** | 1 | .777** | .731** | .768** | .549** | .705** | .852** | .834** | .688** | .767** | .759** | -.488** | -.324** | -.366** | -.316** | .444** | .134 |
| RZ | .678** | -.619** | .508** | .784** | .777** | 1 | .855** | .764** | .656** | .801** | .920** | .816** | .639** | .737** | .736** | -.510** | -.431** | -.447** | -.397** | .493** | .245* |
| SWE | .613** | -.562** | .386** | .850** | .731** | .855** | 1 | .809** | .652** | .784** | .914** | .779** | .631** | .631** | .659** | -.552** | -.366** | -.364** | -.316** | .517** | .230* |
| HF | .604** | -.661** | .453** | .751** | .768** | .764** | .809** | 1 | .697** | .762** | .902** | .810** | .678** | .652** | .697** | -.651** | -.393** | -.432** | -.374** | .441** | .209* |
| OP | .502** | -.494** | .321** | .646** | .549** | .656** | .652** | .697** | 1 | .695** | .806** | .617** | .504** | .498** | .605** | -.548** | -.377** | -.391** | -.361** | .373** | .175 |
| SV | .642** | -.631** | .418** | .761** | .705** | .801** | .784** | .762** | .695** | 1 | .897** | .780** | .680** | .643** | .640** | -.530** | -.394** | -.382** | -.318** | .446** | .342** |
| MS_Index | .718** | -.677** | .498** | .840** | .852** | .920** | .914** | .902** | .806** | .897** | 1 | .874** | .719** | .741** | .773** | -.618** | -.432** | -.449** | -.393** | .513** | .253** |
| BIT | .722** | -.657** | .599** | .743** | .834** | .816** | .779** | .810** | .617** | .780** | .874** | 1 | .823** | .776** | .790** | -.491** | -.443** | -.489** | -.416** | .494** | .241* |
| SWLS | .599** | -.666** | .628** | .581** | .688** | .639** | .631** | .678** | .504** | .680** | .719** | .823** | 1 | .646** | .623** | -.530** | -.473** | -.525** | -.430** | .508** | .304** |
| VIT | .724** | -.525** | .707** | .592** | .767** | .737** | .631** | .652** | .498** | .643** | .741** | .776** | .646** | 1 | .742** | -.388** | -.399** | -.413** | -.398** | .453** | .245* |
| MHC | .716** | -.582** | .583** | .655** | .759** | .736** | .659** | .697** | .605** | .640** | .773** | .790** | .623** | .742** | 1 | -.521** | -.433** | -.515** | -.518** | .453** | .101 |
| DK | -.391** | .637** | -.332** | -.509** | -.488** | -.510** | -.552** | -.651** | -.548** | -.530** | -.618** | -.491** | -.530** | -.388** | -.521** | 1 | .444** | .478** | .420** | -.293** | -.293** |
| ÄN | -.281** | .514** | -.253* | -.379** | -.324** | -.431** | -.366** | -.393** | -.377** | -.394** | -.432** | -.443** | -.473** | -.399** | -.433** | .444** | 1 | .824** | .885** | -.361** | -.194 |
| DP | -.331** | .464** | -.380** | -.372** | -.366** | -.447** | -.364** | -.432** | -.391** | -.382** | -.449** | -.489** | -.525** | -.413** | -.515** | .478** | .824** | 1 | .881** | -.374** | -.090 |
| GSI | -.292** | .480** | -.301** | -.356** | -.316** | -.397** | -.316** | -.374** | -.361** | -.318** | -.393** | -.416** | -.430** | -.398** | -.518** | .420** | .885** | .881** | 1 | -.326** | -.076 |
| ALK_ZU | .386** | -.336** | .389** | .384** | .444** | .493** | .517** | .441** | .373** | .446** | .513** | .494** | .508** | .453** | .453** | -.293** | -.361** | -.374** | -.326** | 1 | .248* |
| ALK_CR | **.089** | -.286** | .271** | **.134** | **.134** | .245* | .230* | .209* | **.175** | .342** | .253** | .241* | .304** | .245* | **.101** | -.293** | **-.194** | **-.090** | **-.076** | .248* | 1 |

*Anmerkung: Werte mit * stehen für signifikante, Werte mit ** für hoch signifikante Korrelationen (* p < .05, ** p < .01). ATPP = Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie; ACHT = Achtsamkeit; PGV = Positives Gesundheitsverhalten; SWE_lang =Selbstwirksamkeitserwartung; ER = Emotionsregulation; SWE = Selbstwirksamkeitserwartung; HF = Hoffnung; OP = Optimismus; SV = Selbstvertrauen; RZ = Resilienz; MS_Index = Mentale Stärke Indexwert; BIT= Aufblühen; SWLS = Lebenszufriedenheit; VIT = Vitalität; DK = Dysfunktionale Kognitionen; MHC = Mental Health; ÄN = Ängstlichkeit; DP = Depressivität; GSI = Gesamtwert psychische Belastung; ALK_ZU = Abstinenzzuversicht; ALK_CR = Craving*

# Anhang O: Überblick Auswertung der Daten Studie III (Wirksamkeitsprüfung)

| *Skalen* | *Interaktionseffekt* | *Haupteffekt Zeit* | *t-Test **TG** ($M_{t1}$ -$M_{t2}$)* | *t-Test **VG** ($M_{t1}$ -$M_{t2}$)* | *t-Test $t_2$ ($M_{TGt2} – M_{VGt2}$)* |
|---|---|---|---|---|---|
| ***SMK*** | | | | | |
| *ATPP (trans)* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .10* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .86* | *p < .001, d = 0.995* | *p = .025, d = 0.025* | *p = .003, d = 0.608* |
| *ACHT* | *p = .003, $\eta_p^2$ = .08* | *p < .002, $\eta_p^2$ =.09* | *p < .001, d = -0.665* | *p = .985, d = -0.180* | *p = .046, d = -0.396* |
| *PGV* | *p = .031, $\eta_p^2$ = .05* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .11* | *p < .001, d = 0.538* | *p = .278, d = 0.149* | *p= .075, d = 0.353* |
| ***MS*** | | | | | |
| *Index* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .16* | *p <.001, $\eta_p^2$ = .18* | *p < .001, d = 0.930* | *p = .800, d = 0.035* | *p = .005, d = 0.558* |
| *SWE lang* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .12* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .20* | *p < .001, d = 0.862* | *p = .376, d = 0.124* | *p =.042, d = 0.403* |
| *SWE kurz* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .11* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .11* | *p < .001, d = 0.832* | *p = .968, d = 0.006* | *p = .019, d = 0.468* |
| *ER* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .10* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .10* | *p < .001, d = 0.707* | *p = 1.00, d = 0.000* | *p = .003, d = 0.608* |
| *RZ* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .10* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .10* | *p < .001, d = 0.762* | *p = 1.00, d = 0.000* | *p = .004, d = 0.573* |
| *SV* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .12* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .17* | *p < .001, d = 0.843* | *p = .552, d = 0.083* | *p = .004, d = 0.577* |
| *HF* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .13* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .14* | *p < .001, d = 0.774* | *p = .869, d = 0.023* | *p = .031, d = 0.430* |
| *OP* | *p = .023, $\eta_p^2$ = .05* | *p = .004, $\eta_p^2$ = .18* | *p = .002, d = 0.465* | *p = .606, d = 0.072* | *p = .091, d = 0.335* |
| ***PO*** | | | | | |
| *TH (trans.)* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .13* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .78* | *p < .001, d = 0.888* | *p = .548, d = 0.084* | *p < .001, d = 0.651* |
| *MHC* | *p = .004, $\eta_p^2$ = .08* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .46* | *p < .001, d = 0.733* | *p = .330, d = 0.136* | *p = .029, d = 0.435* |
| *LZ (trans.)* | *p = .012, $\eta_p^2$ = .06* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .75* | *p < .001, d = 0.775* | *p = .297, d= 0.146* | *p = .040, d = 0.409* |
| *VT (trans.)* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .09* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .81* | *p < .001, d = 0.814* | *p = .027, d = 0.317* | *p = .001, d= 0.644* |
| *DK* | *p = .010, $\eta_p^2$ = .06* | *p = .021, $\eta_p^2$ = .51* | *p < .001, d = -0.523* | *p = .196, d = 0.028* | *p = .860, d = -0.035* |
| *GSI* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .11* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .17* | *p < .001, d = -0.934* | *p = .566, d = -0.084* | *p = .379, d = -0.181* |
| *DP* | *p = .001, $\eta_p^2$ = .11* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .17* | *p< .001, d = -0.800* | *p = .453, d = -0.108* | *p = .194, d = -0.265* |
| *ÄN* | *p = .042, $\eta_p^2$ = .04* | *p < .001, $\eta_p^2$ = .16* | *p < .001, d = 0.717* | *p = .146, d = -0.211* | *p = .274, d = -0.222* |
| *CR* | *p = .476, $\eta_p^2$ = .01* | *p = .106, $\eta_p^2$ = .03* | *p = .070, d = 0.256* | *p = .560, d = 0.081* | *p = .359, d = 0.181* |
| *AZ* | *p = .150, $\eta_p^2$ = .02* | *p = .014, $\eta_p^2$ = .06* | *p = .006, d = 0.399.* | *p = .471, d = 0.101* | *p = .065, d = 0.299* |

*Anmerkung: ATPP = Anwendung der Techniken der Positiven Psychologie, ACHT = Achtsamkeit, PGV = positives Gesundheitsverhalten, MS = Mentale Stärke, SWE = Selbstwirksamkeitserwartung, ER = Emotionsregulation, RZ = Resilienz, SV = Selbstvertrauen, HF = Hoffnung, OP = Optimismus, Th = Wohlbefinden/Thriving, MHC = Wohlbefinden/Mental Health, LZ = Lebenszufriedenheit, VT = Vitalität, DK = dysfunktionale Kognitionen, GSI = psychische Belastung Gesamtwert, DP = Depression, ÄN = Ängstlichkeit, CR = Trinkverlangen/Craving, AZ = Abstinenzzuversicht*

# Anhang P: Ergebnisse Studie III Auswertung: Mittelwertvergleiche

Wirksamkeit der 90tägigen Entwöhnungsbehandlung

| | $t_0$ - $t_2$ | | $t_0$ – $t_1$ | | $t_1$ – $t_2$ | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Skalen | Treatmentgruppe | Vergleichsgruppe | Treatmentgruppe | Vergleichsgruppe | Treatmentgruppe | Vergleichsgruppe |
| **Selnstmanagement** | | | | | | |
| ATPP | p < .001, d = 1.090 | p < .001, d = 0.597 | p = .005, d = 0.410 | p = .004, d = 0.422 | p < .001, d = 0.995 | p =.025, d = 0.321 |
| ACHT | p < .001, d = -0.720 | p = .392, d = -0.120 | p = .910, d = -0.239 | p = .270, d = -0.155 | p < .001, d = -0.665 | p = .895, d = -0.180 |
| PGV | p < .001, d = 0 .959 | p < .001, d =0 .584 | p < .001, d = 0.559 | p < .001, d = 0.529 | p < .001, d = 0.538 | p = .278, d = 0.149 |
| **Mentale Stärke** | | | | | | |
| Index | p < .001, d = 1.553 | p = .004, d =0.418 | p < .001, d = 0.570 | p = .007, d = 0.394 | p < .001, d = 0.930 | p = .800, d = 0.035 |
| SWE lang | p < .001, d = 1.037 | p < .001, d = 0.574 | p < .001, d = 0.445 | p < .001, d = 0.509 | p < .001, d = 0.862 | p = .376, d = 0.124 |
| SWE kurz | p < .001, d = 1.105 | p = .041, d = 0.291 | p < .001, d = 0.571 | p = .042, d = 0.290 | p < .001, d = 0.832 | p = .968, d = 0.006 |
| Emotionsregulation | p < .001, d = 0.964 | p < .001, d =0.507 | p < .001, d = 0.514 | p = .001, d = 0.473 | p < .001, d = 0.707 | p = 1.00; d = 0.000 |
| Resilienz | p < .001, d = 1.068 | p = .038, d =0.295 | p < .001, d = 0.498 | p = .014, d = 0.352 | p < .001, d = 0.762 | p = 1.00, d = 0.000 |
| Selbstvertrauen | p < .001, d =0 .970 | p = .209, d = 0.176 | p < .001, d = 0.436 | p = .415, d = 0.114 | p < .001, d = 0.843 | p = .552, d = 0.083 |
| Hoffnung | p < .001, d =0 .948 | p < .001, d = 0.489 | p = .001, d = 0.478 | p = .004, d = 0.421 | p < .001, d = 0.774 | p = .869, d = 0.023 |
| Optimismus | p < .001, d =0.714 | p = .181, d = 0.188 | p = .032, d = 0.306 | p = .438, d = 0.108 | p = .002, d = 0.465 | p = .606, d = 0.072 |
| **Positive Outcomes** | | | | | | |
| Thriving | p < .001, d = 1.154 | p = .005, d = 0.408 | p < .001, d = 0.576 | p = .020, d = 0.333 | p < .001, d = 0.888 | p = .548, d = 0.084 |
| Mental Health/ Flourishing | p < .001, d = 1.169 | p < .001, d = 0.659 | p < .001, d = 0.633 | p < .001, d = 0.614 | p < .001, d = 0.733 | p = .330, d = 0.136 |
| Lebenszufriedenheit | p < .001, d = 1.204 | p = .002, d = 0.465 | p < .001, d = 0.637 | p = .024, d = 0.322 | p < .001, d = 0.775 | p = .297, d = 0.146 |
| Vitalität | p < .001, d = 1.573 | p < .001, d = 0.488 | p < .001, d = 0.642 | p = .050, d = 0.278 | p < .001, d = 0.814 | p = .027, d = 0.317 |
| Dysfunktionale Kognitionen | p < .001, d = -0.526 | p = .250, d = -0.161 | p = .276, d = -0.153 | p = .196, d = -0.182 | p < .001, d = -0.523 | p = .842, d = 0.028 |
| Psychische Belastung | p < .001, d = -0.892 | p < .001, d = -0.544 | p = .097, d = -0.237 | p < .001, d = -0.502 | p < .001, d = -0.934 | p = .566, d = -0.084 |
| Depressivität | p < .001, d = -1.318 | p = 006., d = -0.403 | p = .007, d = -0.390 | p = .002, d = -0.453 | p < .001, d = -0.800 | p = .453, d = -0.108 |
| Ängstlichkeit | p < .001, d = -1.340 | P = .002, d = -0.461 | p = .001, d = -0.479 | p = .083, d = -0.250 | p < .001, d = 0.717 | p = .146, d = -0.211 |
| Abstinenzzuversicht | p < .001, d = 0.569 | p = .014, d = 0.351 | p = .172, d = -0.192 | p = .029, d = -0.312 | p = .006, d = 0.399 | p = .471, d = 0.081 |
| Craving | p = .023, d =0.326 | p = .107, d = 0.227 | p = .651, d = -0.063 | p = .331, d =-0.136 | p = .070, d = 0.256 | p = .560, d = 0.101 |

# Anhang P: Werte der Variablen zum Testzeitpunkt $t_0$, $t_1$ und $t_2$

| Variable/Testzeitpunkt | | Treatmentgruppe (N= 52) | | | | Vergleichsgruppe (N=52) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Range | Min | Max | **M** | SD | Min | Max | **M** | SD |
| **Selbstmanagementkompe-tenzen** | | | | | | | | | |
| ATTP t1 | $[1;5]$ | 1.90 | 4.90 | **3.34** | .73 | 2.00 | 4.90 | **3.24** | .71 |
| ATPP t2 | | 2.50 | 5.00 | **3.87** | .65 | 1.50 | 5.00 | **3.39** | .85 |
| PGV t2 | $[1;5]$ | 2.00 | 4.83 | **3.63** | .81 | 1.42 | 5.00 | **3.58** | .81 |
| PGV t1 | | 2.23 | 5.00 | **3.96** | .74 | 1.15 | 5.00 | **3.66** | .90 |
| ACHT t1 | $[1;6]$ | 1.13 | 4.93 | **2.71** | 1.03 | 1.00 | 5.33 | **2.61** | .92 |
| ACHT t2 | | 1.00 | 3.73 | **2.11** | .74 | 1.07 | 5.67 | **2.59** | 1.10 |
| **Mentale Stärke** | | | | | | | | | |
| MS Index t1 | $[1;5]$ | 2.13 | 4.90 | **3.66** | .60 | 2.47 | 4.57 | **3.50** | .57 |
| MS Index t2 | | 2.90 | 4.93 | **4.03** | .50 | 2.30 | 4.73 | **3.68** | .63 |
| SWE t1 | $[1;5]$ | 2.00 | 3.90 | **3.01** | .49 | 2.00 | 5.00 | **3.73** | .76 |
| SWE t2 | | 2.20 | 4.00 | **3.33** | .50 | 1.60 | 5.00 | **3.74** | .80 |
| SWE lang t2 | $[1;4]$ | 2.00 | 3.90 | **3.00** | .50 | 2.10 | 4.00 | **3.08** | .47 |
| SWE lang t3 | | 2.20 | 4.00 | **3.33** | .49 | 1.90 | 4.00 | **3.12** | .54 |
| EMRE t2 | $[1;5]$ | 2.20 | 5.00 | **3.63** | .64 | 2.00 | 5.00 | **3.61** | .69 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMRE t3 | | 2.60 | 5.00 | **4.02** | .61 | 1.80 | 5.00 | **3.61** | .72 |
| SEVT t2 | $[1;5]$ | 1.60 | 4.40 | **3.20** | .68 | 1.80 | 5.00 | **3.84** | .69 |
| SEVT t3 | | 2.00 | 4.80 | **3.51** | .60 | 1.80 | 5.00 | **3.88** | .75 |
| RESZ t2 | $[1;5]$ | 2.00 | 5.00 | **3.86** | .76 | 1.80 | 5.00 | **3.82** | .77 |
| RESZ t3 | | 2.80 | 5.00 | **4.24** | .60 | 1.60 | 5.00 | **3.83** | .80 |
| HOFF t2 | $[1;5]$ | 2.00 | 4.80 | **3.51** | .60 | 1.80 | 4.80 | **3.64** | .65 |
| HOFF t3 | | 3.00 | 5.00 | **3.90** | .51 | 1.60 | 5.00 | **3.65** | .66 |
| OPTI t2 | $[1;5]$ | 1.60 | 4.80 | **3.41** | .68 | 1.00 | 5.00 | **3.46** | .79 |
| OPTI t3 | | 2.60 | 5.00 | **3.72** | .59 | 1.40 | 5.00 | **3.50** | .74 |
| **Positive Outcomes** | | | | | | | | | |
| SWLS t2 | $[1;7]$ | 1.60 | 6.80 | **4.61** | 1.25 | 1.00 | 6.80 | **4.62** | 1.50 |
| SWLS t3 | | 2.60 | 7.00 | **5.29** | 1.07 | 1.60 | 6.60 | **4.75** | 1.49 |
| MHC t2 | $[1;6]$ | 1.07 | 4.79 | **3.09** | 1.07 | .57 | 4.71 | **2.58** | 1.01 |
| MHC t3 | | 1.07 | 5.00 | **3.64** | .95 | .64 | 5.00 | **3.14** | 1.06 |
| BIT t2 | $[1;5]$ | 1.70 | 5.00 | **3.83** | .71 | 1.90 | 5.00 | **3.72** | .75 |
| BIT t3 | | 3.00 | 5.00 | **4.23** | .5 | 1.90 | 5.00 | **3.76** | .78 |
| VIT t2 | $[1;5]$ | 1.80 | 5.00 | **3.65** | .88 | 1.00 | 5.00 | **3.377** | 1.00 |
| VIT t3 | | 2.60 | 5.00 | **4.19** | .71 | 1.00 | 5.00 | **3.59** | 1.11 |
| ALK ZU t2 | $[1;5]$ | 2.00 | 5.00 | **4.31** | .78 | 1.00 | 5.00 | **4.29** | .89 |
| ALK ZU 3 | | 2.00 | 5.00 | **4.60** | .53 | 1.00 | 5.00 | **4.37** | .95 |
| ALK CR t2 | $[1;5]$ | 1.00 | 5.00 | **3.73** | 1.59 | 1.00 | 5.00 | **3.73** | 1.56 |
| ALK CR t3 | | 2.00 | 5.00 | **4.13** | 1.30 | 1.00 | 5.00 | **3.88** | 1.46 |

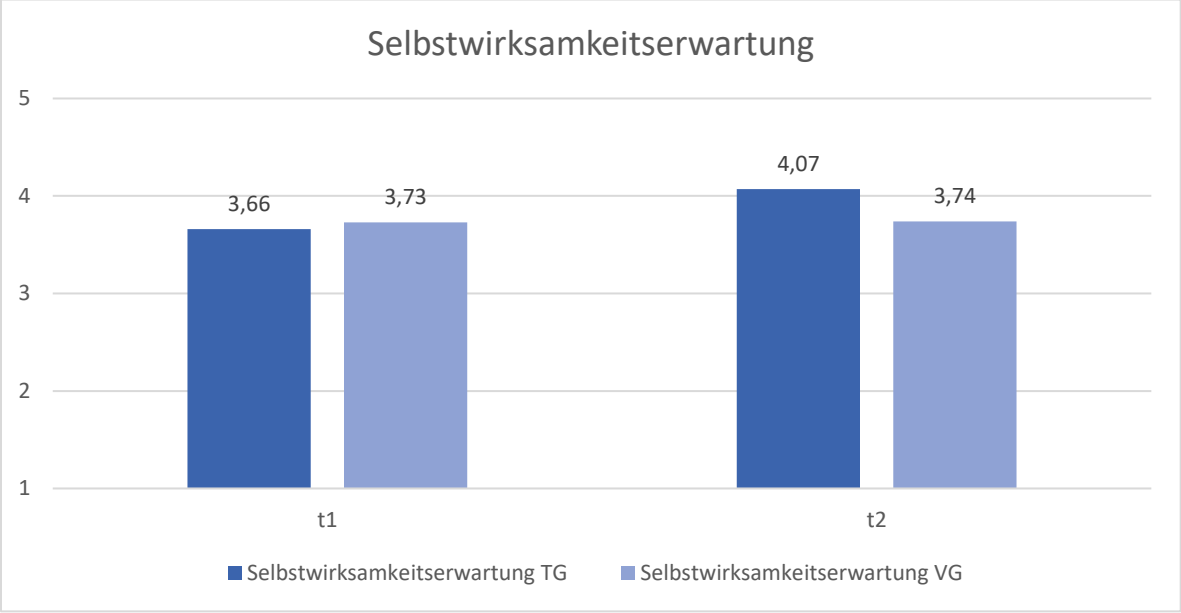
| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GSI t2 | $[0; 100]$ | 33.00 | 74.00 | **53.60** | 9.95 | 27.00 | 80.00 | **51.32** | 11.51 |
| GSI t3 | Norm 40 – 60 | 27.00 | 70.00 | **46.98** | 11.25 | 27.00 | 75.00 | **50.56** | 12.04 |
| DEP t2 | | 38.00 | 73.00 | **54.23** | 9.081 | 36.00 | 80.00 | **51.78** | 10.51 |
| DEP t3 | | 36.00 | 68.00 | **48.08** | 9.482 | 36.00 | 74.00 | **51.54** | 10.90 |
| ÄNG t2 | | 39.00 | 73.00 | **55.06** | 10.30 | 39.00 | 80.00 | **53.80** | 11.19 |
| ÄNG t3 | | 39.00 | 70.00 | **49.73** | 8.98 | 39.00 | 80.00 | **52.66** | 11.44 |
| DK t2 | $[1; 5]$ | 1.20 | 5.00 | **3.13** | .97 | 1.00 | 4.80 | **2.76** | 1.05 |
| DK t3 | | 1.00 | 4.40 | **2.75** | .97 | 1.00 | 4.80 | **2.78** | 1.03 |

# Anhang Q: Detaillierte Varianzanalyse Studie III

**Facetten der Mentalen Stärke**

*Selbstwirksamkeitserwartung.* Wurde Selbstwirksamkeit in kürzerer Form innerhalb der Facetten der Mentalen Stärke erhoben, wurde, vergleichbar mit der langen Version, eine signifikante Verbesserung über die Zeit und im Vergleich zur nicht trainierten Gruppe erwartet. Abbildung 23 veranschaulicht die Ergebnisse der Treatment- und Vergleichsgruppe.

*Abbildung 23: Entwicklung der Facette Selbstwirksamkeitserwartung*




Es zeigte sich eine hoch signifikante Interaktion mit knapp starkem Effekt (F(1, 102) = 11.36, $p$ = .001, $\eta_p^2$ = = .11) und ein hoch signifikanter und knapp starker Effekt des Faktors Zeit (F(1, 102) = 12.55, $p$ < .001, $\eta_p^2$ = .11). Die Analyse des Zwischensubjektfaktors Gruppe ergibt kein signifikantes Ergebnis (F(1, 102) = 1.05, $p$ = .309, $\eta_p^2$ = = .01)

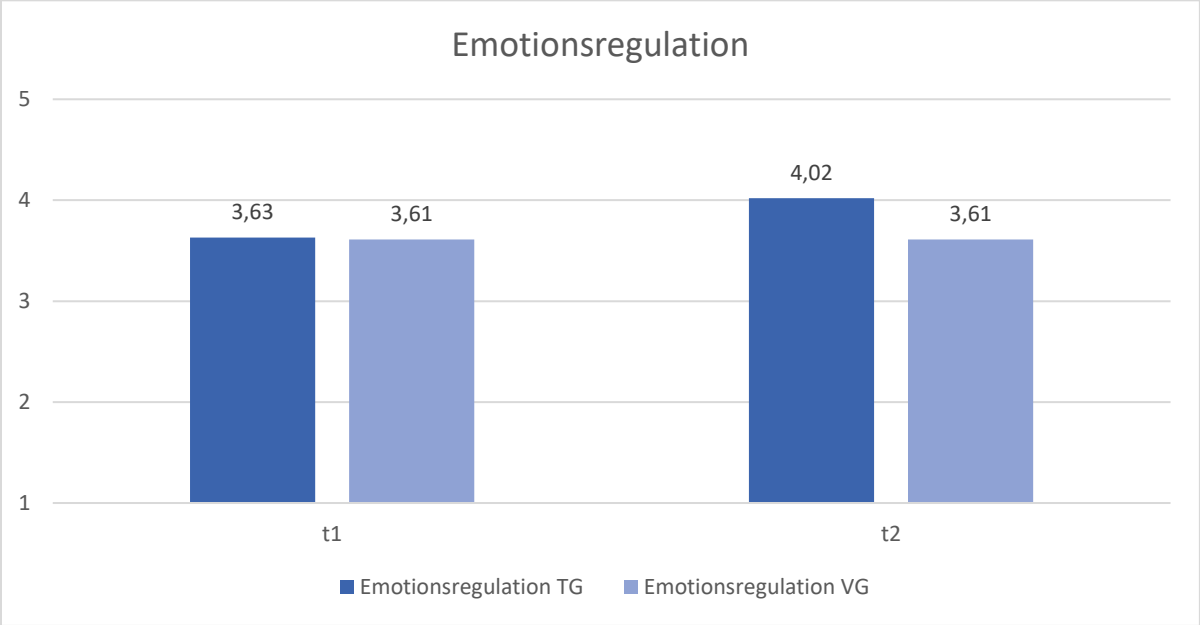
Die Analyse der zeitlichen Dimension in der Trainingsgruppe mittels t-Test der Erhebungszeitpunkte vor und nach der Intervention ergibt einen signifikanten Unterschied (t(51) = 4.12, $p$ < .001, $d$ = 0.83) der Mittelwerte ($t_2$: M = 3.66; $t_3$: M = 4.07) mit starkem Effekt. Die gleiche Analyse für die Vergleichsgruppe ergibt kein signifikantes Ergebnis (t(51) = .041, $p$ = .968, $d$ = 0.006)

Werden die Mittelwerte der Trainings- und Vergleichsgruppe am Ende des Trainingszeitraums gegenübergestellt, zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied mit mittlerem Effekt (t(102) = 2.39, $p$ = .019, $d$ = 0.47). Damit konnte das Ergebnis der Erhebung von Selbstwirksamkeitserwartung mit dem

ausführlicheren Instrument bestätigt werden. Die trainierten Patienten wiesen am Ende des Trainings im Vergleich zur nicht trainierten Gruppe signifikant mehr Selbstwirksamkeitserwartung auf. Die angenommene Hypothese kann damit bestätigt werden.

*Emotionsregulation*. Es wurde angenommen, dass die Patienten, die am Training teilnahmen, im Vergleich zu vor der Intervention und zur nicht teilnehmenden Gruppe ihre Emotionsregulation steigern können. Die Auswertung der gewonnenen Daten ist in Abbildung 24 dargestellt.

*Abbildung 24: Entwicklung der Facette Emotionsregulation*



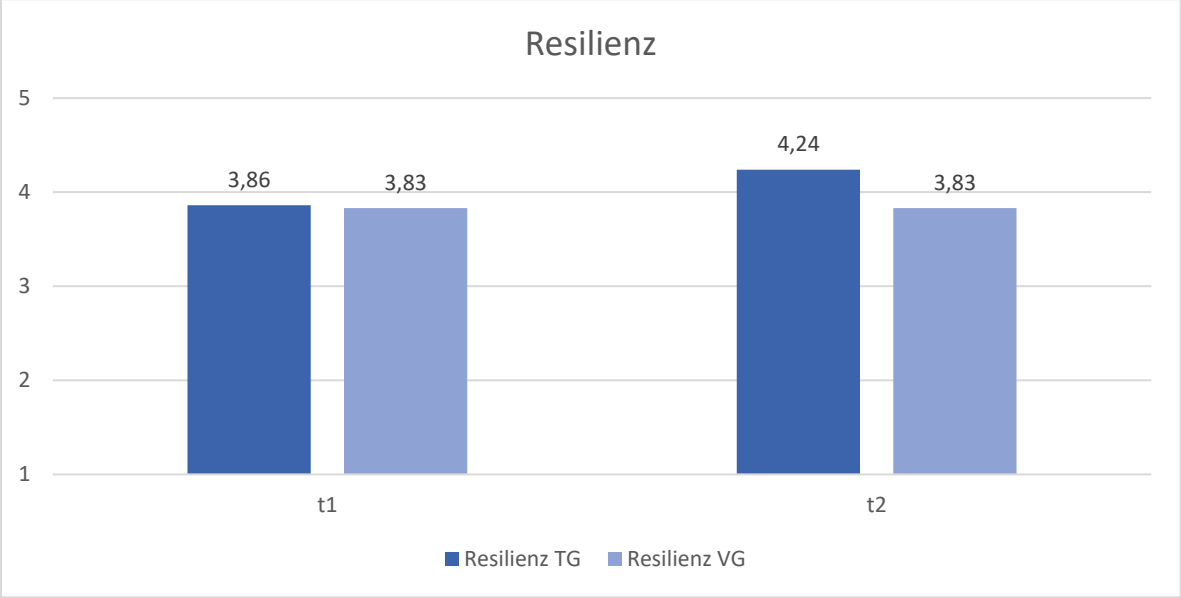

Die varianzanalytische Auswertung zeigte einen signifikanten und mittleren Interaktionseffekt (F(1, 102) = 11.52, $p < .001$, $\eta_p^2 = .10$) sowie einen signifikanten und mittleren Effekt der Zeit (F(1, 102) = 11.52, $p < .001$, $\eta_p^2 = .10$). Die Auswertung des einfachen Haupteffekts Gruppe ergab kein signifikantes Ergebnis (F(1, 102) = 3.18, $p = .078$, $\eta_p^2 = .03$)

Der Vergleich der Mittelwerte vor ($Mt_2 = 3.63$) und nach ($Mt_3 = 4.02$) dem Training in der Treatmentgruppe zeigt sich als signifikant mit mittlerem Effekt (t(51) = 3.71, $p < .001$, $d = 0.71$). In der Vergleichsgruppe unterschieden sich die Mittelwerte vor und nach der Trainingsphase nicht signifikant (t(51) = 0.00 $p = 1.00$, $d = 0.00$)

Werden die Mittelwerte der beiden Gruppen nach dem Training auf Unterschiede geprüft, zeigt sich ein signifikanter und mittlerer Effekt (t(102) = 3.10, $p = .003$, $d = 0.61$). Damit kann die Hypothese angenommen werden. Die trainierte Patientengruppe konnte während der Trainingsintervention im Unterschied zur Vergleichsgruppe ihre Emotionsregulationsfähigkeiten signifikant verbessern.

*Resilienz.* Es wurde hypothetisiert, dass die Patienten durch das Training signifikant mehr Resilienz aufbauen können als die Vergleichsgruppe. Ergebnisse der varianzanalytischen Auswertung sind in Abbildung 25 dargestellt.

*Abbildung 25: Entwicklung der Facette Resilienz*



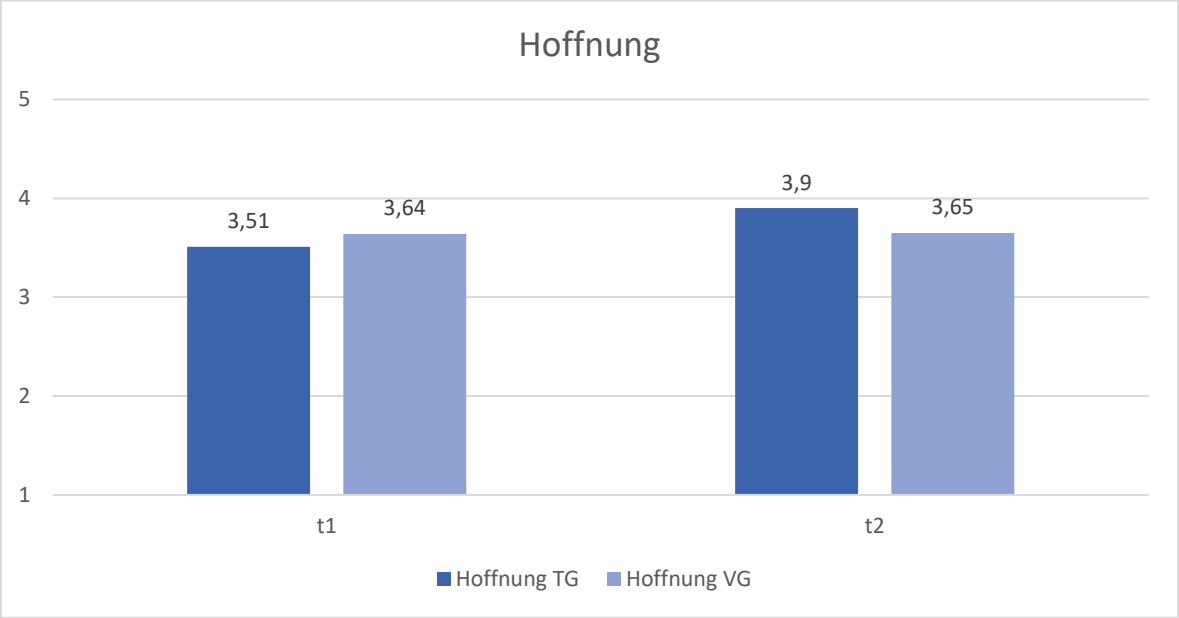

Die varianzanalytische Auswertung ergibt einen hoch signifikanten und mittleren Interaktionseffekt (F(1, 102) = 11.55, $p < .001$, $\eta_p^2 = .10$) und einen hoch signifikanten und mittleren Effekt der Zeit (F(1, 102) = 11.55, $p < .001$, $\eta_p^2 = .10$). Die Analyse des Zwischensubjektfaktors Gruppe ergibt kein signifikantes Ergebnis (F(1, 102) = 2.65, $p = .106$, $\eta_p^2 = .03$)

Wird der Faktor Zeit spezifisch für die Treatmentgruppe beleuchtet, zeigt sich ein hoch signifikanter und mittlerer Effekt (t(51) = 5.49, $p < .001$, $d = 0.76$). Für die Vergleichsgruppe ist der Unterschied zwischen vor und nach der Trainingsphase nicht signifikant (t(51) = .00, $p = .1.00$, $d = 0.00$).

Werden die Mittelwerte ($MTG_{t3} = 4.24$; $MVG_{t3} = 3.83$) der Gruppen nach Ende der Trainingsintervention verglichen, kann ebenfalls ein signifikanter Unterschied mit mittlerem Effekt festgestellt werden (t(102) = 2.92, $p = .004$, $d = 0.57$). Die angenommene Hypothese ist damit bestätigt.

*Hoffnung.* Hinsichtlich der Facette Hoffnung wurde erwartet, dass die Treatmentgruppe während des Trainings im Unterschied zur nicht trainierten Patientengruppe signifikant mehr Hoffnung entwickelt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 26 veranschaulicht.

*Abbildung 26: Entwicklung der Facette Hoffnung*



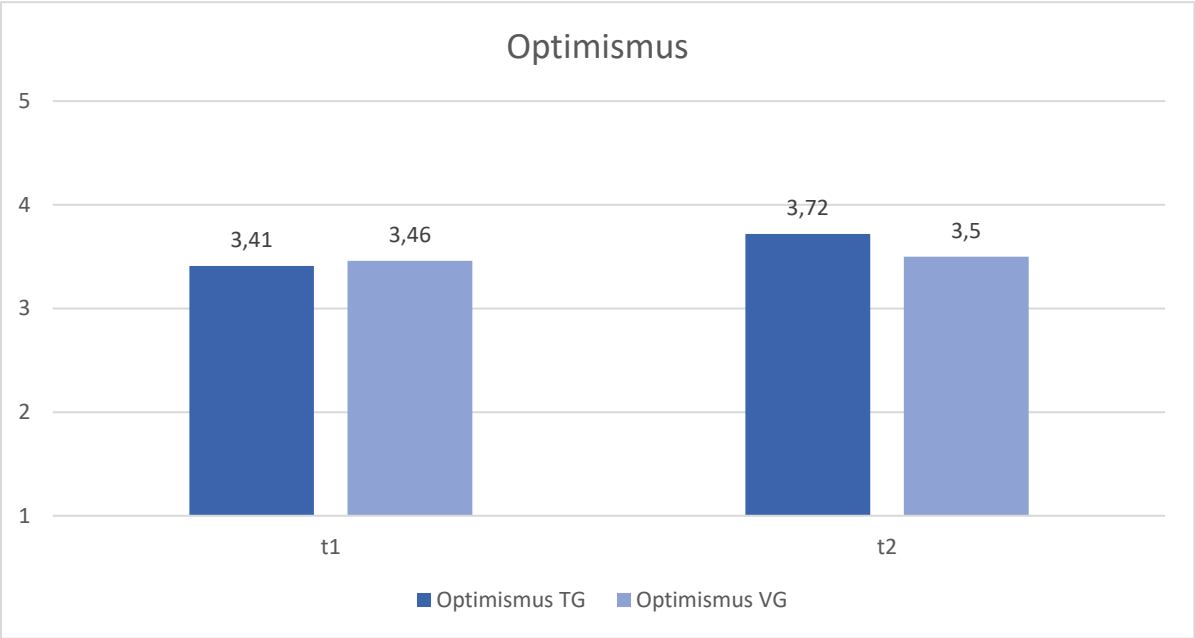

Die Auswertung der Daten mittels mixed ANOVA ergibt einen signifikanten und knapp starken Interaktionseffekt (F(1, 102) = 14.68, $p < .001$, $\eta_p^2 = .13$) und einen signifikanten und starken Effekt des Innersubjektfaktors Zeit (F(1, 102) = 16.53, $p < .001$, $\eta_p^2 = .14$). Der einfache Haupteffekt des Zwischensubjektfaktors Gruppe ist nicht signifikant (F(1, 102) = .363, $p = .548$, $\eta_p^2 = .004$)

Der Vergleich der Mittelwerte vor und nach dem Training in der Treatmentgruppe ergibt ein hoch signifikantes Ergebnis mit mittlerem Effekt (t(51) = 5.58, $p < .001$, $d = 0.77$). In der Vergleichsgruppe unterschieden sich die Mittelwerte nicht (t(51) = .167, $p = .87$, $d = 0.02$).

Der Vergleich der Gruppenmittelwerte am Ende der Untersuchung zeigt sich zudem signifikant mit knapp mittlerem Effekt (t(102) = 2.19, $p = .031$, $d = 0.43$). Damit wird die Annahme bestätigt, dass die Patienten mit dem Training im Vergleich zur nicht am Treatment teilnehmenden Gruppe mehr Hoffnung aufbauen konnten.

*Optimismus***.** Es wurde angenommen, dass sich auch die Facette Optimismus durch das Training im Unterschied zur Vergleichsgruppe, die das Training nicht absolvierte, signifikant verbessern wird. Die Ergebnisse sind in Abbildung 27 dargestellt. Das varianzanalytische Verfahren zeigte einen signifikanten Interaktionseffekt mit kleiner Effektstärke (F(1, 102) = 5.35, $p = .023$, $\eta_p^2 = .05$) und einen signifikanten und starken Effekt hinsichtlich der Zeit (F(1, 102) = 8.73, $p = .004$, $\eta_p^2 = .18$). Der einfache Haupteffekt des Zwischensubjektfaktors Gruppe ist nicht signifikant (F(1, 102) = .465, $p = .548$, $\eta_p^2 = .005$)

*Abbildung 27: Entwicklung der Facette Optimismus*




Die zeitliche Dimension, nur für die Trainingsgruppe betrachtet, ergab einen signifikanten und mittleren Effekt im t-Test (t(51) = 2.21, *p* = .032, *d* = 0.47). In der Vergleichsgruppe konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden (t(51) = .519, *p* = .606, *d* = 0.072)

Der Vergleich der Mittelwerte der Gruppen zum letzten Testzeitpunkt ($t_3$) nach dem Training zeigt sich hingegen nicht signifikant (t(102) = 1.71, *p* = .092, *d* = 0.34). Damit muss die Hypothese verworfen werden, dass die Gruppen unterschiedlich viel Optimismus in der zweiten Hälfte der Entwöhnungsbehandlung aufbauen konnten.

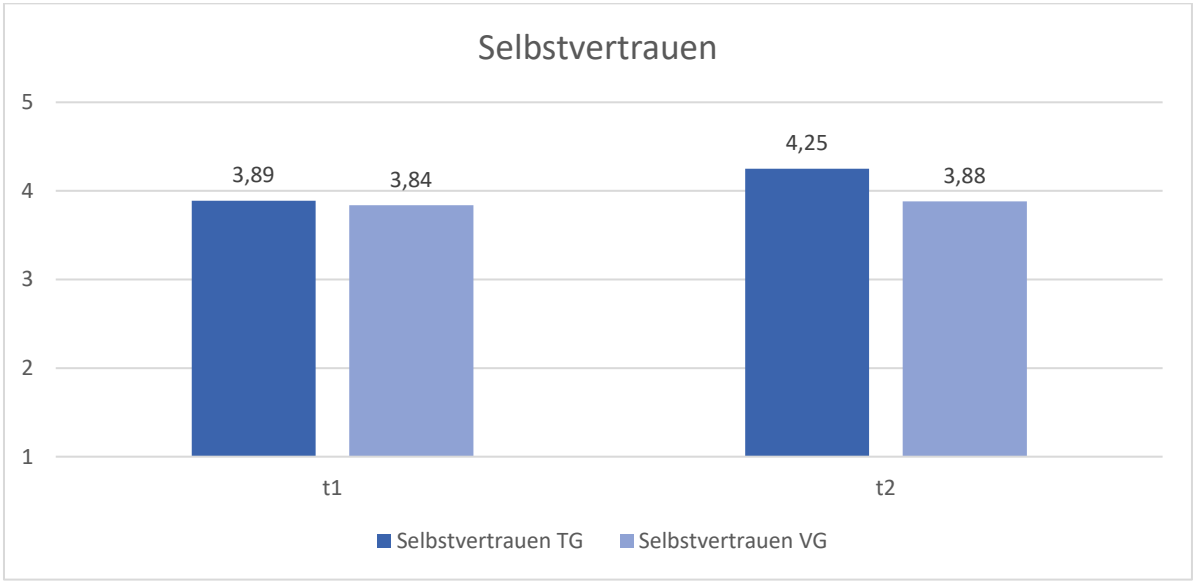
*Selbstvertrauen***.** Eine weitere Hypothese beinhaltete die Annahme, dass die Trainingsintervention eine signifikante Steigerung des Selbstvertrauens in der Treatmentgruppe im Unterschied zur Vergleichsgruppe bewirkte. Die Ergebnisse sind in Abbildung 28 dargestellt.
Die varianzanalytische Auswertung zeigte einen hoch signifikanten und knapp starken Interaktionseffekt (F(1, 102) = 13.80, *p* < .001, $\eta_p^2$ = .12). Zudem gab es einen hoch signifikanten und starken Effekt des Faktors Zeit (F(1, 102) = 21.06, *p* < .001, $\eta_p^2$ = .17). Wird der einfache Haupteffekt des Zwischensubjektfaktors Gruppe analysiert, zeigt sich kein signifikantes Ergebnis (1, 102) = 2.97, *p* = .088, $\eta_p^2$ = .03).

Wird die zeitliche Dimension für die Gruppen getrennt betrachtet, ergibt sich für die Treatmentgruppe im t-Test, der die Mittelwerte vor und nach dem Training vergleicht, ein hoch signifikantes Ergebnis

mit starkem Effekt (t(51) = 3.15, $p < .001$, $d = 0.84$). In der Vergleichsgruppe hingegen nicht (t(51) =.598, $p = 552$, $d = 0.083$).

Am Ende des Trainings unterschieden sich die Gruppen in ihren Mittelwerten zum Selbstvertrauen ebenfalls signifikant (t(102) = 2.94, $p = .004$, $d = 0.58$). Damit kann bestätigt werden, dass es der Trainingsgruppe im Unterschied zur Vergleichsgruppe gelungen ist, während des Trainings signifikant mehr Selbstvertrauen aufzubauen.

*Abbildung 28: Entwicklung der Facette Selbstvertrauen*



# Curriculum vitae

## Mag. rer. nat. Judith Geißler, M.A.

---

AUSBILDUNG

| | |
|---|---|
| 2021 – heute | Promotionsstudium<br>RPTU Kaiserslautern-Landau, Campus Landau |
| 2019 - 2022 | Ausbildung Positive Psychologie Trainer und Coach, Inntal Institut Bad Aibling |
| 2018 - 2019 | Ausbildung Level I und II Positive Psychologie,<br>Inntal Institut Bad Aibling |
| 2012 - 2014 | Ausbildung zum/zur Klinischen- und Gesundheitspsychologen/-psychologin: Erwerb theoretischer fachlicher Kompetenz beim Berufsverband Österreichischer Psychologen (BÖP) |
| 2004 – 2009 | Studium der Psychologie<br>Paris-Londron-Universität, Salzburg (A)<br>Abschluss: Magistra rerum naturalium (Mag.rer.nat.) |
| 1999 – 2004 | Studium der Psycholinguistik, Amerikanistik, Ethnologie<br>Ludwig-Maximilians-Universität, München (D)<br>Abschluss Magister (M.A.) |
| 1997 – 1998 | Studium der Volkswirtschaftslehre,<br>Universität, Passau (D) |
| 1994 – 1997 | Adalbert-Stifter-Gymnasium, Passau (D)<br>Abschluss: Allgemeine Hochschulreife |
| 1993 – 1994 | Pouder Highschool, Colorado (USA)<br>World Heritage Student Exchange Program |
| 1986 – 1993 | Adalbert-Stifter-Gymnasium, Passau (D) |

# Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt worden ist, insbesondere dass ich alle Stellen, die wörtlich oder annähernd wörtlich aus Veröffentlichungen entnommen sind, durch Zitate als solche gekennzeichnet habe. Ich versichere auch, dass die von mir eingereichte schriftliche Version mit der digitalen Version übereinstimmt. Weiterhin erkläre ich, dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde/Prüfungsstelle vorgelegen hat. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Arbeit der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Digitalversion dieser Arbeit zwecks Plagiatsprüfung auf die Server externer Anbieter hochgeladen werden darf. Die Plagiatsprüfung stellt keine Zurverfügungstellung für die Öffentlichkeit dar.

25.04.2025 _____
(Ort, Datum) (Unterschrift)