

Universität Bonn/Fachklinik Bad Tönisstein

Joachim Funke & Wilma Funke

Erste Hinweise auf die differentialdiagnostische Brauchbarkeit des „Trierer Alkohollismusinventars“

First evidence for the usefulness of differential diagnosis by the „Trierer Alkohollismusinventar“

1 Problemstellung

Immer mehr sieht sich der im sozialen und/oder klinischen Bereich tätige Praktiker einem stärker werdenden Zustrom an hilfesuchenden Personen mit Suchtproblematik gegenüber, wobei Alkohol- und Medikamentenauffälligkeit sowie Polytoxikomanie zahlenmäßig den weitaus größten Anteil stellen und die sogenannten „Modedrogen“ wie Haschisch oder Heroin unter epidemiologischer Sichtweise im Hintergrund stehen. Indes kann man wohl auch zum jetzigen Zeitpunkt noch behaupten, daß die diagnostischen Kriterien in diesem Gebiet keinesfalls eindeutig sind oder zu einem allgemein anerkannten Konsens darüber führen, wie etwa Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit oder -mißbrauch und sozial auffällige Konsumweisen voneinander abzugrenzen sind. In der Definition der Medikamentenauffälligkeit scheint man aufgrund klarerer sozialer und medizinischer Hinweise eher Übereinstimmung zu erzielen als bei der gesellschaftlich akzeptierten Droge Alkohol. Die angebotenen Definitionen von „Alkoholismus“ verwenden Begriffe wie Krankheit, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen (vgl. auch ANTONS & SCHULZ 1976). So weist der Begriff offensichtlich unterschiedliche Konnotationen auf, je nachdem, wer ihn verwendet und zu welchem Zweck er das tut (vgl. auch CLARK 1975).

Die Bedeutung differentieller Indikation – fußend auf validen Diagnoseprozeduren – für die Modifikation von Auffälligkeiten wird jedoch inzwischen durchgängig betont, manchmal vergessen, aber nirgends geleugnet (vgl. SEIDENSTÜCKER 1984²).

Auch wenn Forscher und Wissenschaftler verschiedenster theoretischer Provenienz im Bereich der Therapieforschung eine flexible, prozeßorientierte Diagnostik propagieren, bleibt dem Therapeuten in der Praxis häufig nur sein gesunder Menschenverstand und seine aus der Erfahrung gewonnene „implizite“ Theorie zur Entstehung, Entwicklung und Modifikationsmöglichkeit von Auffälligkeiten. Vor allem im Suchtbereich fehlt es an für den Praktiker verwertbaren abgesicherten wissenschaftlichen Konzepten und Handlungsanweisungen. So gab es bislang im deutschen Sprachraum kein den Autoren bekanntes differentialdiagnostisches Inventar zur Erfassung und Beschreibung von Alkohol- und/oder Medikamentenauffälligkeit, obwohl verschiedene, für epidemiologische Schätzungen oder eher grobe Klassifizierungszwecke geeignete Instrumente existieren (vgl. auch LADEWIG, GRAW, MIEST, HOBI & SCHWARZ 1976; FEUERLEIN, RINGER, KÜFNER & ANTONS 1977).

Um differentielle Indikation im Bereich Suchtmittelauffälligkeit zu ermöglichen, d. h. eine gezielte Zuweisung von Klienten zu bestimmten Modifikationstechniken, bedarf es einer reliablen und validen Erfassung suchtbezogener und änderungsrelevanter Personmerkmale. Zielsetzung der vorliegenden Arbeit wird es sein, erste Hinweise auf die Brauchbarkeit eines neuen Instruments zur Differentialdiagnostik der Alkoholabhängigkeit zu gewinnen. Es han-

delt sich dabei um das von der Arbeitsgruppe um Wanberg und Horn im Alcohol Research Center in Denver/Colorado in den siebziger Jahren entwickelte „Alcohol Use Inventory“ (AUI; WANBERG, HORN & FOSTER 1977), das an umfangreichen Stichproben dort und in Forschungsarbeiten eingesetzt wurde (vgl. auch STUELAND & HART 1979; WILLIAMS, GUTSCH, KAZELSKIS, VERSTEGEN & SCANLON 1980) und von unserer Arbeitsgruppe für den deutschsprachigen Raum überarbeitet und modifiziert wurde (vgl. SCHELLER, KELLER, FUNKE & KLEIN 1984).

2 Das „Alcohol Use Inventory“ (AUI) und seine deutsche Fassung, das „Trierer Alkoholismusinventar“ (TAI)

Das „Alcohol Use Inventory“ (AUI) erfaßt mit 147 Items zur Beschreibung trinkbezogener Variablen drei konzeptuell unterscheidbare Bereiche:

1. Stile des Alkoholkonsums („alcohol use types“);
2. negative Konsequenzen des Alkoholkonsums (Symptome);
3. positive Konsequenzen des Alkoholkonsums (Motive).

Mit Hilfe dieses Inventars sollen sich nach Ansicht der amerikanischen Testautoren unterschiedliche Konsummuster bei alkoholauffälligen Personen identifizieren lassen, etwa „geselliges versus einsames Trinken“, „zwanghaftes, süchtiges Trinken“, „fortgesetztes, andauerndes Trinken“. Es kann überprüft werden, ob sich personspezifische Konsumgewohnheiten, wie sie etwa für Delta- oder Gamma-Alkoholiker (Gewohnheits- oder Konfliktrinker) beschrieben werden, nachweisen lassen. Der Grad der Schädigung durch exzessiven Alkoholkonsum wird über eine große Anzahl von Symptomen und negativen Konsequenzen erfaßt, etwa „Verlust der Verhaltenskontrolle“, „Fehlanpassung an die soziale Rolle“ oder „psychoperzeptuelle Entzugserscheinungen“. Die positiven Konsequenzen des Alkoholkonsums, von Wanberg und seinen Mitarbeitern auch als Motive interpretiert, werden zum Beispiel über die Skalen „Trinken zur Verbesserung geistiger Leistungsfähigkeit“ oder „Trinken zur Verbesserung der Soziabilität“ erfaßt. Insgesamt sechzehn Primärdimensionen haben die amerikanischen Testautoren abgeleitet. Daneben gibt es fünf Sekundärskalen sowie einen generellen Schädigungsindex. Die psychometrischen Eigenschaften dieser 21 Skalen können als überwiegend befriedigend bezeichnet werden.

Die deutsche Übersetzung (ein Vorläufer zum „Trierer Alkoholismusinventar“, TAI; vgl. KELLER & SCHELLER 1980) folgte streng dem englischen Original. Vierstufige Antwortmöglichkeiten sind jedoch in der deutschen Version, abweichend zur dichotomen Antwortskalierung des amerikanischen Instruments, die Regel. Die Fragen beziehen sich – hier wie dort – auf die letzten Monate der Trinkzeit. Durchschnittlich intelligente, mit Testverfahren wenig vertraute Personen benötigen ungefähr 30 Minuten zur Beantwortung. Eine Zeitbegrenzung ist nicht sinnvoll.

3 Stichprobe und Vorgehensweise bei der Konstruktion des TAI

Mit der deutschen Übersetzung des AUI wurden 804 Patienten einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige untersucht, davon 247 Personen im Aufnahmezeitraum Juli bis Dezember 1980 und 557 Personen im Aufnahmezeitraum Januar bis Dezember 1981. Es wurden alle Personen in die Stichprobe aufgenommen, die wenigstens zwei Wochen in der Klinik verweilten. Die Patienten waren zum Zeitpunkt der Testung körperlich weitgehend entzogen. Eine etwaige medizinisch indizierte Medikamenteneinnahme wurde registriert. Die untersuchte Stichprobe setzt sich zu 76,4 % (das sind 614 Personen) aus Männern und zu 23,3 % (das sind 187 Personen) aus Frauen zusammen. Zum Zeitpunkt der Erfassung waren die Patienten im Durchschnitt 39,8 Jahre alt (Range: 19 bis 66 Jahre; Streuung: 8,9). Etwa ein Viertel der Stichprobe berichtet über eine abgebrochene Schulbildung, 48,4 % besitzen den

Hauptschulabschluß. Weitere Details der Stichprobenbeschreibung findet man bei KELLER, FUNKE, KLEIN & SCHELLER (1983).

Die Überprüfung der Brauchbarkeit des Inventars erfolgt in vier Schritten:

1. Itemanalyse der deutschen Fassung des AUI,
2. Faktoranalyse über die Items,
3. Reliabilitätsbestimmung der faktoranalytisch gewonnenen Skalen,
4. Validitätsstudien.

Über die Ergebnisse dieser Analysen wird nachfolgend kurz berichtet. Auch hier sei der interessierte Leser auf die ausführlichen Darstellungen bei KELLER et al. (1983) verwiesen.

4 Ergebnisse der Item- und Faktoranalysen

4.1 Reliabilitäten der Originalskalen

Ein Vergleich mit den Angaben zur internen Konsistenz der Primärskalen bei WANBERG, HORN & FOSTER (1977, p. 533) zeigt weitgehende Übereinstimmung. Die dort berichteten Werte sind (in der Reihenfolge 1 bis 16; Reliabilitäten nach KR–20, N = 526 Patienten im ersten Jahr): 0,79, 0,70, 0,68, 0,73, 0,65, 0,76, 0,77, 0,71, 0,79, 0,65, 0,87, 0,70, 0,63, 0,40, 0,68 sowie 0,68. Bei unserer Stichprobe lauten die Werte (wiederum in der Reihenfolge 1 bis 16, Reliabilitäten nach SPEARMAN-BROWN): 0,87, 0,74, 0,78, 0,74, 0,69, 0,83, 0,85, 0,59, 0,78, 0,53, 0,82, 0,69, 0,73, –0,16, 0,76 sowie 0,85. Sowohl von der durchschnittlichen Höhe als auch im direkten Einzelvergleich ergibt sich eine hohe Übereinstimmung. Unterschiede mit einer Differenz von mehr als 0,10 gibt es nur für die Skalen 8 (externe Aufhörhilfen; Reliabilität in unserer Stichprobe 0,59, im Original 0,71), 10 (soziale Fehlanpassung; bei uns mit 0,53 um 0,12 schlechter als der Originalwert), 14 (konsumierte Alkoholmenge; bei uns negativ) und 16 (Trinken verursacht Partnerprobleme; bei uns mit 0,85 um 0,17 besser als der amerikanische Wert). Skala 14 erlaubt keine sinnvolle Bildung eines Summenscores und erzielt daher negative Reliabilitäten im Sinne der Konsistenz. Dieser Skalenwert kann nur im Sinne der Stabilität hohe Test-Retest-Reliabilität erreichen, worauf auch Wanberg und seine Mitarbeiter verweisen.

Bei der Beurteilung der hier mitgeteilten Koeffizienten darf nicht übersehen werden, daß es sich dabei um die unveränderte, nur in der Wortwahl der Itemformulierungen leicht an deutsche Verhältnisse angepaßte Übersetzung der amerikanischen Originalfassung handelt, es somit durch Elimination nicht trennscharfer oder zu leichter bzw. zu schwerer Items noch zu Verbesserungen kommen kann. Bevor wir zu weiterführenden Maßnahmen greifen, sollen zunächst noch die Ergebnisse für die fünf Sekundärskalen und die Generalskala mitgeteilt werden. Deren Reliabilitäten im Original betragen 0,75, 0,75, 0,85, 0,86, 0,73 für die fünf Sekundärskalen und 0,92 für den „general alcoholism score“ (GAS). Die an unserer Stichprobe ermittelten Werte betragen 0,88, 0,76, 0,88, 0,79, 0,57 und 0,92, liegen also mit Ausnahme der Sekundärskala 5 (Schädigung 2) befriedigend hoch, teilweise bedingt durch die hohe Itemzahl.

4.2 Faktoranalyse der AUI-Items und Reliabilitätsbestimmung

Die 134 Items des AUI (ohne die 13 Partnerschaftsitems) wurden zunächst einer Hauptkomponentenanalyse (modifiziertes Programm PAFA von SCHNELL & GEBHARDT 1969) unterzogen, wobei die Anfangsschätzung der Kommunalitäten durch Einsetzen der quadrierten multiplen Korrelation in die Hauptdiagonale erfolgte. Die Rohdaten der N = 804 Probanden waren zuvor „missing data“-korrigiert worden (Programm MISE von ZACHER 1980); in zwei Fällen – Items 82 und 84 – lag die Quote der missing-data-Ersetzungen durch normalverteilte Zufallszahlen über 5 % des Stichprobenumfangs, nämlich bei 5,6 % bzw. 6,6 %; für Item 83, das nur Führerscheinbesitzer anspricht, lag die Ersetzungsquote bei 22,8 %. Nur bei rund

10 % der Items lagen für alle Probanden vollständig auswertbare Antworten vor, bei ca. 90 % mußte mindestens eine Itembeantwortung „geschätzt“ werden. Dieses Phänomen dürfte für die untersuchte klinische Stichprobe typisch sein, findet in vielen Publikationen jedoch zu wenig Aufmerksamkeit. – Auf der Basis des Eigenwert-Verlaufs erwies sich neben einer 13er- und 10er-Lösung die 5-Faktor-Lösung als beste Ausgangsgrundlage für die weitere Arbeit. Die fünf Faktoren, aus denen sich der TAI zusammensetzt, erfassen im einzelnen:

- TAI 1: Verlust der Verhaltenskontrolle und negative Gefühle nach dem Trinken.
 TAI 2: Soziale Aspekte des Trinkens (Trinkumstände und -motive).
 TAI 3: Süchtiges, andauerndes Trinken.
 TAI 4: Positive Trinkmotive.
 TAI 5: Psychoperzeptuelle Konsequenzen und Versuch der Selbstbehandlung von physiologischen Begleiterscheinungen.

Eine genauere inhaltliche Skizzierung dieser Faktoren bzw. Skalen findet man in SCHELLER et al., (1984, p. 12–13). Die dort ebenfalls genannten Skalen TAI 6 (Trinken als Ursache von Partnerproblemen) sowie TAI 7 (Trinken als Folge von Partnerproblemen) bleiben in der vorliegenden Arbeit wegen des hohen Anteils fehlender Daten (Personen, die nicht in Partnerschaften leben) unberücksichtigt. Die internen Konsistenzen für alle fünf Skalen sind mit Werten von .91, .85, .82, .89 und .90 als gut zu bezeichnen.

5 Erste differentialdiagnostische Befunde

Nimmt man die fünf ersten Faktoren des TAI zum Ausgangspunkt weiterer Arbeiten, stellt sich die Frage, ob die Skalen des Inventars zur Identifikation von Subpopulationen alkoholauffälliger Personen tauglich sind und damit zur Untersuchung differentialdiagnostischer Fragestellungen eingesetzt werden können.

5.1 Clusteranalyse auf der Basis der fünf TAI-Skalen

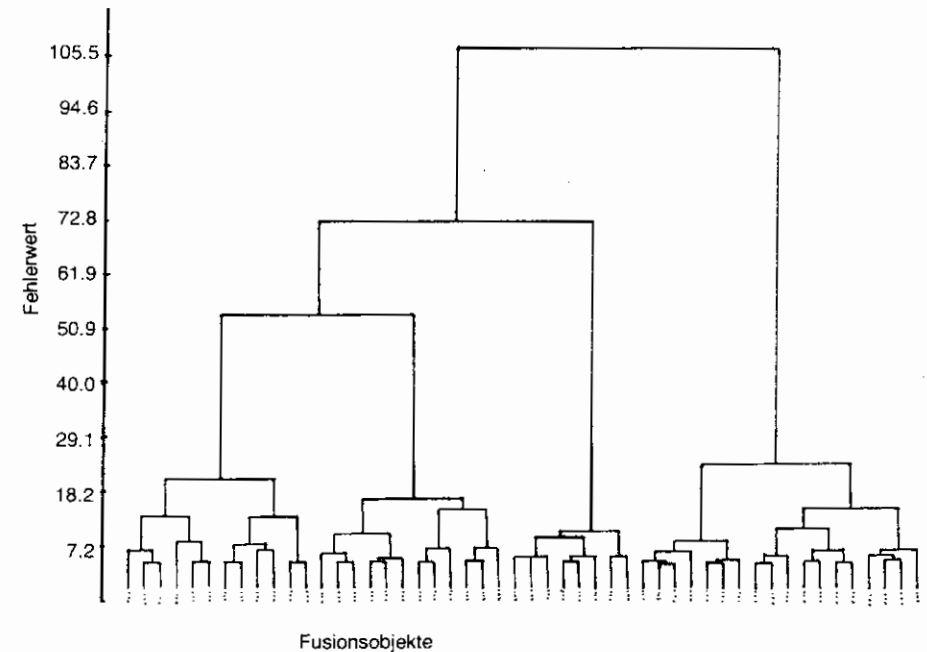
Mit Hilfe einer hierarchischen Clusteranalyse nach WARD (vgl. auch WISHART 1975) sollte überprüft werden, ob die fünf neugewonnenen Skalen des TAI Grundlage sein können für eine indikationsrelevante Aufteilung einer Stichprobe alkoholauffälliger Personen in unterscheidbare Subgruppen. In diese Analyse ging das erste Drittel der Gesamtstichprobe ein (N = 247), da für diese Personen auch bereits die Ergebnisse einer Einjahreskatamnese vorliegen. Abbildung 1 zeigt in einem Ausschnitt des Clusterdendrogramms die letzten 49 Fusionen im verwendeten agglomerativen Verfahren. Nach Inspektion des Fehlerwertverlaufs erweist sich die 4-Clusterlösung als angemessen.

Tabelle 1. Mittelwerte (x) und Streuungen (s) für die fünf TAI-Skalen in den vier Clustern und in der Gesamtstichprobe (N = 247)

Untersuchungseinheit	TAI-Skalen									
	1		2		3		4		5	
	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s
Cluster 1 (N = 75)	66.6	10.9	39.4	5.7	36.5	4.5	53.2	9.1	15.3	3.7
Cluster 2 (N = 28)	84.3	10.3	34.0	8.3	37.4	4.8	55.9	5.3	33.6	6.5
Cluster 3 (N = 78)	55.1	13.5	32.2	7.7	25.2	4.6	42.6	7.5	15.4	4.6
Cluster 4 (N = 66)	67.1	10.8	24.3	6.2	35.6	4.0	46.5	7.6	17.7	5.4
Gesamt (N = 247)	65.1	14.5	32.4	8.9	32.8	6.8	48.4	9.3	18.1	7.4

Tabelle 1 ermöglicht den Vergleich der vier Clustermittelwerte und -streuungen untereinander und zu den Kennwerten der Gesamtstichprobe bezüglich der fünf TAI-Skalen.

Abbildung 1. Die letzten 49 Fusionen, dargestellt als Clusterdendrogramm (hierarchische Agglomeration nach WARD).



Die Personen des **Clusters 1** geben eher soziale Trinkmotive an und berichten auch ein geringeres Ausmaß an negativen Konsequenzen und physiologischen Auffälligkeiten. Der relativ hohe Wert für Skala 4 verdeutlicht, daß häufiger positive Trinkmotive angegeben werden, obwohl der erhöhte Wert für Skala 3 zeigt, daß auch bis zu einem gewissen Grad Einsicht in das süchtige Trinkverhalten besteht. Hier handelt es sich offensichtlich um Personen, die eher zur Kompensation von Defiziten im sozialen und persönlichen Bereich trinken, ohne jedoch extreme Formen der Abhängigkeit zu demonstrieren.

Cluster 2 ist gekennzeichnet durch einen extrem hohen Wert für Skala 1, so daß es sich bei diesen Personen entweder um Abhängige in relativ fortgeschrittenem Stadium handelt – was durch den hohen Wert für Skala 5 bestätigt wird – und/oder um Probanden mit sehr hoher Offenheit. Skala 3 (süchtiges, andauerndes Trinken) ist ebenfalls deutlich erhöht. Auch werden häufiger positive Trinkmotive angegeben im Sinne stärkerer Selbstverwirklichung und Leistungssteigerung durch Alkoholkonsum. Es sind hier also Personen zu finden, die sich selbst als alkoholauffällig beschreiben, aber dennoch positive Verstärkung im übermäßigen Konsum finden.

Cluster 3 ist mit 78 Personen die größte Subgruppe und vor allem gekennzeichnet durch einen extrem niedrigen Mittelwert bezüglich der Skala 3. Es handelt sich hier offensichtlich um Probanden, die süchtiges, andauerndes Trinken eher leugnen, was sich auch in einem niedrigen Wert für Skala 1 zeigt. Es wurden insgesamt weniger soziale oder motivationale Funktionen des Alkoholkonsums genannt. Auch Skala 5 weist mit einem eher niedrigen Wert auf

eine geringe Ausprägung der Symptombelastung hin. In diesem Cluster dürften wohl vor allem solche Personen zu finden sein, die weniger offen über ihre Schwierigkeiten mit dem Alkohol sprechen können und deren Krankheitseinsicht aufgrund geringeren Leidensdrucks noch nicht so ausgeprägt sein dürfte.

Die charakteristische Person aus **Cluster 4** könnte man am ehesten als „einsamen“ Trinker bezeichnen. Skala 2 (soziale Aspekte des Trinkens) zeigt in diesem Cluster den niedrigsten Mittelwert überhaupt. Die übrigen vier Skalen zeigen keine auffällig vom Gesamtmittelwert verschiedenen Mittelwerte, obwohl die Streuung für alle fünf Skalen erfreulich niedrig liegt, was bedeutet, daß es sich hier offensichtlich um ein recht homogenes Cluster handelt.

Daß es sich bei dieser Aufteilung in vier Cluster um eine sinnvolle Zerlegung in Subgruppen handeln könnte, die auch für den klinischen Alltag Bedeutung erlangt, soll angedeutet werden durch die **Berechnung differentieller Rückfallquoten** für diese Stichprobe. Alle Patienten wurden jeweils ein Jahr nach ihrer Entlassung aus der Therapie mit Hilfe eines Fragebogens über ihr zwischenzeitliches Verhalten dem Suchtmittel gegenüber und bezüglich anderer für die Rehabilitation als aussagekräftig erachteten Merkmale befragt. Für die vorliegende Darstellung soll nur unterschieden werden zwischen Personen, die seit Entlassung vollständig abstinent blieben („erfolgreich behandelt“) und allen anderen Patienten, die wir als „erfolglos behandelt“ bezeichnen. In diese letzte Kategorie fallen auch diejenigen Probanden, die als abstinent nach Rückfall zu bezeichnen sind und Personen, über die keine Informationen vorlagen. Die Abstinenzquote nach einem Jahr beträgt in der vorliegenden Gesamtstichprobe nach diesen konservativen Kriterien 55,06 %.

Auf die einzelnen Cluster entfallen unterschiedliche Therapieerfolgsraten: Cluster 1 liegt mit 61,33 % deutlich über dem Durchschnitt, was unter Umständen darauf zurückzuführen ist, daß es sich laut Clusterbeschreibung hier um die relativ leichteren „Fälle“ handelt, deren Defizite im sozialen und motivationalen Bereich auf die eingesetzte Therapieform offensichtlich gut ansprechen. Cluster 2 liegt mit einer Erfolgsquote von 57,14 % auch noch leicht über dem mittleren Wert. Erfolgversprechend könnte hier möglicherweise die größere Offenheit und bessere Einsicht in die Krankheit sein, die sich in den Clustermittelwerten andeutet. Die Cluster 3 und 4 liegen mit je 50,00 % erfolgreich Behandelten deutlich niedriger. Diese Kluft wird sich eventuell in Langzeitkatamnesen noch vergrößern. Auffällig ist, daß in Cluster 3 als der Gruppierung mit den eher verharmlosenden, leugnenden Personen die Quote gesichert Rückfälliger ebenfalls 50,00 % beträgt; das heißt, hier liegen Informationen für alle Personen vor. Hingegen ist in Cluster 4 nur bei 18,18 % der Personen mit Sicherheit bekannt, daß sie rückfällig sind. Dieses Cluster der eher verschlossenen, zurückhaltenden Patienten ist anscheinend auch weniger bereitwillig, was die Beantwortung von katamnestischen Erhebungen angeht.

5.1 Ausblick

Ein nächster Schritt muß nun vorrangig in der Überprüfung und Verfeinerung des vorliegenden Instruments bestehen, wobei bereits die Hinzunahme einer oder mehrerer spezifischer Skalen für Medikamenten- und Mehrfachabhängige in Vorbereitung ist. Eine Konstruktvalidierung für das TAI anhand einer Reihe von weiteren Personenmerkmalen wird durchgeführt, „harte“, medizinische Daten sollen dabei zur Überprüfung der Symptomskalen dienen. Weitere taxometrische Studien können Aufschluß über die Indikationsrelevanz des Instruments für therapeutische Zwecke geben. Auch die Frage der Prognostizierbarkeit des Therapieabbruchs durch TAI-Skalen (vgl. SCHELLER & KLEIN 1984) wird weiterhin verfolgt werden.

Zusammenfassung

Berichtet wird über die Konstruktion eines mehrdimensionalen Fragebogens zur Erfassung differentieller Aspekte der Alkoholabhängigkeit. Ausgehend vom „Alcohol Use Inventory“

von WANBERG, HORN & FOSTER (1977), dessen deutsche Fassung N=804 stationär behandelte Alkoholiker zu Therapiebeginn bearbeiteten, werden teststatistische und faktoranalytische Befunde vorgestellt. Auf der Basis von fünf extrahierten Faktoren (Verlust der Verhaltenskontrolle, soziale Trinkumstände und -motive, süchtiges Trinken, positive Trinkmotive, Ausmaß der Schädigung), die den Kern des „Trierer Alkoholismusingventars“ bilden, gelingt es, eine Stichprobe von N=247 Personen mittels Clusteranalyse in vier verschiedene Subgruppen mit clusterspezifischen Ausprägungen für diese Skalen einzuteilen. Die Ergebnisse einer Einjahreskatamnese mit konservativer Erfolgsschätzung machen den differentialdiagnostischen Wert des Instruments deutliche: Die Abstinenzquoten der als Typen interpretierbaren Subgruppen schwanken zwischen 50 und 61 Prozent auf der Basis der Therapieeingangsmessung. Dies wird als erster Beleg für die differentialdiagnostische Brauchbarkeit des Instruments gewertet.

Summary

The constructions of a multidimensional inventory for the assessment of differential aspects of alcoholism is reported. A German version of the „Alcohol Use Inventory“, the so called „Trierer Alkoholismusingventar“, was applied to 804 inpatient alcoholics at therapy onset. Teststatistical and factoranalytical results are shown. With regard to five factors (loss of behavior control, social drinking, deviant drinking, positive motives for drinking, degree of physical deterioration) it is possible to divide a sample of N=247 into four distinct subclasses via clustering. The results of a one-year follow-up with conservative judgement of therapy success demonstrate the usefulness of differential indication: the rates of success within each of the four subclasses range between 50 and 61 percent. This result is taken as a first hint for the value of differential diagnosis with the described inventory.

Schlüsselwörter

Diagnose des Alkoholismus, differentialdiagnostisches Modell, differentielle Rückfallraten, Subgruppenstruktur

Keywords

assessment of alcoholism, differential assessment model, differential relapse quotes, subgroup structures

Literatur

- ANTONS, K. & SCHULZ, W. (Ed.) 1976. Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholkonsum und süchtigen Alkoholismus. Band 1. Göttingen: Hogrefe.
- CLARK, W. B. 1975. Conceptions of alcoholism: consequences for research. *Addictive Diseases* 1, 395-430.
- FEUERLEIN, W., RINGER, C., KÜFNER, H. & ANTONS, K. 1977. Diagnose des Alkoholismus. *Der Münchner Alkoholismustest (MALT)*. *Münchner Medizinische Wochenschrift* 119 (40), 1275-1282.
- KELLER, W. & SCHELLER, R. 1980. AUI. Deutsche Übersetzung des „Alcohol Use Inventory“ von WANBERG, HORN & FOSTER (1977). Unveröffentlichte Forschungsversion. Trier: Fachbereich I - Psychologie - der Universität Trier (Photodruck).
- KELLER, W., FUNKE, J., KLEIN, M. & SCHELLER, R. 1983. Erste Erfahrungen mit einer deutschsprachigen Version des „Alcohol Use Inventory“ (AUI). *Trierer Psychologische Berichte* 10, Heft 8.
- LADEWIG, D., GRAW, P., MIEST, P.-C., HOBI, V. & SCHWARZ, E. 1976. Basler Drogen- und Alkoholfragebogen (BDA). Erste Erfahrungen bei der Konstruktion eines Testinstrumentes zur Abschätzung des Abhängigkeitsgrades von Drogen- und/oder Alkoholkonsumenten. *Pharmakopsychiatrie* 9, 305-312.

- SHELLER, R. & KLEIN, M. 1984. Zur Prognostizierbarkeit des Therapieabbruchs bei Rauschmittel-abhängigen. Zeitschrift für Klinische Psychologie 13, 230–245.
- SHELLER, R., KELLER, W., FUNKE, J. & KLEIN, M. 1984. Trierer Alkoholismusingventar (TAI) – Ein Ver-fahren zur Differentialdiagnostik des Alkoholismus. Suchtgefahren 30, 12–14.
- SCHNELL, C. & GEBHARDT, F. 1969. PAFA. Faktorenanalyseprogramm. Darmstadt: Deutsches Re-chenzentrum.
- SEIDENSTÜCKER, G. 1984². Indikation in der Psychotherapie: Entscheidungsprozesse – Forschung – Konzepte und Ergebnisse. In: L. R. Schmidt (Ed.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Stuttgart: Enke. p. 443–511.
- STUELAND, D. & HART, L. 1979. A canonical correlation analysis of the Alcohol Use Inventory and the Human Service Scale. Journal of Behavioral Medicine 2, 275–283.
- WANBERG, K. W., HORN, J. L. & FOSTER, F. M. 1977. A differential assessment model for alcoholism. The scales of the Alcohol Use Inventory. Journal of Studies on Alcohol 38, 512–543.
- WILLIAMS, R. L., GUTSCH, K. U., KAZELSKIS, R., VERSTEGEN, J. P. & SCANLON, J. 1980. An in-vestigation of relationships between level of alcohol use impairment and personality characteristics. Ad-dictive Behaviors 5 (2), 107–112.
- WISHART, D. 1975. Clustan 1C. User Manual. London: Manuskript auf Datenträger.
- ZACHER, H. 1980. MISE. Programm zum Ersetzen von fehlenden Daten. Trier: Rechenzentrum der Universität.

Anschrift der Autoren

Dr. Joachim Funke
Psychologisches Institut
Universität Bonn
Römerstr. 164
D - 5300 Bonn

Dipl.-Psych. Wilma Funke
Fachklinik Bad Tönisstein
Bad Tönisstein
D - 5470 Andernach 14