

MSH Medical School Hamburg

University of Applied Sciences and Medical University

Fakultät Klinische Psychologie und Psychotherapie

Masterstudiengang

Masterarbeit

Der Einfluss von
Kundalini Yoga auf Patienten mit Alkoholabhängigkeit
in stationärer Entzugsbehandlung

Eva Jochum

142101078

Erstgutacher: Prof. Dr. habil. Tilo Strobach

Zweitgutacher: Prof. Dr. Dr. Thomas Schnell

Vorgelegt am:

26.08.2016

Abstract

Schätzungsweise 1,7 Millionen Deutsche sind alkoholabhängig. Eine entsprechende Therapie ist meist langwierig und geprägt von zahlreichen Rückfällen. Aufgrund bisheriger Erkenntnisse über die positiven Effekte von Yoga auf Wohlbefinden, körperliche Konstitution sowie auf verschiedene psychische Beschwerden, wie Depressivität oder Ängstlichkeit, stellt sich die Frage, ob Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit in stationärer Entwöhnungstherapie von Yoga profitieren können. Von 21 beobachteten Patienten nahmen 9 zusätzlich zum regulären Therapieprogramm an einem Kundalini Yogakurs teil. Der Kurs fand zweimal wöchentlich statt, über einen Zeitraum von drei Wochen. Folgende Paradigmen wurden untersucht: Alkoholkonsums, Änderungsmotivation, substanzbezogene Selbstwirksamkeitserwartung, Suchtdruck, Depressivität, Befindlichkeit und Achtsamkeit. Die Erhebung fand vor und nach der dreiwöchigen Intervention statt. Beide Gruppen erzielten signifikante Veränderungen in Depressivität und Suchtdruck. In der Kontrollgruppe verbesserte sich ebenfalls die Befindlichkeit signifikant. Darüber hinaus kam es durch die Yoga-Intervention zu einer signifikanten Verbesserung der Achtsamkeit. Yoga stellt eine beachtenswerte Ergänzung der Alkoholtherapie da, bedarf aber weiterhin ausführlicher Forschung.

Approximately 1.7 million Germans are addicted to alcohol. An appropriate therapy is usually protracted and marked by numerous relapses. Due to preliminary findings for the positive effects of yoga on wellbeing, physical condition and different psychological symptoms, such as depression and anxiety, the question arises whether patients with alcohol dependence in stationary withdrawal therapy may benefit from Yoga. 9 of 21 patients observed took part at a Kundalini yoga class in addition to regular therapy program. The course took place twice a week over a period of three weeks. The following paradigms were examined: alcohol consumption, changing motivation, substance-related self-efficacy, craving, depression, well-being and mindfulness. The survey took place before and after the three-week intervention. Both groups achieved significant changes in depression and craving. The control group also improved in well-being significantly. Moreover, the yoga intervention resulted in a significant improvement

of mindfulness. Yoga poses a notable addition of alcohol treatment, but still requires extensive research.

An dieser Stelle wird angemerkt, dass ausschließlich die männliche Schreibweise verwendet wird, um die Lesbarkeit der vorliegenden Arbeit zu verbessern. Mit dieser Schreibweise ist gleichermaßen das weibliche als auch das männliche Geschlecht gemeint.

*“It’s good to have an end in mind,
but in the end what counts is how you travel.”*

Orna Ross

Inhaltsverzeichnis

MSH MEDICAL SCHOOL HAMBURG	2
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES AND MEDICAL UNIVERSITY.....	2
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	8
TABELLENVERZEICHNIS.....	9
1 EINLEITUNG & STAND DES PROBLEMS.....	10
2 THEORETISCHER HINTERGRUND.....	12
2.1 Sucht.....	12
2.2 Alkoholabhängigkeit	14
2.2.1 Klassifikation und Diagnosekriterien.....	15
2.2.2 Diagnoseverfahren.....	17
2.2.3 Ätiologie und Pathogenese.....	18
2.2.4 Komorbidität.....	21
2.2.5 Folgeschäden.....	22
2.2.6 Therapie.....	24
2.2.6.1 Kurzinterventionen.....	25
2.2.6.2 Körperliche Entgiftung.....	25
2.2.6.3 Qualifizierte Entzugsbehandlung.	26
2.2.6.4 Postakutbehandlung.....	26
2.2.6.5 Komplementäre Behandlungsansätze.....	28
2.3 Yoga.....	30
2.3.1 Definition.....	31
2.3.2 Rezeption von Yoga in Deutschland.....	31
2.3.3 Kundalini-Yoga.....	33
2.3.4 Wirkmechanismen von Yoga.....	34
2.3.5 Yoga als therapeutische Intervention.....	36
2.3.5.1 Wohlbefinden und Lebensqualität.....	36
2.3.5.2 Kognitive Funktionen.....	37
2.3.5.3 Kardiovaskuläre Prozesse.....	37

2.3.5.4 Psychische Erkrankungen.....	38
2.4 Einfluss von Yogapraxis auf Sucht.....	39
2.4.1 Aktuelle Forschungsstand.	42
3 FRAGESTELLUNGEN	44
4 METHODEN.....	46
4.1 Studiendesign.....	46
4.2 Stichprobe	47
4.2.1 Stichprobenrekrutierung.....	48
4.2.2 Ein- & Ausschlusskriterien.....	48
4.2.3 Stichprobenbeschreibung.....	48
4.3 Ethische Aspekte.....	49
4.4 Erhebungsinstrumente.....	50
4.4.1 Demographische Daten.....	50
4.4.2 Klinischen Daten.....	50
4.4.2.1 Alcohol Use Disorders Identification Test.....	50
4.4.2.2 Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale.....	51
4.4.2.3 Skala zur Erfassung der substanzbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung.....	52
4.4.2.4 Mannheimer Craving Scale.....	52
4.4.2.5 Beck-Depressions-Inventars.....	53
4.4.2.6 Befindlichkeits-Skala.....	53
4.4.2.7 Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit.....	54
5 ERGEBNISSE.....	54
5.1 Deskriptive Kennwerte.....	55
5.2 Überprüfung der Voraussetzung für statistische Tests.....	55
5.3 Statistische Analyse.....	56
5.4 Hypothesenüberprüfung.....	57
6 DISKUSSION.....	61
6.1 Diskussion der Ergebnisse.....	61

6.1.1Alkoholkonsum.....	61
6.1.2Änderungsmotivation.....	62
6.1.3Selbstwirksamkeit.....	62
6.1.4Suchtdruck.....	63
6.1.5Depressive Symptomatik.....	63
6.1.6Befindlichkeit.....	64
6.1.7Achtsamkeit.....	64
6.2Diskussion der Methode.....	65
7FAZIT & AUSBLICK.....	67
LITERATURVERZEICHNIS.....	70
ANHANG.....	86
EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG.....	100

1 Einleitung & Stand des Problems

Alkohol wurde bereits 3500 v. Chr. durch Gärung von Früchten gewonnen und ist somit das älteste Rauschmittel der Menschheit (Lindenmeyer, 2011). Nach und nach entwickelte sich eine Trinkkultur, die sich bei Griechen, Römern, Wikingern, Germanen und anderen Kulturen etablierte. Zunächst wurden nur Wein und Bier hergestellt. Durch die Entwicklung des bedeutend stärkeren Branntweins bekam der Alkohol zum ersten Mal gefährlichen Charakter. Mehr und mehr vollzog sich eine Trennung des Konsumentenverhaltens; manche verstehen Alkohol als Genussmittel; verantwortungsbewusst und in moderaten Mengen. Anderen hingegen gelingt dies nicht und eine verhängnisvolle Alkoholabhängigkeit entwickelt sich.

Alkoholkonsum ist in unserer Gesellschaft nicht nur akzeptiert, sondern allgegenwärtig. Trotzdem oder vielleicht gerade deshalb entgleist der genussvolle und verantwortungsvolle Umgang mit Alkohol viel zu häufig: etwas 1,7 Millionen Deutsche sind abhängig (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2016). In Krankenhäusern sind alkoholbedingte Erkrankungen die zweithäufigste Einzeldiagnose (Stuppe, 2016) wobei jährlich zwischen 42.000 und 74.000 Menschen am exzessiven Alkoholkonsum und dessen Folgeschäden sterben (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2016). Immer öfter werden neben den Standardbehandlungsverfahren zusätzlich Alternativinterventionen angeboten; unter anderem auch als Versuch, die hohen Rückfallquoten zu senken (Körkel & Schindler, 2013).

Yoga erfreut sich immer größer werdender Beliebtheit, nicht nur um Fitness und Wohlbefinden zu verbessern, sondern viel mehr um physische und psychische Leiden zu mildern. Einige Wissenschaftler setzen mittlerweile ihren Forschungsschwerpunkt auf Yoga und dessen positiven Effekte. So findet man bei der Meta-Datenbank PubMed mittlerweile 3444 Artikel zu dem Stichpunkt „yoga therapie“ (PubMed.gov, 2016). Fuchs (2010) fasste einige Studienergebnisse zusammen und machte deutlich, dass in vielen unterschiedlichen Bereichen positive Ergebnisse durch eine regelmäßige Yogapraxis erzielt werden können: bei Schlafstörungen, Kopfschmerz, Lungenerkrankungen, Typ 2 Diabetes, Bluthochdruck, Rückenschmerzen etc., um nur einige zu nennen. Ebenfalls konnten positive Auswirkungen auf die Symptomatik von depressiven (Cramer,

Lauche, Langhorst, & Dobos, 2013) und angstgestörten Patienten aufgedeckt werden (Weaver & Darragh, 2015). Grawe und Kollegen konnten bereits vor über 20 Jahren die Überlegenheit der Intervention Yoga gegenüber Autogenem Training feststellen (Grawe, Donati, & Bernauer, 1994).

Deutschland ist in puncto Alkohol ein Hochkonsumland. Der Pro-Kopf-Verbrauch liegt bei 12,87 Liter Reinalkohol ab dem 15. Lebensjahr (Petry, 2015). Er scheint neben der berauschenden Wirkung auch einige soziale Funktionen zu erfüllen: Stärkung des Gemeinschaftsgefühls, kurzfristige Flucht aus dem Alltag, Symbolträger für Feierlichkeiten oder Auflockerung der Stimmung. In Deutschland und vielen anderen Ländern gehört Alkohol wie selbstverständlich zu einer genussvollen Lebensweise.

Erst im 19. Jahrhundert schenkte die Medizin der Alkoholabhängigkeit Aufmerksamkeit und sie wurde als therapeutisch relevantes Thema angesehen. Gesetzlich als *Krankheit* anerkannt wurde Alkoholabhängigkeit erst im Jahre 1968 (Lindenmeyer, 2011). Erst danach konnten sich adäquate Behandlungsangebote in Form von Therapiemanualen, Spezialkliniken oder Beratungsstellen etablieren. Die heutzutage üblichen Behandlungsansätze werden in Kapitel 2.2.6 vorgestellt.

Bisher gibt es nur wenige Studien, die den Einfluss von Yoga auf Alkoholabhängigkeit untersuchen. Sie beschäftigen sich zum einen vor allem mit Populationen, die dem Sikhismus angehören und daher ein natürliches Verständnis für Spiritualität, Yoga und Meditation mitbringen (vgl. Khalsa, Khalsa, Khalsa, & Khalsa, 2008). Zum anderen ist bei der Wirksamkeitsforschung von Yoga die Stichprobengröße häufig sehr gering, die Erhebung zum Teil wenig kontrolliert und randomisiert, so dass festgestellt werden muss, dass wissenschaftliche Standards nur unzureichend gegeben sind (Jahanpour, Jahanpour, & Azodi, 2015). Daraus ergibt sich die Frage, inwieweit eine Yoga-Intervention Einfluss auf stationär aufgenommene Patienten mit Alkoholabhängigkeitssyndrom hat.

In der vorliegenden Arbeit werden zuerst die theoretischen Hintergründe der Thematik vorgestellt. Dabei wird zum einen auf die Alkoholabhängigkeit eingegangen (Kap. 2.2), dessen Ätiologie, Pathogenese, Diagnosekriterien und -verfahren sowie auf die aktuellen Therapiemöglichkeiten. Des Weiteren wird Yoga näher beleuchtet (Kap. 2.3). Es soll die Begrifflichkeit geklärt sowie ein kurzer Abriss über die Rezeption vom Ursprungsland Indien nach Deutschland

gegeben werden. Darüber hinaus wird Yoga als therapeutische Intervention vorgestellt. Seine Wirkmechanismen und die Rolle bei der Suchtbehandlung werden in Kap. 2.3.4 und 2.4 diskutiert. In Kapitel 3 werden die sich daraus ergebenden Fragestellungen präsentiert. Informationen zum Aufbau der Studie, zur Stichprobenbeschreibung und zu den verwendeten Erhebungsinstrumenten werden in Kapitel 4 aufgeführt. Hier werden auch die durchgeführten Analysen vorgestellt. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind im Kapitel 5 detailliert aufgeführt. Interpretiert werden sie im Diskussionsteil (Kap.6). Den Abschluss der Arbeit bilden Fazit und Ausblick (Kap. 7).

2 Theoretischer Hintergrund

In den folgenden Kapiteln soll theoretisches Hintergrundwissen zur vorliegenden Arbeit aufgezeigt werden. Zunächst wird Sucht im Allgemeinen sowie die Alkoholabhängigkeit beschrieben. Dabei wird unter anderem auf die Ätiologie, Pathogenese und Symptomatik eingegangen. Überdies werden diverse Therapiemöglichkeiten vorgestellt. Danach wird das Phänomen Yoga näher beleuchtet: Definition, Begrifflichkeiten, Formen und sein Weg von Indien nach Europa. Insbesondere Yoga als therapeutische Intervention soll vorgestellt und die entsprechende Studienlage in Augenschein genommen werden.

2.1 Sucht

„Süchtiges Verhalten ist ein Extrempol des Verhaltens, da es nicht mehr kontrolliert werden kann und automatisch, fast reflexhaft abläuft.“ (Tretter, 2012, S. 3). Demzufolge kann wohl jede menschliche Verhaltensweise zur Sucht werden. Der Empfehlung der WHO zufolge, wurde der Begriff *Sucht* 1964 mit den Begriffen *Missbrauch* oder *Abhängigkeit* ersetzt (Schmidt L. , 2005). So gebraucht heute die ICD-10 den Begriff „Abhängigkeitssyndrom“ (Dilling & Freyberger, 2013) und das DSM-V „Substanzabhängigkeit“ (American Psychiatric Association, 2015). Unterschieden wird dabei zwischen körperlicher und psychischer Abhängigkeit. Unter körperlicher Abhängigkeit versteht man Phänomene wie die Toleranzentwicklung mit kompensierender Steigerung der Dosis und Entzugserscheinungen bei Reduktion oder Absetzen der Substanz, wobei sich

psychische Anhängigkeit ausdrückt in Kontrollverlust bezüglich des Substanzkonsums, dem sogenannten Suchtgedächtnis, dem zwanghaften Verlangen nach der Substanz sowie in mangelhaften Bewältigungsstrategien (Lindenmeyer, 2011).

Warum und wie ein moderater, genussvoller Umgang mit Alkohol zwanghaft und unkontrollierbar wird, ist bis heute nicht vollständig geklärt. Es gibt eine Vielzahl an Modellen und Erklärungsansätzen: intrapsychische, neurobiologischen oder psychosoziale Determinanten (vgl. Reimer & Hautzinger, 2007; Petry, 2015; Bachteler & Spanagel, 2005). Kufner und Bühringer (1996, zitiert nach Lindenmeyer, 2013) fassen mit ihrem biopsychosozialen Modell der Abhängigkeit alle drei Faktoren zusammen. In Abbildung 1 wird am Beispiel von Alkohol veranschaulicht, inwieweit sich Substanzkonsum, intrapsychische Prozesse, neurologische Aspekte und soziale Einflüsse gegenseitig beeinflussen und einen erhöhten Anreiz zum Substanzkonsum bedingen.

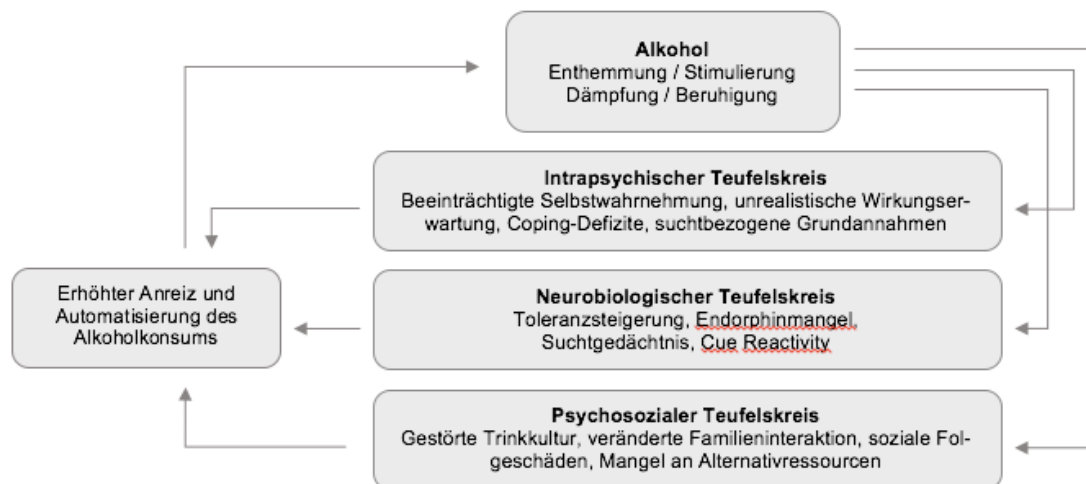


Abbildung 1. Biopsychosoziales Modell der Alkoholabhängigkeit

Aus diesem Modell geht hervor, dass Abhängigkeit ein multidimensionales Problem darstellt (Bühringer & Behrendt, 2011). Die Alkoholabhängigkeit ist nach der Nikotin- und der Medikamentenabhängigkeit die weitverbreitetste Sucht (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2016) und wird im folgenden Kapitel vorgestellt.

2.2 Alkoholabhängigkeit

3,1% der Erwachsenen in Deutschland weisen einen riskanten Alkoholkonsum auf, wobei 3,4% der Bevölkerung gemäß der Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-V) als alkoholabhängig gelten (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2016). In Abbildung 2 (Mann, et al., 2016) soll die Verteilung alkoholbezogener Störungen in Deutschland veranschaulicht werden. Riskanter Alkoholkonsum, definiert nach der WHO, liegt für Frauen bei einem Konsum von mehr als 20 Gramm Reinalkohol pro Tag, für Männern bei mehr als 30 Gramm pro Tag (World Health Organization, 2000). Alkoholabhängigkeit wird weltweit als eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen angesehen und kann schwere physische, psychische, soziale und ökonomische Auswirkungen zur Folge haben (Soravia, et al., 2016).

Abbildung 2. Alkoholbezogene Störungen in Deutschland

Jellinek (1960) unterscheidet fünf charakteristische Formen des Trinkverhaltens:

- Problemtrinker: rein psychische Abhängigkeit; Alkoholkonsum, um körperliche oder emotionale Belastung zu bewältigen
- Gelegenheitstrinker: weder psychische noch physische Anhängigkeit, jedoch Suchtgefahr und körperliche Folgeschäden möglich (z.B. Polyneuropathie oder Leberzirrhose)
- Suchttrinker: Toleranzentwicklung und Kontrollverlust, jedoch mit Abstinenzphasen
- Spiegeltrinker: ähnlich dem Suchttrinker, aber mit Unfähigkeit zur Abstinenz und ohne Kontrollverlust; eher rauscharmer, kontinuierlicher Alkoholkonsum
- Episodischer Trinker: psychische Abhängigkeit mit Phasen der Abstinenz, aber regelmäßigem Kontrollverlust.

Im klinischen Behandlungsrahmen sind vor allem der Sucht- und Spiegeltrinker von Bedeutung (Soyka, 2005). Das Störungsbild Alkoholabhängigkeit, das sich bei diesen zwei Typen herauskristallisiert, wird durch sieben Merkmale charakterisiert, die sich im Laufe der Suchtentwicklung intensivieren: Einengung des

Trinkverhaltens, Vorherrschen alkoholbezogener Verhaltensweisen, Erhöhung der Alkoholtoleranz, wiederholt auftretende Entzugerscheinungen, Trinken zur Entzugsvermeidung, Zwanghaftes Trinkverhalten und nur phasenweise Abstinenz (Petry, 2015).

Nach der ICD-10 werden verschiedene alkoholbedingte psychische und Verhaltensstörungen unterschieden:

- 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 Alkoholbedingtes amnestisches Syndrom
- F10.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
- F10.8 Sonstige alkoholbedingte psychische und Verhaltensstörungen
- F10.9 nicht näher bezeichnete alkoholbedingte psychische und Verhaltensstörung

In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus insbesondere auf der Alkoholabhängigkeit, nach ICD-10 *Alkoholabhängigkeitssyndrom*.

2.2.1 Klassifikation und Diagnosekriterien.

Die wichtigsten psychiatrischen Klassifikationssysteme sind die ICD-10 und das DSM-V. Die Alkoholabhängigkeit wird in beiden Systemen ähnlich beschrieben. Charakteristisch für eine Alkoholabhängigkeit ist, dass der Alkoholkonsum Vorrang gegenüber allen anderen Aktivitäten hat, die in der Vergangenheit noch einen höheren Stellenwert hatten. Typisch ist außerdem der starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, Alkohol zu konsumieren (Dilling & Freyberger, 2013). Darüber hinaus berücksichtigt das DSM-V bestimmte soziale Kriterien.

Bisher wurde in der diagnostischen Klassifizierung von substanzbezogenen Störungen zwischen „Abhängigkeit“ und „schädlichem Gebrauch“ (ICD-10) bzw. „Missbrauch“ (DSM-IV) unterschieden. DSM-V verzichtet auf die Unterkategorie „Alkoholmissbrauch“, denn es wird davon ausgegangen, dass diese lediglich eine abgeschwächte Form der Alkoholabhängigkeit beschreibt und nicht eine

eigenständige Erkrankung (Schnell, 2014). Die neue Version des DSM schlägt ein dimensionales Konzept für vor: die Substanzgebrauchsstörung. Die insgesamt elf Diagnosekriterien sind in Tabelle 1 aufgelistet. Dabei entscheidet die Anzahl an vorliegenden Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate über die Schwere der Erkrankung. Liegen zwei Kriterien vor, so gilt die Substanzgebrauchsstörung als gesichert: Bei zwei bis drei Kriterien bereits als moderat und bei mindestens vier Kriterien kann von einer schweren Substanzgebrauchsstörung ausgegangen werden (Rumpf & Kiefer, 2011). Voraussichtlich wird in der neuen Version der ICD, die 2017 erscheinen soll, die kategoriale Unterscheidung zwischen „schädlichen Gebrauch“ und „Abhängigkeitssyndrom“ beibehalten (Soyka, Therapie der Alkoholabhängigkeit Wege aus der Suchtfalle, 2015). Zur Diagnose eines Alkoholabhängigkeitssyndroms nach ICD-10 müssen mindestens drei der in Tabelle 1 aufgeführten Kriterien innerhalb der letzten zwölf Monate gleichzeitig vorhanden gewesen sein.

Tabelle 1

Diagnosekriterien für Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 und DSM-V

Alkoholabhängigkeitssyndrom nach ICD-10	Substanzgebrauchsstörung nach DSM-V
□ Starkes Verlangen der Art Zwang, Alkohol zu konsumieren □ Verminderte Kontrolle über Alkoholkonsum bzgl. Beginn, Beendigung und Menge □ Körperliches Entzugssyndrom, wenn Alkoholkonsum reduziert oder abgesetzt wird □ Toleranzentwicklung gegenüber der Wirkung von Alkohol □ Vernachlässigung anderer Aktivitäten zugunsten des Konsums; hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Konsum und Erholung □ Anhaltender Alkoholkonsum trotz eindeutig schädlicher Folgen	□ Wiederholter Konsum, zum Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen führt □ Toleranzentwicklung gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung □ Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann □ Wiederholter Konsum trotz ständiger zwischenmenschlicher Probleme □ Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann □ Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Substanzkonsum

Alkoholabhängigkeitssyndrom nach ICD-10	Substanzgebrauchsstörung nach DSM-V
	□ Konsum länger oder in größeren Mengen als geplant (Kontrollverlust) □ Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz sowie Erholen von der Wirkung □ Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums □ Fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis von körperlichen oder psychischen Problemen □ Craving, starkes Verlangen oder Drang die Substanz zu konsumieren

Unter *Craving* (zu deutsch *Suchtdruck*) versteht man das unkontrollierbare Verlangen, eine Substanz zu konsumieren. Unterschieden werden können zum einen das Erleichterungscraving, welches den Drang beschreibt psychische oder physische Leiden zu reduzieren (negative Verstärkung); zum anderen das Belohnungscraving, welches dem Mechanismus der positiven Verstärkung unterliegt und die genussbringende Wirkweise einer Substanz betrifft (Schnell, 2014).

2.2.2 Diagnoseverfahren.

Als erste Anlaufstellen für Patienten mit Alkoholproblemen gelten meist Praxen niedergelassener Ärzte oder Allgemeinkrankenhäuser. Bedauerlicherweise werden viele dieser Patienten nicht adäquat behandelt, was in der Regel aus einer fehlerhaften Diagnostik resultiert (Rumpf, Meyer, Hapke, Bischof, & John, 2000). Dabei gibt es eine Vielzahl an diagnostischen Verfahren zur verlässlichen Erfassung einer Alkoholabhängigkeit. Die wichtigsten werden im Folgenden genannt.

Im deutschsprachigen Raum sind unter den Screening-Fragebögen folgende am gängigsten: der Lübecker Alkoholismus Screening Test, kurz LAST (Rumpf, Hapke, & John, 2001) sowie der Münchner Alkoholismustest (MALT; Feuerlein, Küfner, Ringer, & Antons, 1979). Häufig verwendet wird außerdem der Alcohol Use Disorders Identification Test, kurz AUDIT (Babor & Grant, 1989), der in der vorliegenden Arbeit Anwendung findet und in Kapitel 4.4.2.1 näher

beschrieben wird. Der CAGE-Fragebogen (Ewing, 1984) beinhaltet lediglich vier Items und stellt somit ein sehr ökonomisches Verfahren zur Unterscheidung zwischen unbedenklichem Alkoholkonsum und einer behandlungswürdigen Alkoholabhängigkeit dar. Wenn nicht nur das Trinkverhalten, sondern auch weitere Problemfelder erfasst werden sollen, bieten sich mehrdimensionale Instrumente an, wie zum Beispiel das Trierer Alkoholismusinventar (Scheller, Keller, Funke, & Klein, 1984).

Um eine Alkoholproblematik aufzudecken, kann man neben Fragebögen und Screening-Verfahren außerdem typische Laborparameter betrachten (Lindenmeyer, 2011): Die Gamma-Glutamat-Transferase zeigt anhand von erhöhten Werten eine Schädigung der Leber auf. Dies kann als Indikator für einen schädlichen Alkoholgebrauch gedeutet werden. Weiter kann ein erhöhtes mikrokorpuskuläres Erythzytenvolumen, sowie das Carbohydrate-Deficient-Transferrin Hinweise auf eine Alkoholproblematik liefern. Jedoch sind Biomarker nicht immer verlässlich. Zum einen kann damit ein kurzfristiger akuter Alkoholmissbrauch oft nicht festgestellt werden, zum anderen können die Werte auch durch andere Einflüsse verändert werden (Lindenmeyer, 2011). Um lediglich die Alkoholkonzentration nachzuweisen, ist die Untersuchung von Atem, Blut, Urin, Speichel oder Schweiß am einfachsten (Schmidt L., 2005).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Laborwerte zwar Hinweise auf eine Abhängigkeit liefern können, die Diagnose jedoch erst mit Hilfe von Fragebögen, Interviews und den ICD-10 Kriterien gestellt werden kann.

2.2.3 Ätiologie und Pathogenese.

Zur Ätiologie der Alkoholabhängigkeit gibt es noch kein einheitliches Erklärungsmodell (Lindenmeyer, 2011). Es wird wie bei Sucht im Allgemeinen, von einer multifaktoriellen Entstehungsbedingung ausgegangen.

Es hat sich gezeigt, dass die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit, sowie die daraus resultierenden physischen Folgeschäden bei Mann und Frau unterschiedlich verlaufen: Männer erkranken häufiger an einer Alkoholabhängigkeit, wobei die Schäden bei Frauen fataler ausfallen. Außerdem weisen Frauen eine höhere Vulnerabilität auf (Reimer & Hautzinger, 2007).

Der erste Alkoholkonsum ist meist getrieben durch Neugierde und verstärkt durch soziale Anerkennung sowie der angenehmen Wirkung. Die dahinter

liegenden Prozesse basieren auf Konditionierung und Modelllernen (Lindenmeyer, 2013). Soziokulturelle Aspekte bedingen die Aufrechterhaltung des regelmäßigen Konsums; es entwickelt sich ein Gewohnheitstrinken. Die einhergehende Toleranzsteigerung verleitet zu immer größeren Trinkmengen, die vermeintlich ohne negative Konsequenzen bleiben (Lindenmeyer, 2013). Der angenehmen Wirkung des Alkoholkonsums folgen unangenehme Effekte. Diese können sich nach und nach kumulieren: es entstehen Entzugssymptome. Alkohol *muss* konsumiert werden, um diesen entgegen zu wirken und im Alltag funktionieren zu können. Eine wichtige Rolle spielt außerdem die Wirkung auf das dopaminerge System, das sogenannte Belohnungssystem. Alkohol bedingt die Freigabe von Dopamin und erzeugt daraufhin ein Gefühl der Euphorie, welches als positiver Verstärker des Trinkverhaltens und somit als Antrieb für den weiteren Konsum gesehen werden kann (Cui, et al., 2013). Durch immer stärker werdenden Alkoholkonsum stellt sich bald ein Endorphinmangel ein: der Körper kann Hochgefühle nicht mehr ohne den Einfluss von Alkohol herbeiführen (Lindenmeyer, 2013).

Für Lindenmeyer (2013, S.26) ist unter Alkoholabhängigkeit ein „individueller, schleichender Fehlentwicklungsprozess zu verstehen, mit einer Vielzahl von internen und externen Einflussfaktoren“. Eine ähnliche Idee verfolgt auch Jellinek (zitiert nach Petry, 2015) mit seiner Theorie der *Entwicklungsstufen der Alkoholabhängigkeit*. Er geht von folgenden kumulierenden Aspekten aus:

- Gezieltes Wirkungstrinken, Suche nach Anlässen
- Abnehmende Belastbarkeit bei Alltagsproblemen, zunehmende Alkoholverträglichkeit
- Regelmäßiges Gelegenheitstrinken, Rauschtrinken mit Erinnerungslücken, Veränderung der Wahrnehmung und des Denkens
- Kontrollverlust, regelmäßiges Trinken tagsüber, Ausreden für den Konsum, wechselhaftes Verhalten, soziale Konflikte und körperliche Beschwerden
- regelmäßiges Trinken am Morgen, Entzugsbeschwerden, körperlicher, persönlicher und sozialer Abbau, physischer und psychischer Zusammenbruch.

Diskutierte Einflussfaktoren für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit sind Genetik, Persönlichkeitseigenschaften, komorbide psychische Störungen und sozioökonomische Hintergründe (Bühringer & Behrendt, 2011). Traumatische Erlebnisse in der Kindheit, wie zum Beispiel Missbrauch oder soziale Isolation erhöhen die Vulnerabilität und somit die Wahrscheinlichkeit, an einer Alkoholabhängigkeit zu erkranken (Carter, Sharon, & Stern, 2014).

Außerdem stehen den Betroffenen oft keine schnell verfügbaren Bewältigungsstrategien zur Verfügung; sie greifen zum Alkohol als Problemlöseversuch. Negative Affekte sollen abgeschwächt oder positive Affekte herbeigeführt werden. Man spricht vom Modell der Affektregulation (Held & Nowak, 2016). Als übliche Trinkmotive gelten der Wunsch nach Entspannung, Enthemmung, Angstlösung und Glücksempfinden (Schmidt L., 2005).

Bühringer und Behrendt benennen drei relevante Faktoren die ineinander übergreifen und schlussendlich in einem gesteigerten Anreiz und einer Automatisierung des Alkoholkonsums enden (Bühringer & Behrendt, 2011). Zum ersten werden *intrapsychische Aspekte* erwähnt, wie zum Beispiel eine eingeengte Selbstwahrnehmung, defizitäre Bewältigungsstrategien, unrealistische Wirkungserwartungen, sowie suchtbetonte Grundannahmen (beispielsweise „Nur mit Alkohol kann ich Spaß haben.“). Als nächstes werden Toleranzentwicklung, Endorphinmangel, Cue reactivity (*Suchtreiz-Reaktivität*) und das sogenannte Suchtgedächtnis zu *neurobiologischen Aspekten* zusammengefasst. Als letzten relevanten Faktor nennen die Autoren *psychosoziale Aspekte*, zu denen unter anderem eine gestörte Trinkkultur, soziale Folgeschäden und belastende Familienstrukturen zählen. Die gegenseitige Beeinflussung und Verstärkung der Faktoren endet in einer Negativspirale der Abhängigkeit.

Die sozial-kognitive Lerntheorie besagt, dass Suchtverhalten durch mehrere Faktoren erworben und aufrechterhalten wird. Zum einen durch klassische Konditionierung, soziale Verstärkung, Beobachtungslernen, Wirkung des Alkohols (positive und negative Verstärkung) und durch die Entwicklung körperlicher Abhängigkeit und Automatisierung des Handelns (Reimer & Hautzinger, 2007).

Ein weiteres Erklärungsmodell ist die Social-Drift-Hypothese, die besagt, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung häufig einen sozioökonomischen Abstieg erfahren (Held & Nowak, 2016). Dem Modell zufolge

führt die Störung zu einem niedrigeren Bildungsabschluss oder zum Arbeitsplatzverlust. Daraus ergibt sich ein geringeres Einkommensniveau, was zu einem schlechteren sozialen Milieu des Betroffenen führt. Üblich ist auch das Herausfallen aus dem Familienverbund. Alkoholkonsum bietet für den Betroffenen eine kurzfristige Linderung der beschriebenen Probleme, verstärkt diese aber langfristig und führt mitunter in die Abhängigkeit.

In der ersten Version des DSM im Jahr 2000 galt Alkoholabhängigkeit noch als Persönlichkeitsstörung. Jedoch konnten Studien keine einheitliche „Alkoholiker-Persönlichkeit“ ausmachen (Lindenmeyer, 2013). Vielmehr kann man von alkoholgefährdeten Persönlichkeitseigenschaften ausgehen, wie Impulsivität, Risikobereitschaft und emotionale Instabilität (Butcher, Mineka, & Hooley, 2009). Auch genetische Einflüsse spielen eine Rolle bei der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Bereits in den siebziger Jahren wurde eine genetischen Prädisposition diskutiert (Goodwin, et al., 1974). 2015 konnten Forscher mittels einer groß angelegten Adoptionsstudie herausfinden, dass genetische wie auch umweltbezogene Faktoren gleichermaßen die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit beeinflussen (Kendler, et al., 2015). Ein „Alkoholismus-Gen“ konnte jedoch noch nicht entschlüsselt werden (Gross, 2016).

Langzeitstudien zeigen, dass eine Suchtkarriere bis zu Jahrzehnten andauern kann (Reimer & Hautzinger, 2007). Die Rückfallhäufigkeit liegt bei circa 15-25%, da die Angaben auf freiwilliger Auskunft basieren, kann von höheren Dunkelziffern ausgegangen werden (Erim, 2016). Die meisten Alkoholabhängigen werden nach 5 Jahren rückfällig. Ist jedoch das erste Jahr in Abstinenz überstanden, reduziert sich die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls drastisch (Reimer & Hautzinger, 2007). Erschwert wird der Genesungsprozess häufig durch komorbid auftretende Erkrankungen (Moggi, 2014).

2.2.4 Komorbidität.

Es ist äußerst selten, dass Patienten an nur einer psychischen Erkrankung leiden, es ist eher davon auszugehen, dass die meisten Störungen komorbid auftreten (Schnell, 2014). Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit leiden ebenfalls häufig an weiteren psychischen Erkrankungen (Moggi, 2014). Zwei Drittel aller Alkoholabhängigen leiden an mindestens einer weiteren psychischen Störung, wobei umgekehrt festgestellt werden kann, dass Alkoholismus eine der häufigsten

komorbid auftretenden Erkrankungen ist (Lindenmeyer, 2011). Am häufigsten treten Angst- und Affektstörungen komorbid auf. Aber auch Persönlichkeitsstörungen (PKS), insbesondere bipolare und antisoziale PKS sind nicht selten (Petry, 2015). Bei ca. 20% der Alkoholabhängigen konnte außerdem ein kindliches ADHS diagnostiziert werden (Ohlmeier, et al., 2008). In Tabelle 2 sind die psychischen Störungen aufgeführt, die am häufigsten mit einer Alkoholabhängigkeit diagnostiziert werden (vgl. Petry, 2015; Gouzoulis-Mayfrank, 2007).

Tabelle 2

Komorbidität bei Alkoholabhängigkeit

Störung	Häufigkeit
Depression	80%
Angststörungen	70%
Persönlichkeitsstörung	30%
Missbrauch anderer Substanzen	20%
ADHS	20%
Schizophrenie	4%

Eine Doppeldiagnose kann den Therapieverlauf erheblich erschweren und Therapieergebnisse negativ beeinflussen. In der Regel liegt die Menge des konsumierten Alkohols bei Patienten mit Doppeldiagnose höher, als bei Patienten bei denen ausschließlich ein Alkoholabhängigkeitssyndrom festgestellt wurde (Soravia, et al., 2016).

2.2.5 Folgeschäden.

Unterschiedlich hohe Trinkmengen können zu quantitativ wie auch qualitativ verschiedenen Erkrankungen führen (Rehm, 2005). Insbesondere wird der Verdauungstrakt geschädigt, was sich vor allem in Leberzirrhose oder Bauchspeicheldrüsenentzündungen niederschlägt. Außerdem erhöht sich das Risiko für Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bartsch & Merfert-Diete, 2013). Die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen

Fachgesellschaften postuliert, dass es „kaum ein Organ oder Organsystem [gibt], welches nicht geschädigt werden kann“ durch exzessiven Alkoholabusus (AWMF, 2016, S. 113). White, Altmann und Nanchahal (2004) konnten zwar belegen, dass durch einen moderaten Alkoholkonsum das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen minimiert werden kann. Jedoch überwiegen diese positiven Effekte erst im fortgeschrittenen Alter; bei Frauen ab 55 Jahren, bei Männern ab 65. Herauszustellen ist die alarmierende Zahl an Todesfällen: Täglich sterben in Deutschland 200 Menschen an den Folgen ihrer Alkoholkrankheit (AWMF, 2016). Neben den körperlichen Folgeschäden, kann es auch zu einer Verschlechterung der psychischen Konstitution kommen.

Keine Seltenheit sind alkoholbedingten Depressionen, Gedächtnisstörungen oder ein vermindertes Selbstwertgefühl, um nur einige zu nennen (Soyka, 2005). Die Folgen einer Alkoholabhängigkeit beeinflussen auch das soziale Gefüge der Betroffenen. Häufig kommt es zum Verlust der Fahrerlaubnis oder Arbeitsstelle, zu familiären und partnerschaftlichen Problemen und riskantem Sexualverhalten, was wiederum ungewollte Schwangerschaften oder sexuell übertragbare Infektionen zeitigt (Bartsch & Merfert-Diete, 2013). Tabelle 3 soll eine ausführlichere Darstellung der vielseitigen Folgeschäden der Alkoholabhängigkeit liefern (vergleiche Lindenmeyer, 2011; Soyka, 2005 und Bartsch & Merfert-Diete, 2013).

Tabelle 3

Übersicht der Folgeschäden der Alkoholabhängigkeit

Körperliche Folgeschäden	Soziale Folgeschäden	Psychische Folgeschäden
□ Entzugerscheinungen	□ Partnerschaftskonflikte	□ Erhöhte Reizbarkeit
□ Krampfanfälle	□ Familiäre Probleme	□ Aggressive
□ Motorische Unruhe	□ Trennung/Scheidung	□ Entgleisungen
□ Muskelatrophie	□ Schulden	□ Verringeretes
□ Tremor der Hände	□ Konflikte am	□ Selbstwertgefühl
□ Erhöhtes Schwitzen	□ Arbeitsplatz	□ Selektive
□ Gerötete Augen	□ Arbeitsplatzverlust	□ Wahrnehmung
□ Aufgeblähter Bauch	□ Verlust der	□ Distanzlosigkeit
□ Erhöhtes Krebsrisiko	□ Fahrerlaubnis	□ Gefühlsschwankungen
	□ Straftaten	

Körperliche Folgeschäden	Soziale Folgeschäden	Psychische Folgeschäden
☐ Infektanfälligkeit	☐ Wohnungsverlust	☐ Konzentrationsschwierigkeiten
☐ Sexuelle Funktionsstörungen	☐ Verwahrlosung	☐ Gedächtnisstörungen
☐ Gelenkschmerzen	☐ Rückzug von Freunden	☐ Depression
☐ Pankreatitis	☐ Opfer oder Täter von gewaltsamen oder sexuellen Übergriffen	☐ Delirium tremens
☐ Kardiomyopathie	☐ Haftstrafen	☐ Alkoholhalluzinose
☐ Bluthochdruck	☐ Ungewollte Schwangerschaft	☐ Suizidalität
☐ Polyneuropathie		☐ Soziale Ängste
☐ Fettleber		☐ Panikanfälle
☐ Leberentzündung		☐ Chronische Eifersucht
☐ Leberzirrhose		
☐ Mangelernährung		
☐ Anämie		
☐ Gastritis		
☐ Knochenbrüche durch Unfälle		

2.2.6 Therapie.

Erst seit den sechziger Jahren wird die Alkoholabhängigkeit in Deutschland als Krankheit anerkannt (Konrad, 2016). Bis heute erreicht das Behandlungsangebot nicht jeden: Mann (2002) schätzt, dass weniger als ein Drittel aller hilfesuschenden Alkoholsuchtpatienten *psychiatrisch* behandelt werden und nur neun Prozent der Patienten, die in allgemeinmedizinischen Kliniken stationiert sind, eine spezifisch Behandlungen bezüglich ihrer Sucht erhalten. Darüber hinaus schließen privaten Krankenkassen Leistungen für Suchtkranke weiterhin aus (AWMF, 2016). Da es sich bei einer Alkoholabhängigkeit um eine sehr komplexe Erkrankung handelt mit unterschiedlichen Entstehungsbedingungen und einer Vielzahl an Auswirkungen, ist ein interdisziplinärer Behandlungsansatz unabdingbar (Aichmüller & Soyka, 2013).

Als primäres Therapieziel gilt eine lebenslange Abstinenz (Mann, et al., 2016). Zwar ist das deutsche Behandlungssystem mit einer Quote von über 50% erfolgreicher Therapieabschlüsse im internationalen Vergleich höchst effizient, dem entgegen erreicht es jedoch nur 10% aller Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit (Lindenmeyer, 2011). Viele Patienten schrecken vor dem Ziel der absoluten Abstinenz zurück und treten - trotz vorhandener Krankheitseinsicht -

keine adäquate Therapie an (AWMF, 2016). Dieser Umstand stieß einen Paradigmenwechsel an, der sich auch in den neuen S3-Leitlinien „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ niederschlägt: Zwar soll Abstinenz das übergeordnete Therapieziel bleiben, jedoch wird als intermediäres Ziel die Trinkmengenreduktion angeboten (ebd.). Es besteht die Hoffnung, dass sich die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Entzugsbehandlung somit von aktuellen 10% auf 40% vergrößert (Mann, et al., 2016). Der typische Therapieaufbau für alkoholabhängige Patienten besteht in der Regel aus Akutbehandlung, Entwöhnungsphase, Weiterbehandlungsphase und Nachsorgephase (Aichmüller & Soyka, 2013).

2.2.6.1 *Kurzinterventionen.*

Eine Kurzintervention ist insbesondere für nicht spezialisierte Einrichtungen geeignet und bietet dem Betroffenen individuelle Rückmeldung, Zielfindung und Empfehlung. Außerdem soll die Selbstwirksamkeit des Patienten gefördert werden (Reimer, Cimander, & Reimer, 2014). Die Intervention überschreitet nicht den Rahmen von 5 Sitzungen. Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden (vergleiche Freyer-Adam, Coder, Lau, Bischof, & John, 2008 oder Kaner, et al., 2009).

2.2.6.2 *Körperliche Entgiftung.*

Die körperliche Entgiftung des Patienten stellt die erste Maßnahme der Akutbehandlung da, sofern der Patient unter akuter Intoxikation steht. Dabei wird darauf geachtet, dass die Entzugssymptome gelindert und die Vitalfunktionen stabil gehalten werden. Medikamentöse Unterstützung der Entzugsphase erhalten die Patienten durch Benzodiazepin, Clomethiazol und/oder Antikonvulsiva. Diese Präparate dienen der Prävention von deliranten Zuständen, Krampfanfällen und lindern die Entzugssymptome. Die meisten körperlichen Entzugssymptome klingen nach spätestens einer Woche ab, wohingegen psychische Symptome erst nach Wochen zurückgehen.

2.2.6.3 *Qualifizierte Entzugsbehandlung.*

Die qualitative Entzugsbehandlung beinhaltet neben körperlicher Entgiftung auch soziale und psychotherapeutische Betreuung. Die Änderungsbereitschaft soll gefördert und die Stabilität der Abstinenz unterstützt werden. So sollen die Grundlagen für einen reibungslosen Übergang in die Postakutbehandlung gewährleistet/ begünstigt werden. Eine qualifizierte Entzugsbehandlung erstreckt sich meist über einen Zeitraum von 21 Tagen, kann aber je nach Bedarf verlängert werden. Im Allgemeinen ist festzuhalten, dass ein partnerschaftlicher, empathischer, nicht bewertender Therapie-Stil im Umgang mit Alkoholsuchtpatienten ratsam ist (Vogelgesang, 2011). Außerdem sollte für einen reibungslosen Therapieverlauf eine enge Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten, Kliniken, Psychiatern, Psychologen, Psychotherapeuten und auch Sozialarbeitern gewährleistet sein (Aichmüller & Soyka, 2013).

2.2.6.4 *Postakutbehandlung.*

Die Postakutbehandlung oder auch Entwöhnungsbehandlung soll in erster Linie die Abstinenzphase unterstützen und die Wiederherstellung bzw. den Erhalt von Funktionsfähigkeit des Betroffenen sicherstellen, im familiären, gesellschaftlichen wie auch ökonomischen Kontext. Ob ein Patient stationär oder ambulant behandelt werden sollte hängt vor allem von der voraussichtlichen Schwere der Entzugsserscheinungen, der zu erwartenden sozialen Unterstützung, der Suizidgefährdung, sowie dem Ausgang vorheriger Entzugsbehandlung ab (AWMF, 2016). Gemäß der S3-Leitlinien sollte eine Komplexbehandlung angeboten werden, mit einer Auswahl unterschiedlicher Interventionen, die individuell kombiniert auf den Patienten abgestimmt werden sollten (AWMF, 2016). Dabei beruft sich die AWMF auf die COMBINE-Studie (Anton, et al., 2006), die die Wirksamkeit der Kombinationen von medizinischen, psychotherapeutischen und pharmakologischen Interventionen testete. Im Folgenden werden die wichtigsten Ansätze vorgestellt:

Motivationale Interventionsformen

Diese zielen auf eine Erhöhung der intrinsischen Änderungsmotivation ab, zeigen Vor- und Nachteile des Konsums auf, kurz- und langfristige Konsequenzen,

Risikosituationen, Alternativen zum Alkoholkonsum. Dabei wird insbesondere Wert gelegt auf eine wertschätzende Haltung gegenüber dem Patienten, auf eine offene Fragestellung, aktives Zuhören, adäquater Umgang mit Widerständen, etc. (Reimer, Cimander, & Reimer, 2014). Diese Interventionen sind vor allem bei leichter Ausprägung des Suchtverhaltens wirksam (Körkel, 2012).

Verhaltenstherapeutische Ansätze

Verhaltenstherapeutische Ansatzpunkte sind sehr umfangreich untersucht und weisen außerdem die beste Wirksamkeit auf (Bischof, 2010). Hierzu gehören Psychoedukation, Motivationsarbeit, Verhaltensanalysen und -verträge, kognitive Umstrukturierung, Reizexposition und Rückfallprävention (Reimer & Hautzinger, 2007), Aversionsbehandlung, Kontingenzmanagement oder der Community Reinforcement Approach (Miller, Meyers, & Hiller-Sturmhöfel, 1999). Von konfrontativen Maßnahmen, beispielsweise in Form von Videomaterial des eigenen Delir-Zustandes wird abgeraten (AWMF, 2016).

Psychodynamische Therapieansätze

Psychodynamische Ansätze gehen davon aus, dass Suchtverhalten aus einem gescheiterten Versuch der Selbstheilung bei einer schwachen Persönlichkeitsstruktur entsteht (Bischof, 2010). Dynamische Therapieansätze sind bisher unzureichend erforscht (ebd.).

Angehörigenarbeit

Sie ist während der Rehabilitation sehr wichtig, da Freunde oder Familienmitglieder häufig als Koalkoholiker fungieren. Sie helfen die Erkrankung zu verschleiern oder beschaffen dem Betroffenen Alkohol (Reimer & Hautzinger, 2007). Angehörigenarbeit kann zum Beispiel in Form von Familien- oder Paartherapie angeboten werden (Hilzinger, Kunze, & Hufnagel, 2006).

Selbsthilfegruppen

Patientengruppen dienen der Vermittlung von Selbsthilfe-Maßnahmen unter therapeutischer Anleitung. Die bekannteste Selbsthilfegruppe ist die der

„Anonymen Alkoholiker“. Die regelmäßige Teilnahme an diesen unterstützenden Sitzungen wirkt sich positiv auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz aus (Emrick, Tonigan, Montgomery & Little, 1993, zitiert nach Kiefer & Mann, 2007).

Case Management

Case Management ist eine Verfahrensweise kontinuierlicher und einzelfallorientierter Begleitung des Betroffenen. Individuelle Hilfestellungen und intensive Betreuung durch einen sogenannten Case Manager werden angeboten (Bojack, Brecht, & Derr, 2010). Das Verfahren reduzierte nachweislich die stationären Aufenthaltstage von alkoholabhängigen Patienten (Banger, Paternoga, & Hotz, 2007).

Pharmakologie

Außerdem kann die Entwöhnungsphase mit Psychopharmaka begleitet werden. Mittlerweile sind in Deutschland drei Pharmaka zur Rückfallprophylaxe zugelassen: Acamprosat, Naltrexon und Nalmefen (Mutschler & Soyka, 2016). Die Präparate sollen durch Reduktion des Cravings zum einen die Trinkmenge reduzieren (Nalmefen und Naltrexon), zum anderen den Abstinenzertum unterstützen (Acamprosat und Disulfiram). Disulfiram ruft durch die Hemmung des Ethanolabbaus eine Art Alkoholunverträglichkeit aus. Jedoch wurde das Medikament 2011 durch den Hersteller vom Markt genommen (ebd.).

Die Sorge, dass die medikamentöse Rückfallprävention die Motivation verringert zusätzlich psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist unberechtigt. Vielmehr kann davon ausgegangen werden, dass die Bereitschaft zu einem Therapieantritt erhöht wird (Mutschler & Soyka, 2016).

2.2.6.5 Komplementäre Behandlungsansätze.

Folgende Interventionen werden bereits teilweise in der Praxis angewandt. Jedoch wird in den S3-Leitlinien bemängelt, dass die bisherige Studienlage noch unzureichende sei (AWMF, 2016). Es gibt zwar Hinweise auf die Wirksamkeit der genannten Interventionen, sie lassen aber eine abschließende Bewertung noch nicht zu. Da bestehendes Entwicklungspotential gesehen wird, wären weitere Wirksamkeitsstudien dieser Verfahren wünschenswert.

Computergestützte Therapieformen

Computergestützte Therapieformen werden als wirksam beschrieben (Blankers, Koeter, & Schippers, 2011) und bieten einige Vorteile. Lange Wartelisten und hohe Kosten können vermieden werden. Außerdem können Betroffene erreicht werden, die eventuell Hemmungen oder Angst vor Stigmatisierung haben (Vogelgesang, 2011).

Imaginative Techniken

Paraskevaides und Kollegen (2010) konnten zeigen, dass imaginatives Training alkoholinduzierte Defizite des prospektiven Gedächtnisses korrigieren kann.

Neuro- und Biofeedback

Auch Neuro- und Biofeedback (Held & Nowak, 2016) können die Entwöhnungsbehandlung unterstützen. Der Patient verbessert körperbezogene Wahrnehmung und Kontrolle, womit eine Steigerung der Selbstwirksamkeit einhergeht.

Akupunktur

Akupunktur wird innerhalb der Behandlung für Alkoholabhängige angeboten, jedoch ist die Studienlage zur Wirksamkeit noch dürftig (Cho & Whang, 2009).

Systemische Ansätze

Systemische Ansätze liefern immer mehr Behandlungskonzepte, die für sich positiv auf das Abhängigkeitssyndrom auswirken (Schindler, von Sydow, Beher, Schweitzer-Rothers, & Retzlaff, 2010).

Achtsamkeitsbasierte Interventionen

Mehrere Studien zeigen, dass achtsamkeitsbasierte Verfahren erfolgsversprechend und wert sind, in die Behandlungspraxis miteinbezogen zu werden (siehe zum Beispiel Garland, Gaylord, Boettiger, & Howard, 2010; Zgierska, et al., 2008; Weerasinghe & Bartone, 2016). Bowen und Kollegen (2009) konnten mithilfe der achtsamkeitsbasierten Rückfallprävention eine signifikante Senkung des Substanzverlangens nachweisen und eine signifikante Erhöhung der Achtsamkeit und Akzeptanz erlangen. Diese Effekte konnten auch in einem

Follow-Up nach vier Monaten nachgewiesen werden. Witkiewitz und Kollegen konnten die positive Wirkung achtsamkeitsbasierter Verfahren bestätigen (Witkiewitz, Bowen, Douglas, & Hsu, 2013).

Yoga

Auch Yoga als therapeutische Intervention wird bereits in den aktuellen Leitlinien zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit erwähnt (AWMF, 2016). Die genauere Exploration des aktuellen Forschungsstandes wird in Kapitel 2.4.1 vorgenommen.

2.3 Yoga

Yoga ist eine philosophische Lehre aus Indien. Sie ist über tausende Jahre hinweg gewachsen, wurde immer wieder weiterentwickelt und wird bis heute in unterschiedlichen Formen vermittelt und praktiziert (Sticker & Lütkehaus, 2015). Die ursprüngliche Yogatradition umfasst neben körperbezogenen Übungen auch spirituelle und moralische Aspekte/Dogmen/Lehren, die zu einer bestimmten inneren Haltung und später zur *völligen Ruhe des Geistes* führen sollen (Mehta & Sharma, 2010). Der sogenannte Achtgliedrige Pfad stellt dabei einen dirigierenden Leitfaden dar. Zu beachten sind folgende Punkte (Mehta & Sharma, 2010):

- Respektvolle Haltung gegenüber Mitmenschen und Umwelt in Form von Gewaltlosigkeit, Wahrhaftigkeit, Keuschheit, etc.
- Verhalten gegenüber dem Selbst (Reinheit von Körper und Geist, Zufriedenheit, Disziplin, Selbststudium)
- Stabile und angenehme Körperposen (Asana)
- Atmung
- Introspektion
- Konzentration
- Meditation
- *Samadhi*, völlige Ruhe des Geistes

Im modernen Yoga wird weder eine ethische Moralvorstellung propagiert, noch nach Erleuchtung gestrebt. Ziel ist vielmehr, durch Integration von Körper und Geist eine Verbesserung physischer und psychischer Gesundheit zu erlangen (Gaiswinkler, Unterrainer, Fink, & Kapfhammer, 2015). Dabei steht das Üben von

Asanas (Körperhaltungen), Atemtechniken und Meditation im Fokus. Trotz der spirituellen Einflüsse gilt Yoga nicht als religiöses Glaubenssystem und ist folglich zugänglich für Menschen jeder Weltanschauung (Khalsa S. S., 2007).

2.3.1 Definition.

Das Wort *Yoga* kommt aus dem Sanskrit und bedeutet so viel wie „vereinigen“ (Sticker & Lütkehaus, 2015). Gemeint ist die Vereinigung von Körper, Geist und Verstand. Etymologisch besteht außerdem eine Verwandtschaft zu dem Wort *Joch*. Die Redewendung „sich ins Joch spannen“ bietet Interpretationsspielraum: Zum einen kann der anspruchsvolle Weg bis hin zur Erlösung gemeint sein, der viel Disziplin und Kraft abverlangt, zum anderen kann die Notwendigkeit gemeint sein, die Sinne und Gedanken „einzuspannen“, um sie bändigen zu können (Fuchs, 1990).

Eine universelle Definition für Yoga lässt sich kaum festlegen, da das Konzept so weitreichend ist und darüber hinaus mannigfaltige Interpretationen wie auch Modifikationen erfahren hat. Tirumalai Krishnamcharya gilt als einer der Begründer des modernen Yogas und definiert es als „eine Praxis und Disziplin, die sich auf die Gesundheit des Körpers, des Verstandes und der Seele bezieht“ (zitiert nach Sticker & Lütkehaus, 2015, S. 22).

2.3.2 Rezeption von Yoga in Deutschland.

Die Wurzeln des Yogas reichen bis zu 3500 Jahre zurück in die altindische Kultur (Bögle, 1991). Über genauere Datierungen sind sich Experten bis heute uneinig, da kaum verwendbares Material vorliegt (Baier, 1998). Sicher scheint jedoch zu sein, dass Yoga die älteste holistische Erkenntnislehre über den Menschen ist (ebd.). Über die Jahrtausende haben sich eine Vielzahl von unterschiedlichen Formen der Yogalehre herausgebildet, der Ursprung aller findet sich allerdings in den Texten von Patañjali, einem indischen Philosophen. Der von ihm verfasste *Yogaleitfaden*, das sogenannte Yogasutra, wird schätzungsweise auf 200 n. Chr. datiert und lehrt die Begegnung mit dem eigenen Geist, die Kontrolle der Gedanken, die Überwindung von Leid und schlussendlich die Verwirklichung des Selbst (Sticker & Lütkehaus, 2015). Im 12. Jahrhundert wurde durch die Hatha-Bewegung die körperbezogene Praxis mehr in den Fokus gerückt (Sticker &

Lütkehaus, 2015). Übersetzt werden kann *hatha* ins Deutsche als *kraftvoll* oder *anstrengend*. Wie der Begriff schon vermuten lässt, handelt es sich beim Hatha-Yoga um körperlich fordernde Übungen (Burley, 2000). Ende des 19. Jahrhunderts können erste Hinweise verzeichnet werden, dass Yogaelemente auch in Deutschland Einzug hielten (Fuchs, 1990). Yogaschulen oder ähnliches gab es zu dieser Zeit noch nicht, jedoch wurde das indische Yoga theoretisch immer mehr erschlossen und tauchte zunehmend in Lehrbüchern auf (ebd.).

Nach dem ersten Weltkrieg wurde das Interesse an fernöstlicher Kultur stärker, das Buch „Siddhatha“ (Hesse, 1922) wurde zu einem Bestseller und in den Dreißiger Jahren wurden die ersten Yogaunterrichtsstunden angeboten. Jetzt rückte Yoga auch ins Bild der Wissenschaft und die Anzahl der Arbeiten im Bereich der Yoga-Forschung wuchsen stetig. Nach dem zweiten Weltkrieg entwickelte sich Yoga in Deutschland weiter. Dabei rückten die spirituellen Aspekte immer mehr in den Hintergrund zugunsten der physischen Elemente des Yoga (Fuchs, 1990). Durch diese „Säkularisierung“ wurde auch die Sprache des Yogas vereinfacht (Baier, 1998) und für die breite Masse verständlich gemacht. Anfang der sechziger Jahre wird das *Deutsche Yoga-Institut für Forschung, Lehre und Praxis* (DYI) eröffnet und ist damit das erste seiner Art. Das DYI besteht bis heute erfolgreich. Die Yogalehre wurde immer mehr im Hinblick auf Fitness, Gesundheit und Therapie ausgelegt und systematisiert (Baier, 1998). Schon 1975 reagierte *Der Spiegel* auf die größer werdende Beliebtheit von Yoga, mit dem Titelbeitrag „Volkssport Yoga, Heil aus dem Osten?“ (Spiegel, 1975). Eine regelrechte Yogaszene etablierte sich und hält bis in die moderne Zeit an.

Cramer schätzt, dass in Deutschland mittlerweile ungefähr 15,7 Millionen Menschen Yoga praktizieren oder daran interessiert sind, damit zu beginnen (2015). 90% der Praktizierenden führen positive Veränderungen auf Körper, Psyche und allgemeines Wohlbefinden auf ihre Yogaroutine zurück (Cramer, 2015). In den letzten 150 Jahren entwickelte sich aus der spirituellen indischen Yogakultur, die über Jahrtausende gewachsen war, das Yoga, das heute im Westen gelehrt und praktiziert wird. Der entscheidende Unterschied liegt wohl in der Motivation der Praktizierenden (Deutzmann, 2002). Ursprünglich wurde geistig-spirituelle Entfaltung angestrebt, während heutzutage Yogapraktizierende eher einen straffen Körper, Ruhemomente im Alltag oder Gesundheitsförderung und -prävention erreichen möchten (Bley, 2006). Die Übungen bestehen aus

statischen Positionen, wie Liegen, Sitzen, Stehen oder speziellen Haltepositionen und dynamischen Beugungen wie Vor- oder Rückbeugen, Körperdrehungen, etc. Dadurch werden Kraft, Flexibilität, Stabilität und Balance trainiert und verbessert (Riley, 2004).

2.3.3 Kundalini-Yoga.

Mittlerweile haben sich aus der klassischen Yogatradition viele unterschiedliche Schulen herausgebildet. Klassische Yogastile wurden abgewandelt, spezifiziert und kombiniert. Das Angebot ist groß: Hatha-, Bikram-, Shivananda-, Kundalini-, Ashtanga-, oder Iyengar-Yoga, um nur einige zu nennen (Mehta & Sharma, 2010). Darüber hinaus entwickeln sich kreative Alternativen wie Power-, Lach- oder Aerial-Yoga; letzteres wird freischwiegend an Bändern gebunden praktiziert. Allen erhalten bleibt jedoch die Triade aus Bewegung, Atmung und Meditation, die körperliche und geistige Gesundheit bringen und erhalten soll (Mehta & Sharma, 2010).

Mitte der sechziger Jahre wurde Kundalini Yoga im Westen bekannt (3H Organisation Deutschland e.V. – Gemeinnütziger Verein und Fachorganisation für Kundalini Yoga, 2014). Es handelt sich um eine Yoga Form, die viele Facetten des traditionellen Yoga integrieren. So unterscheidet sich das Kundalini Yoga lediglich in unterschiedlicher Akzentuierung, Vertiefung und Zielsetzung. Es vereint neben den Körperübungen, die von der Hatha-Tradition abgeleitet wurden, eine Meditationspraxis, Achtsamkeitsübungen und den Gebrauch von Meditationswörtern, den sogenannten Mantras (Laue, 2011).

Da Kundalini Yoga sich keiner Übung bedient, die Verletzungspotential bergen könnte (wie z.B. Kopfstand), können es Menschen jeden Alters und jeder körperlichen Verfassung partizipieren (3H Organisation Deutschland e.V., 2014). Die Übungen können außerdem je nach Bedarf vereinfacht oder sogar im Sitzen praktiziert werden. So ist Kundalini Yoga sehr gut geeignet für den psychiatrischen Behandlungsrahmen, wo Patienten unterschiedlichster Konstitution anzutreffen sind. Eine Kundalini Einheit folgt stets dem gleichen Schema:

- Gemeinsame Einstimmung
- Aufwärmübungen zur Aktivierung des Herz-Kreislauf-Systems und Bewegungsapparat

- dynamische körperbezogene Übungsreihe
- Tiefenentspannung
- Meditation
- Gemeinsames Nachspüren

Durch das Üben dieser Routine soll die Wahrnehmung eigener Empfindungen, sowie die nach innen gerichtete Aufmerksamkeit geschärft werden. Durch die bewusste Kontrolle der Atmung wird die Konzentrationsfähigkeit und durch das intensive Nachspüren zum Ende einer Yoga-Einheit wird die Wahrnehmung eigener Empfindungen verbessert (Jindani, Turner, & Khalsa, 2015). Der Atem dient während der Meditation als Anker, zu dem man zurückkehrt, wenn die Gedanken abschweifen. So entwickelt man eine hohe Konzentration, die es ermöglicht, die Aufmerksamkeit zu lenken. Außerdem wird davon ausgegangen, dass Meditation Gedanken ruhiger werden lässt und eine achtsame Haltung gegenüber sich selbst kultiviert wird (Michalak, Heidenreich, & Williams, 2012). Eine achtsame Haltung gegenüber seinen Emotionen und Kognitionen kann dabei helfen, das ständige Wiederkehren von Gedanken, Gefühlen oder Körperempfindungen aufzudecken (ebd.). Khalsa und Kollegen sprechen sogar von der Möglichkeit, eine höhere Bewusstseinssebene durch eine regelmäßige Kundalini Yogapraxis erreichen zu können (2008).

2.3.4 Wirkmechanismen von Yoga.

Die Mechanismen, die den Effekten von Yoga unterliegen sind noch nicht vollends geklärt (Field T. , 2016). Diskutiert werden vor allem die Stärkung des vegetativen Nervensystems und Veränderung der Hirnwellenaktivität (siehe Desai, Tailor, & Bhatt, 2015). Die Ergebnisse einer Studienübersicht von McCall zeigen, dass empirische Daten und Theorien über die Wirkmechanismen von Yoga am stärksten vertreten sind in den Bereichen der hormonellen Regulation, der sympathischen Aktivität des Nervensystems (z.B. Vinay, Venkatesh, & Ambarish, 2016) und der Verbesserung der körperlichen Gesundheit, worunter Verbesserung der Balance, der Flexibilität, der Muskelkraft sowie der kardiovaskulären Funktion fallen (McCall, 2013). Effekte, die durch Yoga ausgelöst werden und auf Veränderung von Stoffwechsel, Kreislauf, Verhalten, antioxidativer Schutzsysteme

(z.B. Lim & Cheong, 2015) oder psychologischen Denkprozessen ausgelöst wurden, werden ebenfalls untersucht. Darüber hinaus gibt es neue Hypothesen zur Immunologie, der Nervenleitung und Bioelektromagnetismus, die jedoch keine ausreichende Forschungsgrundlage bieten. In Abbildung 3 ist die Häufigkeit der Publikationen zur jeweiligen Theorie aufgeführt (nach McCall, 2013).

Abbildung 3. Wirkmechanismen von Yoga: Zusammenfassung der Studienlage.

Nahezu alle Formen des Yoga bestehen aus Asanas, Atmung, Meditation, Entspannung und einer achtsamen Haltung. Es ist also interessant zu erfahren, inwieweit diese einzelnen Aspekte positive Effekte anstoßen können. Hölzel und Kollegen (2011) sehen die Wirkweise von Meditation in selbsttätiger Aufmerksamkeitsregulierung, intensivem Körperwahrnehmung, bewusster Emotionsregulation und im Erlangen einer neuen Sichtweise auf sich selbst und die Umwelt. Khalsa und Kollegen sind darüber hinaus der Überzeugung, dass sich durch Meditation Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit verbessern kann (Khalsa, Khalsa, Khalsa, & Khalsa, 2008).

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Wirkung von Yoga ist wohl das Erlernen einer achtsamen Haltung. Achtsamkeit stellt eine besondere Form der Aufmerksamkeitslenkung dar, die absichtsvoll, akzeptierend, nicht-wertend und auf das bewusste Erleben des gegenwärtigen Moments gerichtet ist (Grossman, 2008). Störungen mit defizitärer Emotionsregulation werden häufig mit einem dysfunktionalen limbischen System assoziiert (Hölzel, et al., 2011). Achtsamkeitsbasierte Übungen rufen neuroplastische Veränderungen hervor, unter anderem im frontolimbischen System, also genau dort, wo bei Alkoholabhängigen oft Defizite zu verzeichnen sind (Hölzel, et al., 2011).

Da Yoga innerhalb einer Gruppe durchgeführt wird, sind die Teilnehmer ständig mit Gedanken an Wertung, Vergleich und Leistungsdruck konfrontiert (Meibert, Michalak, & Heidenreich, 2011). Eigene Grenzen sollen erkannt und der persönliche Leistungsstand akzeptiert werden. Neben der mentalen Stärkung hat Yoga eine belebende Wirkung für den Körper; man fühlt sich „hinterher wie neugeboren“ (Kabat-Zinn & Kroh, 1991, S. 103).

2.3.5 Yoga als therapeutische Intervention.

Die in der westlichen Welt wachsende Offenheit und Neugierde gegenüber Yoga ebnet den Weg für dessen Einzug in den Bereich der medizinischen und psychologischen Behandlungspraxis. Dieses Kapitel soll eine Übersicht über den Forschungsstand der aktuell diskutierten Aspekte der Wirksamkeit von Yoga darstellen und die daraus resultierende Relevanz für den therapeutischen Einsatz hervorheben. Vielversprechende Ergebnisse können unter anderem in folgenden Bereichen gezeigt werden: Lebenszufriedenheit, Stressreduktion, Schlafstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Angststörungen, Depression, Übergewicht, Schmerzerkrankungen, Autoimmunerkrankungen sowie altersbedingte Erkrankungen wie zum Beispiel Parkinson (vgl. Fuchs 2010; Field, 2016). Shannahoff-Khalsa ist davon überzeugt, dass durch Kundalini Yoga sowohl eine schnelle vorübergehende Linderung, als auch eine langfristige Verbesserung verschiedener Symptome hergestellt werden kann (2004).

Obwohl es mittlerweile eine Vielzahl an Studien gibt, die die positiven Effekte auf die psychische und physische Gesundheit untersuchen, weisen ein Großteil von ihnen erhebliche wissenschaftliche Mängel auf (Field T. , 2016). Oftmals sind die Stichproben nicht ausreichend groß, die Gruppen unausgewogen und nicht randomisiert oder die Studienabläufe nicht ausreichend kontrolliert (Fuchs, 2010).

In verschiedenen Übersichtsarbeiten werden die vielen unterschiedlichen gesundheitsfördernden Effekte der routinierten Yogapraxis zusammengefasst (zum Beispiel Lipton, 2008; Ernst & Lee, 2010; Buffart, et al., 2012). Insbesondere die Arbeit von Tiffany Field (2016) gibt einen umfangreichen Überblick über die Yogaforschung der letzten Jahre. Eine Auswahl relevanter Wirkweisen auf den Körper und die Psyche werden in den nächsten Kapiteln vorgestellt.

2.3.5.1 Wohlbefinden und Lebensqualität.

Schon die einmalige Teilnahme an einer neunzig minütigen Yoga Stunde reduziert das subjektiv wahrgenommene Stresslevel (West, Otte, Geher, Johnson, & Mohr, 2004). Ähnliche Erkenntnisse erbrachten auch Netz und Lidor (2003), die nach einer einmaligen Yogasitzung signifikante Verbesserung der Befindlichkeit feststellten im Vergleich zu der Kontrollgruppe, die eine Computer Stunde absolvierte.

Yoga wirkt gleichermaßen auf Stress, wie kognitive Verhaltenstherapie (Granath, Ingvarsson, von Thiele, & Lundberg, 2006). Es konnte eine Verbesserung bei fast allen stressassoziierten Parametern verzeichnet werden, die anhand subjektiver Befragung wie auch physiologischen Maßen erhoben wurden. Auch Michaelsen und Kollegen konnten zeigen, dass subjektiv empfundener Stress, Ängstlichkeit, Depression, Kopf- und Rückenschmerz sowie die Kortisolkonzentration im Speichel durch ein zwölfwöchiges Yoga Programm signifikant reduziert werden konnte (Michalsen, et al., 2005). Darüber hinaus verbesserten sich Vitalität und Wohlbefinden. Buffart und Kollegen (2012) konnten anhand einer Analyse von sechzehn Studien herausfinden, dass Yoga bei Krebspatienten eine positive Wirkung hat. Große Effekte konnten auf das Empfinden von Stress, Angst und Depression gefunden werden sowie moderate für die Reduktion von Erschöpfung und Verbesserung der generellen Lebensqualität. Ähnlich Ergebnisse lieferte die Metaanalyse von Harder, Parlour und Jenkins (2012).

2.3.5.2 *Kognitive Funktionen.*

In einer randomisierten und kontrollierten Studie wurde ein achtwöchiger Yogakurs mit einer dehn- und kraftbetonten Übungsreihe verglichen. Die Teilnehmer des Yogakurses zeigten signifikant höhere Verbesserungen des Arbeitsgedächtnisses und der kognitiven Flexibilität als die Kontrollgruppe (Gothe, Kramer, & McAuley, 2014). In einer Metastudie zum Einfluss von Yoga konnten ebenfalls moderate Effekte auf die kognitive Funktionsfähigkeit nachgewiesen werden (Gothe & McAuley, 2015).

2.3.5.3 *Kardiovaskuläre Prozesse.*

Posadzki und Kollegen konnten anhand einer Metaanalyse zeigen, dass in elf von siebzehn untersuchten Studien Yoga eine signifikant größere Reduktion des Blutdrucks herbeiführen konnte als verschiedene Medikamente, treatment as usual oder ohne Behandlung (Posadzki, Cramer, Kuzdzal, Lee, & Ernst, 2014). Die restlichen Studien fanden jedoch keine signifikanten Unterschiede. Cramer und Kollegen kamen mittels ihrer Metaanalyse, die insgesamt 452 Probanden

untersuchte, auch zu dem Ergebnis, dass Yoga keine bedeutenden Auswirkungen auf den Blutdruck hat (Cramer, et al., 2014).

2.3.5.4 *Psychische Erkrankungen.*

Janakiramaiah, Gangadhar, Naga, Venkatesha und Murthy (2000) zeigten in einer randomisierten Untersuchung, dass durch Yoga eine signifikante Verbesserung depressiver Stimmung erzielt werden konnte, die der durch Medikation oder Elektrokrampftherapie gleich kamen. Bei leicht depressiven Probanden konnte ein fünfwöchiger Yogakurs, mit zwei einstündigen Sitzungen pro Woche, subjektiv wahrgenommene Depressionssymptome verringern und den Kortisolspiegel beeinflussen (Woolery, Myers, Sternlieb, & Zeltzer, 2004). Darüber hinaus konnte durch eine andere Studie gezeigt werden, dass die durch Yoga ausgelösten positiven Effekte auf Grübelverhalten und die depressive Symptomatik über ein Jahr stabil blieben (Kinser, Elswick, & Kornstein, 2014). Jedoch ist anzumerken, dass die Probandenanzahl im Follow-up sehr gering war. Shapiro, Cook, Davydov, Ottaviani, Leuchter und Abrams (2007) untersuchten Patientinnen mit Depression, jeweils vor und nach jeder der insgesamt 20 Yogastunden. Die eingeschätzte Befindlichkeit verbesserte sich nicht nur nach jeder einzelnen Stunde, sondern erreichte von Stunde zu Stunde positivere Ausgangswerte. Auch Anzeichen von Depression, Wut, Angst und niedriger Herzfrequenz konnten positiv beeinflusst werden.

Auch die Schwere der Symptomatik von Patienten mit einer Panikstörung ging zurück (Vorkapic & Rangé, 2014). Yoga wurde wöchentlich über zwei Monate angeboten und führte zu einem signifikanten Rückgang von Angstepfinden, panikassozierten Gedanken und Empfindungen. Es konnte gezeigt werden, dass schon eine zehntägige Yoga-Intervention (mit Yogapraxis und Lifestyleberatung) eine Reduktion von Angstsymptomen bei Patienten mit psychischen Störungen erzielen kann (Gupta, Khera, Vempati, Sharma, & Bijlani, 2006).

Jindani und Kollegen konnten zeigen, dass Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung im Bereich Schlafqualität, Resilienz, Befindlichkeit, Stress- und Angstepfinden von einer Therapie mehr profitierten, wenn diese eine Kundalini Yoga Routine beinhaltete (Jindani, Turner, & Khalsa, 2015).

Auch bei Schizophreniepatienten wurde die Wirksamkeit von Yoga getestet. Yoga wie auch Aerobic hatten die gleichen positiven Auswirkungen erreicht (Vancampfort, et al., 2011).

2.4 Einfluss von Yogapraxis auf Sucht

Die prominentesten Auslöser für das Wiederaufnehmen von alten Trinkgewohnheiten von Alkoholsuchtpatienten sind Frustration, Ärger, Angespanntheit, Einsamkeit und Angst (Bachmeier, et al., 2015). Wie im vorhergegangenen Kapitel gezeigt wurde, stößt Yoga vielversprechende Mechanismen an, um diesen Auslösern entgegenzukommen.

Khalsa und Kollegen (2008) propagieren folgende physische, psychologische und verhaltensbezogenen Komponente, die bei der Behandlung von Alkoholabhängigkeit möglicherweise eine Rolle spielen und durch Yoga erzielt werden können:

- Stressreduktion & Reduktion von Spannungsgefühlen
- Linderung von Angstsymptomen und Depressivität
- Ersetzen von Alkohol als Auslöser für Euphorie
- Verbesserung der körperlichen und emotionalen Selbstwahrnehmung und somit Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung
- Stärkung des Selbstbewusstseins
- sensiblerer Umgang mit sich selbst und dem sozialen Umfeld

Es wird davon ausgegangen, dass die meisten Alkoholsuchtpatienten große Schwierigkeiten haben, sich selbst, die individuellen Schwächen und die momentanen Umstände anzunehmen. Aus diesem Grund flüchten sich Suchtpatienten oft in eine, durch Drogen- oder Alkoholrausch induzierte *Parallelwelt* und meinen so für einige Zeit der Realität entkommen zu können (Heidenreich, Schneider, & Michalak, 2006). Yoga, welches eine achtsame Haltung vermittelt, könnte Abhilfe schaffen: Die Patienten lernen aufsteigende Gefühle und unterschwellige Gedanken bewusst zu machen und sie als solche zu akzeptieren. Das bewusste Erleben von Moment zu Moment, soll die Flucht vor der Gegenwart ablösen (ebd.). Das starke Verlangen nach Alkohol ist kein dauerhafter Zustand, sondern eine vorübergehende Empfindung, die mithilfe einer achtsamen Haltung ausgehalten und überwunden werden kann (Breslin, Zack, &

McMain, 2002, S. 291). Infolgedessen ist davon auszugehen, dass die Schulung von Achtsamkeit, wie sie innerhalb der Yogapraxis zu finden ist, Rückfällen vorbeugen kann.

Gemäß Breslin und Kollegen (2002) unterscheidet man zwei unterschiedliche Arten von Prozessen, die einen Rückfall begünstigen: Es treten unbewusste Prozesse auf, bei denen substanzbezogene Gedankenmuster unbemerkt aktiviert werden und es gibt bewusste Prozesse, welche das Handeln aufgrund bestimmter Selbstwirksamkeitserwartungen beschreibt. Mittels Yoga können die erstgenannten unbewussten, oder besser gesagt vorbewussten Prozesse aufgedeckt und ins Bewusstsein gelangen. Dadurch hat der Betroffene mehr Kontrolle über sein Handeln.

Die kognitive Verhaltenstherapie ist das üblicherweise angewandte Therapieverfahren zur Behandlung von Suchtpatienten. Mit Hilfe ihrer Prinzipien sollen Assoziationen zwischen Substanzmissbrauch und Risikosituationen aufgebrochen werden, um Rückfälle zu verhindern. Dabei soll die Aufmerksamkeit von substanzbezogenen Reizen abgelenkt und eine Veränderung von Gedächtnisinhalten bezüglich des Konsums bewirkt werden. Risikosituationen, substanzbezogene Reize und Kognitionen sollten der kognitiven Verhaltenstherapie zufolge möglichst vermieden werden (Breslin et al., 2006).

Die Haltung, die mittels Yoga hingegen vermittelt wird, ermutigt die Patienten, den gegenwärtigen Moment bewusst zu erleben und zu akzeptieren. Aus dieser Position heraus können sinnvolle Entscheidungen getroffen werden und auch in unvermeidbaren Risikosituationen kann der Patient mit größerer Wahrscheinlichkeit adäquat handeln. Außerdem gehen die Autoren davon aus, dass sich durch die bewusste Konfrontation mit Auslösereizen (seien es bestimmte Freundeskreise, Orte, explizite Objekte wie Zigaretten oder Weinflaschen usw.) beim Patienten eine gewisse Desensibilisierung gegenüber diesen Reizen einstellt (vgl. ebd., S. 292). Durch den Aufbau einer achtsamen Haltung, lernen die Patienten unangenehme Gefühlszustände wertfrei zu akzeptieren und automatische reaktionäre Verhaltensmuster abzulegen (Penberthy, et al., 2015).

„Urge surfing“ beschreibt eine mentale Technik, die es den Teilnehmern erleichtern soll, Craving zu überwinden. Die Patienten sollen nicht versuchen, die

Auslösereize dieses Verlangens zu vermeiden oder zu verdrängen, sondern sie vielmehr genau beobachten (Breslin et al., 2006). Sie sollen bewusst spüren, wie das Verlangen in ihnen aufsteigt, immer größer wird und letztlich vorbeigeht, und zwar ohne dass man ihm nachgegeben hat. Für viele Patienten stellt das eine völlig neue Erfahrung im Umgang mit ihrer Sucht dar und eine wirksame Unterstützung während der abstinenten Zeit.

Selbstverständlich bleibt das Hauptanliegen, Rückfälle vorzubeugen. Geschieht es trotzdem, so ist es vor allem wichtig dem „Abstinenzverletzungseffekt“ entgegenzuwirken (Penberthy, et al., 2015). Er beschreibt folgendes Phänomen: Sobald Suchtpatienten ihre Abstinenz gebrochen haben, sei es auch nur durch einen Schluck Alkohol, so steigen in ihnen solch starke negative Suggestionen bezüglich ihrer selbst und der erfahrenen *Niederlage* auf, dass die Selbstkontrolle vollends entgleitet. Dies kann schließlich zu einem langfristigen Rückfall und/oder einem Therapieabbruch führen (Marlatt, 1994, S. 187). Es ist wichtig, dem Patienten zu vermitteln, dass Fehler zum normalen Verlauf einer Genesung dazugehören und dass man aus ihnen lernen kann.

Akuter und chronischer Alkoholkonsum scheint mit Fehlregulierungen vieler physiologischer Systeme zusammenzuhängen (Penberthy, et al., 2015). Das zentrale und autonome Nervensystem arbeiten bei gesunden Menschen eng zusammen. Sie regulieren und steuern Aufmerksamkeit, Emotionen und Kognitionen, insbesondere, wenn Hinweisreize auftauchen, die für das Individuum Stress bedeuten (z.B. Hinweise auf den möglichen Alkoholkonsum). Versagt diese Regulierung, ist adäquates Handeln bezüglich der Umwelt und somit auch bezüglich Risikofaktoren eines Rückfalls, nicht möglich (vgl. ebd.). In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass Achtsamkeitsmeditation die Funktion des autonomen und des zentralen Nervensystems beeinflusst (u.a. Davidson, et al., 2003) und darüber hinaus Selbstregulierungsprozesse erleichtert (Penberthy, et al., 2015). Diese positiven Auswirkungen sind Penberthy zufolge gerade für Patienten mit exzessivem Substanzmissbrauch wichtig.

„Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung wird mit einer geringeren Trinkhäufigkeit, einer geringeren Trinkmenge, längerer Alkoholabstinenz und weniger Rückfällen assoziiert.“ (Soravia, et al., 2016, S. 35). Unter Selbstwirksamkeitserwartung versteht man die Überzeugung, dass man mit den

eigenen Fähigkeiten gewünschte Situationen, Ziele und Effekte herbeiführen kann (Kadden & Litt, 2011). Vollmer und Domma-Reichart fanden heraus, dass die Selbstwirksamkeitserwartung mehr Einfluss auf die Abstinenz hat, als bekannte Prognosemerkmale, wie Alter, soziale und berufliche Situation (Vollmer & Domma-Reichart, 2016). Dabei gilt als bester Prädiktor für Abstinenz eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten, rückfallkritische Situationen erfolgreich bewältigen zu können. Patienten mit weniger schweren Beeinträchtigungen durch ihre Abhängigkeit profitieren am meisten von selbstwirksamkeitsfördernden Interventionen (Zingg, et al., 2009). Brandt (2004) untersuchte, ob ein mehrwöchiger Yogakurs zu einer Zunahme der Selbstwirksamkeit führen kann. Schon nach der vierten Yogasitzung konnten positive Auswirkungen auf die Selbstwirksamkeit der Probanden festgestellt werden.

Wie schon beschrieben, ist Yoga eine einfache Methode, Stress abzubauen und Wohlbefinden zu steigern. Hsu, Collins und Marlatt (2013) gehen davon aus, dass das Ausmaß an Stresstoleranz die Widerstandskraft gegen Reize von Alkohol und anderen Drogen beeinflusst. Des Weiteren gibt es einen nachweislichen Zusammenhang zwischen negativen Affekten und der Rückfallwahrscheinlichkeit (Körkel & Schindler, 2013).

2.4.1 Aktuelle Forschungsstand.

Hallgren, Romberg, Bakshi und Andréasson (2014) verglichen die Wirksamkeit der Standardentzugsbehandlung (treatment as usual, TAU) mit TAU plus Yoga (einmal wöchentlich, über 10 Wochen). Dabei untersuchten sie achtzehn Patienten mit Alkoholabhängigkeit. Das Ergebnis hat gezeigt, dass die Reduktion der Trinkmenge nach sechs Monaten Follow-up bei den Patienten der Experimentalgruppe zwar größer war als bei denen der Kontrollgruppe, jedoch nicht signifikant war ($p = .17$). Ebenso waren die positiven Auswirkungen auf Lebensqualität und Kortisolspiegel durch Yoga tendenziell größer als durch TAU.

Eine weitere Studie untersuchte die Effekte eines Yogakurses, der dreimal wöchentlich über fünf Wochen für Alkoholsuchtpatienten in Rehabilitation angeboten wurde (Marefat, Peymanzad, & Alokhaej, 2011). Es wurde eine Experimentalgruppe ($n = 12$) mit einer Wartelistenkontrollgruppe ($n = 12$) verglichen. Die Yogagruppe zeigte eine signifikante Überlegenheit gegenüber der

Kontrollgruppe bezüglich Reduktion von Zustandsangst ($p = .023$) und Depressivität ($p = .048$) und nichtsignifikante Unterschiede in der Reduktion von Eigenschaftsangst ($p = .835$).

Khalsa und Kollegen (2008) untersuchten in einer Pilotstudie die Effekte einer neunzigstägigen Yoga-Intervention. Acht Männern wurden untersucht. Die Symptomatik wie auch die Qualität der Genesung verbessert sich nach der Teilnahme der Yoga-Intervention. Zu kritisieren ist, dass keine Kontrollgruppe herangezogen wurde und die Stichprobengröße sehr klein war.

In einer randomisierten Studie von Vedamurthachar und Kollegen (2006) wurden sechzig Männer mit einer diagnostizierten Alkoholabhängigkeit untersucht. Die Hälfte von ihnen erhielt eine stationäre Standardbehandlung, die andere Hälfte erhielt zusätzlich täglich stattfindende Yoga Stunden. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich über zwei Wochen. In der Experimental- wie auch der Kontrollgruppe konnten positive Effekte auf die Depressivität und die Stresshormonkonzentration (Kortisol und Adrenocorticotropin) gezeigt werden. Der Effekt fiel in der Yogagruppe jedoch höher aus. Man kann also davon ausgehen, dass Yoga gesundheitsfördernde Auswirkungen auf biochemische Prozesse bei Alkoholabhängigen hat (Vedamurthachar, et al., 2006).

Viele PTBS Patienten weisen ein hohes Risiko für Alkoholmissbrauch auf. Reddy und Kollegen spezialisierten sich in ihrer Untersuchung auf Kriegsveteraninnen mit PTBS und konnten Hinweise liefern, dass zwölf Yoga Sitzungen nicht nur allgemeine Symptome der PTBS lindern können, sondern auch das Risiko des Alkoholabusus verringern und die Therapiebereitschaft steigen lassen (Reddy, Dick, Gerber, & Mitchell, 2014). Dass die Ergebnisse nicht signifikant wurden und nur Tendenzen einer Verbesserung zu erkennen gaben, könnte an der kleinen Stichprobe liegen. Außerdem zeigen verschiedene Übersichtsarbeiten, wie beispielsweise von Khanna und Greeson (2013) oder Jahanpour, Jahanpour und Azodi (2015), mögliche Wirkweisen von Yoga auf Suchtpatienten.

In einer systematischen Literaturübersicht und Metaanalyse untersuchten Klatte und Kollegen die Wirksamkeit von körperorientiertem Yoga auf Patienten mit einer mindestens schwach ausgeprägten psychischen Erkrankung (Klatte, Pabst, Beelmann, & Rosendahl, 2016). Dabei wurden auch die Arbeiten von Shaffer, LaSalvia und Stein (1997) sowie Raina und Kollegen (2001) beachtet und

Yoga als vielversprechende Behandlungsergänzung zu regulären Entwöhnungsprogrammen betrachtet. Es bedarf seiner Meinung nach weiterer qualitativ hochwertiger Forschung (Klatte, Pabst, Beelmann, & Rosendahl, 2016).

Obwohl es mittlerweile viele Studien gibt, die die positiven Effekte auf die psychische und physische Gesundheit untersuchen, weisen die meisten erhebliche Mängel auf (Fuchs, 2010). Oftmals sind die Stichproben nicht ausreichend groß, die Gruppen unausgewogen und nicht randomisiert oder die Studienabläufe nicht ausreichend kontrolliert (Fuchs, 1990). Interessanterweise wurden diese Kritikpunkte schon vor über zwanzig Jahren geäußert, aber auch in der modernen Wirksamkeitsforschung von Yoga immer noch nicht vollends eliminiert (vergleiche Khanna & Greeson, 2013 oder Field T. , 2016).

3 Fragestellungen

Unter Berücksichtigung der vorangegangenen theoretischen Überlegungen und der näheren Betrachtung des aktuellen Forschungsstandes ergeben sich mehrere Fragestellungen, die in diesem Kapitel beleuchtet werden. Es soll geklärt werden inwieweit sich ein dreiwöchiger Yogakurs auf Patienten mit einem Alkoholabhängigkeitssyndrom auswirkt. Es wird davon ausgegangen, dass sich positive Effekte der Treatmentbedingung auf die Zielvariablen zeigen, welche stärker sind als die Therapieeffekte der psychiatrischen Standardbehandlung für Alkoholabhängigkeit. Die postulierten Hypothesen beziehen sich auf den Haupteffekt „Zeit“ (t_1 / t_2), den Haupteffekt „Gruppe“ (EG: Yoga / KG: TAU) und die Interaktion zwischen den Haupteffekten „Zeit“ und „Gruppe“.

Hypothesen zu Substanzkonsum

H0: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Experimentalgruppe im Hinblick auf die Zeit.

H1: Die Experimentalgruppe unterscheidet sich nicht von der Kontrollgruppe im Ausmaß des Substanzkonsums im Hinblick auf die Zeit.

Hypothesen zu Änderungsmotivation

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Experimentalgruppe im Hinblick auf die Zeit.

H1: Die Experimentalgruppe unterscheidet sich von der Kontrollgruppe im Ausmaß der Änderungsmotivation im Hinblick auf die Zeit.

Hypothesen zu Selbstwirksamkeitserwartung

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Experimentalgruppe im Hinblick auf die Zeit.

H1: Die Experimentalgruppe unterscheidet sich von der Kontrollgruppe im Ausmaß des Suchtdrucks im Hinblick auf die Zeit.

Hypothesen zu Suchtdruck

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Experimentalgruppe im Hinblick auf die Zeit.

H1: Die Experimentalgruppe unterscheidet sich von der Kontrollgruppe im Ausmaß des Suchtdrucks im Hinblick auf die Zeit.

Hypothesen zu depressiver Symptomatik

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Experimentalgruppe im Hinblick auf die Zeit.

H1: Die Experimentalgruppe unterscheidet sich von der Kontrollgruppe im Ausmaß der subjektiv empfundenen depressiven Symptomatik im Hinblick auf die Zeit.

Hypothesen zu Befindlichkeit

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Experimentalgruppe im Hinblick auf die Zeit.

H1: Die Experimentalgruppe unterscheidet sich von der Kontrollgruppe im Ausmaß der aktuellen Befindlichkeit im Hinblick auf die Zeit.

Hypothesen zu Achtsamkeitsempfinden

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Experimentalgruppe im Hinblick auf die Zeit.

H1: Die Experimentalgruppe unterscheidet sich von der Kontrollgruppe im Ausmaß der Achtsamkeitsempfinden im Hinblick auf die Zeit.

4 Methoden

Das folgende Kapitel befasst sich mit dem methodischen Teil dieser Arbeit. Zunächst wird das Studiendesign und der Ablauf der Datenerhebung beschrieben. Danach werden die Charakteristika der untersuchten Stichproben, die Ein- und Ausschlusskriterien sowie die angewandten Untersuchungsinstrumente vorgestellt.

4.1 Studiendesign

Die Datenerhebung fand im Zeitraum des 25.04.2016 bis 04.07.2016 statt.

Es handelt sich bei der Untersuchung um eine randomisierte kontrollierte Studie zur Evaluation eines unterstützenden Therapiekonzepts für Patienten mit Alkoholabhängigkeitssyndrom.

Die Probanden in der Kontrollgruppe erhielten die standardmäßige stationäre Entwöhnungstherapie ohne zusätzliche Interventionen (treatment as usual, TAU). Diese Standardbehandlung erstreckt sich von mindestens zehn Tagen bis hin zu mehreren Wochen und enthält:

- Akupunktur
- Therapeutisches Gehen und Laufen
- Ergotherapie
- Motivationsgruppe
- Bewegungstherapie
- Frauengruppe bzw. Bewegungstherapie für Männer
- Medizinische Informationsgruppe
- Medikamentöse Behandlung
- Verhaltenstherapeutische Einzelsitzung

Die Probanden der Experimentalgruppe erhielt ebenfalls TAU und nahmen darüber hinaus an einem Kundalini Yogakurs teil. Dieser fand über einen Zeitraum von drei Wochen statt und beinhaltete insgesamt sechs 60-minütige Yogastunden,

die zweimal wöchentlich abgehalten wurden. In Tabelle 4 wird der übliche Ablauf des Kurses aufgezeigt.

Tabelle 4

Ablauf einer Kundalini Yogastunde

Part 1 (ca. 5-10 Min.) ○ Einführung ins KY (Meditation, Mantren, Asanas, Tiefenentspannung) ○ Konzentration auf aufrechten Sitz: Aufrichtung des Oberkörpers ausgehend von den Sitzbeinhöckern ○ Kurze Atemmeditation: langes tiefes Atmen, Bedeutung und Wirkung erklären; spüren und Erfahrung vermitteln. ○ Einstimmen mit einem gemeinsam gesungenen Mantra
Part 2 (ca. 40 Min.) ○ Aufwärmübungen, Asanas (Betonung auf Schulter, Rücken, Beine) ○ Konzentration auf kontrollierter Atmung
Part 3 (ca. 7-10 Min.) ○ Tiefenentspannung durch Körperreise bzw. Body-Scan
Part 4 (ca. 3-7 Min.) ○ Meditation (z.B. Kirtan Kriya, siehe Anhang A)
Abschluss ○ gemeinsames Singen eines Mantras

Die Evaluation erfolgte zu zwei Zeitpunkten. Bei der EG fand die erste Befragung am Tag vor der ersten Yogaeinheit des Patienten statt (t1), bei der KG im Durchschnitt innerhalb der ersten Woche nach Aufnahme. Die zweite Befragung wurde bei beiden Gruppen drei Wochen später durchgeführt (t2).

4.2 Stichprobe

Bei den Probanden handelte es sich um Patienten, die für einige Wochen stationär im Asklepios Westklinikum Rissen aufgenommen wurden. Die Diagnosestellung bezüglich der Suchterkrankung, sowie der Ausschluss weiterer psychiatrischer Erkrankungen erfolgte durch das Klinikpersonal.

4.2.1 Stichprobenrekrutierung.

Die Rekrutierung der Probanden erfolgte über eine Mitarbeiterin der Klinik. Alle Probanden, die den unten beschriebenen Einschlusskriterien entsprachen, wurden der Kontrollgruppe oder der Experimentalgruppe randomisiert zugewiesen. Da die Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten stationär aufgenommen wurden, fanden jede Woche an zwei unterschiedlichen Terminen Erhebungen statt. Für die Befragung wurde auf Station ein Raum freigehalten, in dem die Probanden, die Möglichkeit hatten, die unten aufgeführten Fragebögen ungestört zu bearbeiten.

Zuvor wurden die Probanden aufgeklärt, dass die Teilnahme an der Untersuchung freiwillig ist, dass alle Daten anonym bleiben und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken benutzt werden. Diesbezüglich wurde von jedem Patienten eine Einverständniserklärung unterschrieben. Es erfolgte keine Bezahlung.

4.2.2 Ein- & Ausschlusskriterien.

In die Studie wurden Patienten mit einer F10. Diagnose nach ICD-10 eingeschlossen. Patienten mit einer zusätzlichen Diagnose wurden ebenfalls miteinbezogen. Ausgeschlossen wurden Patienten, die aufgrund körperlichen Einschränkungen nicht an den Yogastunden hätten teilnehmen können oder deren Deutschkenntnissen bzw. kognitive Aufnahmefähigkeit nicht für die Beantwortung der Fragebögen ausreichend gewesen wäre. Auch Patienten, die unter akuter Intoxikation standen, wurden vorerst nicht zur Befragung zugelassen. Sobald die Ausnüchterungsphase innerhalb der ersten Tagen erfolgreich überwunden war, konnten die Patienten teilnehmen. Patienten, deren Aufenthaltsdauer nicht über den kompletten Erhebungszeitraum von drei Wochen reichte, wurden ebenfalls untersucht.

4.2.3 Stichprobenbeschreibung.

An der Studie nahmen 62 Versuchspersonen teil. Aufgrund unvollständiger Fragebogenbeantwortung, vorzeitigem Therapieabbruch, Suizidversuchen, Stationsverlegung und Nichtteilnahme an mehr als zwei Yogasitzungen wurden 41 Probanden exkludiert, so dass die Auswertung auf Basis von 21 Teilnehmern

erfolgte. Das Durchschnittsalter der Probanden lag bei 46.95 ($SD = 8.85$), wobei der älteste Proband 64 Jahre und der jüngste 33 Jahre alt war. Teilgenommen haben 16 Männer (76.2%) und 5 Frauen (23.8%). Von den 21 Probanden entfielen 9 Teilnehmer (42.9%) auf die Experimentalgruppe und 12 (57.1%) auf die Kontrollgruppe. Die meisten Probanden waren ledig ($n = 12$, 57.1%) oder geschieden ($n=8$, 38.1%), ein Proband verwitwet (4.8%). Ungefähr die Hälfte der Probanden absolvierte die Schule mit einem Hauptschulabschluss ($n = 11$, 52.4%), fünf Probanden mit (Fach-)Abitur (23.8%) und vier mit einem Realschulabschluss (19%). Einen Hochschulabschluss absolvierte ein Proband (4.8%). Im Kapitel *Deskriptive Kennwerte* werden die Ergebnisse anhand einer Tabelle veranschaulicht.

4.3 Ethische Aspekte

Alle Patienten der Studie, seien sie der Kontrollgruppe oder der Experimentalgruppe zugeordnet, erfahren im vollen Umfang die leitliniengerechte Standardbehandlung. Darüber hinaus erhält die Experimentalgruppe über den Zeitraum von drei Wochen verteilt insgesamt sechs Yogastunden. Von der zusätzlichen Intervention werden positive Effekte auf die Suchtsymptomatik und/oder das Wohlbefinden erwartet. Eine Verschlechterung für den zu erhebenden Patientenkreis kann ausgeschlossen werden. Nach dem Erhebungszeitraum können Patienten der Experimental-, wie auch der Kontrollgruppe an den Yogakursen teilnehmen.

Durch eine individuelle Codierung werden die Patientendaten anonymisiert und können im Nachhinein nicht zurückverfolgt werden. Die erhobenen Daten und Einwilligungserklärungen werden im Mitarbeiteraum der Station in einem abschließbaren Schrank gelagert. Die Patienten sind über die Studie, sowie über die freiwillige Teilnahme und den jederzeit möglichen Studienabbruch, aufgeklärt. Es liegen folglich keine ethischen Bedenken bezüglich der vorliegenden Untersuchung vor. Des Weiteren wurde der Studienplan zur ethischen Überprüfung bei der Ärztekammer eingereicht.

4.4 Erhebungsinstrumente

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Untersuchungsinstrumente vorgestellt, die im Rahmen der Datenerhebung verwandt wurden. Dabei handelt es sich sowohl um demographische als auch um klinische Daten.

4.4.1 Demographische Daten.

Informationen zu Alter, Geschlecht, Muttersprache, Staatsangehörigkeit, Familienstand, sowie zum höchsten erworbenen Schulabschluss, zum erlernten Beruf und zur aktuell ausgeübten Tätigkeit werden mit einem selbst zusammengestellten Fragebogen eingeholt (siehe Anhang B).

4.4.2 Klinischen Daten.

Um die Komplexität der Suchtproblematik abbilden zu können, werden sieben verschiedene Parameter untersucht. Die zu diesem Zweck verwendeten Fragebögen werden im Folgenden beschrieben.

4.4.2.1 *Alcohol Use Disorders Identification Test.*

Der Alcohol Use Disorders Identification Test, kurz AUDIT (Babor & Grant, 1989) fokussiert sich auf Alkoholkonsum, Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch. Der Screening Fragebogen enthält 10 Items, deren Bearbeitung ca. 2 Minuten dauert (siehe Anhang C). Die Konsumgewohnheiten des Patienten, sprich die Häufigkeit des Alkoholkonsums, die übliche Menge und das Binge-Drinking Verhalten, werden mit den ersten drei Items abgefragt. Diese Fragen werden als AUDIT-C zusammengefasst (C steht hierbei für *consumption*) und eignen sich auch ohne weitere Items als Screening Instrument (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn, & Bradley, 1998). Frage vier bis sechs erfassen die Abhängigkeitssymptome; Frage sieben bis zehn erfragen die Aspekte zum schädlichen Alkoholgebrauch. Jedes Item lässt sich mittels einer drei- bis fünfstufigen Antwortskala bewerten. Dabei kann ein Summenwert von null bis maximal 40 erreicht werden. Der WHO zufolge weisen bereits Werte ab 8 Punkten auf einen kritischen Konsum hin (ebd.).

Die zufriedenstellende Validität des AUDITs konnte bereits in mehreren Studien festgestellt werden (z.B. Rumpf, Hapke, Meyer & John, 2002), wobei ein

Unterschied zwischen Frauen und Männern diskutiert wird. Es liegen diesbezüglich jedoch noch keine eindeutigen Ergebnisse vor (Dybek, 2008). Auch die interne Konsistenz konnte mit einem moderaten Cronbach's Alpha von .75 gezeigt werden (Rumpf H.-J. , Hapke, Meyer, & John, 2002).

4.4.2.2 *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale.*

Die Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) von Miller und Tonigan (1996) erfasst mittels 19 Items das Ausmaß der Änderungsmotivation bezüglich des Alkoholkonsumverhaltens (siehe Anhang D). Dabei werden drei Subskalen unterschieden: *Problembewusstsein* (recognition), *Ambivalenz* (ambivalence), als Hinweis für das Abwägen zwischen Alkoholverzicht und -konsum und *konkrete Bemühungen* im Kampf gegen die Sucht (taking steps) (Gouzoulis-Mayfrank, et al., 2015). Die Subskalen, auch die der deutschen Version der SOCRATES, konnten in unterschiedlichen Studien repliziert werden (Isenhardt, 1994 oder Heidenreich, Fecht, & Hoyer, 2001a). Die interne Konsistenz über die ganze Skala liegt Miller und Tonigans Berechnungen zufolge bei Cronbach's Alpha .72. Die Subskalen variieren von .67 bis .90. Heidenreich und Kollegen (2001a) fanden in ihrer Untersuchung innere Konsistenzen von .84 (recognition), .58 (ambivalenz) und .72 (taking steps).

Es wird betont, dass die SOCRATES nicht alle möglichen Faktoren von Abstinenzmotivation abdecken kann, sondern vor allem Hinweise zur Anerkennung des Alkoholproblems, zur möglicherweise ambivalenten Haltung des Befragten und zu den ersten ergriffenen Maßnahmen gegen das Problem aufzeigen soll (Miller & Tonigan, 1996). Ein weiterer wichtiger motivationaler Faktor ist ihrer Meinung nach die Selbstwirksamkeit; diese wird in der vorliegenden Studie zusätzlich abgefragt (siehe Kapitel 4.4.2.3). Eine deutsche Version der SOCRATES ist bei Wetterling und Veltrup zu finden (1997, S. 71ff). Die Bearbeitung des Fragebogens dauert durchschnittlich sieben Minuten.

4.4.2.3 *Skala zur Erfassung der substanzbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung.*

Sack, Feldmann und Thomasius (2010) entwickelten aus der Skala zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; Schwarzer & Jerusalem, 1999) die Skala zur Erfassung der substanzbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung (SSWE). Da die Erhebung sich ausschließlich mit Alkoholmissbrauch beschäftigt, wurde der Originalwortlaut leicht modifiziert: So wurde aus dem Item 8 „Ich weiß, wie ich mich von Alkohol oder Drogen fernhalten kann“ die Auswahlmöglichkeit „oder Drogen“ herausgenommen (siehe Anhang E).

Beim SSWE handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren bestehend aus zehn vierstufigen Items. Die Fragen sollen erheben inwieweit der Patient seiner eigenen Kompetenz vertraut, Probleme adäquat zu lösen, Lebenskrisen zu meistern und dem Alkoholkonsum zu widerstehen. Es wird also die subjektive Überzeugung gemessen, ob und wie kritische Situationen bezüglich der Alkoholabstinenz bewältigt werden können. Bezüglich der internen Konsistenzen (Cronbach's Alpha) des SWE fanden Scholz, Gutiérrez-Doña, Sud und Schwarzer (2002) Werte, die im internationalen Vergleich zwischen .76 und .90 streuten, in den deutschen Erhebungen zwischen .80 und .90 (Cronbach's Alpha). Die Bearbeitungsdauer des SSWE beträgt circa drei Minuten.

4.4.2.4 *Mannheimer Craving Scale.*

Die Mannheimer Craving Scale (MaCS) erfasst das Ausmaß des Suchtdrucks (Nakovics, Diehl, Geiselhart, & Mann, 2009). Der Fragebogen besteht aus zwölf Items, mit fünf Antwortmöglichkeiten und vier Zusatzitems (siehe Anhang F). Dabei wird die gedankliche Beschäftigung mit Suchtmitteln, das Unvermögen, sich diesen Gedanken zu entziehen und der drohende Verhaltenskontrollverlust beleuchtet. Unter zwei Subskalen werden zum einen *zwanghafte kognitive Aspekte* (obsessive thoughts) und zum anderen *zwanghafte Verhaltens- und Motivationsaspekte* (compulsive behavior) abgefragt. In der vorliegenden Studie wurden die Zusatzitems zwar erhoben, wurden aber nicht in die Berechnung eingeschlossen.

Im Vergleich mehrerer Stichproben zeigte die MaCS stets interne Konsistenzwerte (Cronbach's Alpha) zwischen .85 und .95. Korrelationen der unterschiedlichen Skalen und Korrelationen mit anderen Instrumenten ergaben

verlässliche Werte (Nakovics, Diehl, Geiselhart, & Mann, 2009). Den Autoren zufolge ist der Fragebogen universell aufgebaut, einfach zu beantworten und daher im klinischen Kontext gut anwendbar. Die Bearbeitung der MaCS beträgt zwischen fünf und zehn Minuten.

4.4.2.5 *Beck-Depressions-Inventars.*

Das Beck-Depressions-Inventar-II (kurz BDI-II) ist eine von Hautzinger, Keller und Kühner (2006) entwickelte Revision des ursprünglichen BDI von Beck, Steer und Brown (1996). Es dient als Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrads einer depressiven Symptomatik. Dem Patienten werden 21 Kategorien mit je vier Antwortmöglichkeiten präsentiert (siehe Anhang G). Angekreuzt werden soll die Aussage, die am zutreffendsten für die letzten zwei Wochen gilt. Jede der 21 Gruppen enthält vier Kernaussagen. So können die Items direkt nach Schwere einsortiert werden: 0 = nicht vorhanden, 1 = leichte Ausprägung, 2 = mäßige Ausprägung, 3 = starke Ausprägung. Die Antworten werden mit null bis drei Punkten bewertet. Diese werden summiert und mit einem Punktesystem ausgewertet. Maximal kann ein Patient 63 Punkte erreichen. Der Cut-Off-Wert liegt bei 9 Punkten. Darüber gilt der Patient als auffällig. Für die deutsche Version konnte ein hohes Cronbach's Alpha ($\alpha = .93$) bei depressiven Patienten ermittelt werden. Die Retest-Reliabilität konnte anhand einer Gemeindestichprobe ermittelt werden und zeigte einen sehr guten Wert von $\alpha = .78$. Auch für die Validität konnten sehr hohe Übereinstimmungen zwischen der Selbstbeurteilung ($r = .72$ bis $r = .89$) und der Fremdbeurteilung ($r = .68$ bis $r = .70$) bestimmt werden. Die Fragebogenbearbeitung dauert ungefähr zehn Minuten.

4.4.2.6 *Befindlichkeits-Skala.*

Die von von Zerssen und Petermann (2011) entwickelte Befindlichkeits-Skala (Bf-SR) erfasst die aktuelle psychische Befindlichkeit. Der Fragebogen bietet 24 gegensätzliche Eigenschafts-Wortpaare, zwischen denen der Patient wählen soll und somit seine subjektive Befindlichkeit darlegt (siehe Anhang H). Als dritte Antwortoption kann außerdem „weder noch“ gewählt werden. Dem positiven Pol werden null Punkte, dem negativen Pol zwei Punkte und dem Indifferenzpunkt ein Punkt zugeordnet. Die Summe der Punktwerte bildet den Testscore. Es wird

ein breites Spektrum von normalen bis pathologischen Veränderungen des Wohlbefindens abgebildet. Befinden ist im Gegensatz zu Beschwerde kein zeitlich stabiler Faktor, sondern ein aktueller Zustand (Schmidt, Petermann, Beutel, & Brähler, 2011). Schmidt und Kollegen gehen von hohen prädiktiven Eigenschaften der Bf-SR aus (2011). In der Normierungsstichprobe fanden sich für den Bf-SR eine Reliabilität von $\alpha = .93$ und eine Retest-Reliabilität von $\alpha = .83$ (von Zerssen & Petermann, 2011). Die Bearbeitungszeit beträgt circa fünf Minuten.

4.4.2.7 *Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit.*

Der Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (Kurzversion; FFA kurz) von Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, Grossman und Schmidt (Walach, et al., 2004) misst mittels 14 Items das individuelle Ausmaß des Achtsamkeitsempfinden (Siehe Anhang I). Folgende Achtsamkeitskonstrukte werden erhoben: Aufmerksamkeit, Urteilslosigkeit, Gegenwärtigkeit, Nicht-Identifikation, Prozesshaftigkeit, Neutralität, Akzeptanz, Ganzheitlichkeit, Nicht-Oberflächlichkeit, Absichtslosigkeit, einsichtsvolles Verstehen, Anfängergeist und abnehmende Reaktivität. Mit der Kurzversion des FFAs kann so der Kern des Achtsamkeitsgedankens, unabhängig von praktischen oder theoretischen Vorkenntnissen zur Achtsamkeit erfasst werden (Walach et al., 2004). Über die Gesamtskala konnte eine gute interne Konsistenz festgestellt werden ($\alpha = .79 - .86$). Heidenreich, Ströhle und Michalak bestätigten ebenfalls die Validität des FFA (2006). Die Dauer der Fragebogenbearbeitung beträgt durchschnittlich sieben Minuten.

5 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die ausgewählten statistischen Verfahren zur Datenanalyse vorgestellt und deren methodischen Voraussetzungen überprüft. Es werden sowohl deskriptive als auch stochastische Analysen durchgeführt. Danach werden die oben aufgeführten Fragestellungen statistisch überprüft.

5.1 Deskriptive Kennwerte

Die Probanden der Experimentalgruppe (EG) unterschieden sich hinsichtlich demographischer Daten nicht signifikant von den Patienten der Kontrollgruppe (KG). Die Zusammensetzung der Stichprobe nach soziodemographischen Merkmalen ist in Kapitel 4.2.3 beschrieben und in Tabelle 5 nochmals zusammengefasst.

Tabelle 5

Deskriptive Beschreibung der Stichprobe

	Experimentalgruppe		Kontrollgruppe		Gesamtheit	
	Häufigkeit N = 9	Prozent	Häufigkeit N = 12	Prozent	Häufigkeit N = 21	Prozent
Geschlecht						
männlich	<i>n</i> = 7	77.8 %	<i>n</i> = 9	75 %	<i>N</i>	76.2 %
weiblich	<i>n</i> = 2	22.2 %	<i>n</i> = 3	25 %	<i>n</i> = 16 <i>n</i> = 5	23.8 %
Abschluss						
Hauptschule	<i>n</i> = 4	44.4 %	<i>n</i> = 7	58.3 %	<i>n</i> = 11	52.4 %
Realschule	<i>n</i> = 2	22.2 %	<i>n</i> = 2	16.7 %	<i>n</i> = 4	19.0 %
(Fach-)Abitur	<i>n</i> = 2	22.2 %	<i>n</i> = 3	25.0 %	<i>n</i> = 5	23.8 %
Hochschule	<i>n</i> = 1	11.1 %	-	-	<i>n</i> = 1	4.8 %
Familienstand						
Ledig	<i>n</i> = 6	66.7 %	<i>n</i> = 6	50.0 %	<i>n</i> = 12	57.1 %
Geschieden	<i>n</i> = 2	11.1 %	<i>n</i> = 6	50.0 %	<i>n</i> = 8	38.1 %
Verwitwet	<i>n</i> = 1	22.2 %	-	-	<i>n</i> = 1	4.8 %
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter	47.22	12.19	46.75	5.85	46.96	8.85
	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
	33	64	40	60	33	64

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Min = niedrigstes Alter; Max = höchstes Alter

5.2 Überprüfung der Voraussetzung für statistische Tests

Da in der vorliegenden Studie der Stichprobenumfang sehr klein ausfällt, wird davon ausgegangen, dass die Voraussetzungen für parametrische Tests nicht erfüllt sind. Ein T-Test ist zwar relativ robust gegenüber den Verletzungen, wurde aber wegen des geringen Stichprobenumfangs durch den Mann-Whitney-Test und den Wilcoxon-Test ersetzt. Diese Testverfahren sind verteilungsfrei (Bortz & Schuster, 2010).

5.3 Statistische Analyse

Die Fragebogendaten wurden manuell in die Statistik-Software SPSS® (IBM SPSS®, Version 23) eingegeben, welche allen folgenden statistischen Berechnungen diene. Fehlende Werte wurden von der Analyse ausgeschlossen und mit 99 „missing value“ in SPSS® codiert.

Zur Überprüfung der in Kapitel 3 aufgeführten Hypothesen wurden der Wilcoxon-Test und der Mann-Whitney-Test herangezogen. Der Wilcoxon-Test gibt den Mittelwertsunterschied für abhängige Stichproben an. Er testet, ob die zentralen Tendenzen zweier verbundener Stichproben verschieden sind. In der vorliegenden Studie werden die Mittelwerte der Ergebnisse aus der Prä- und Posterhebung innerhalb der jeweiligen Gruppe (Experimental- oder Kontrollgruppe) verglichen. Hingegen untersucht der Mann-Whitney-Test die Mittelwertsunterschiede für unabhängige Stichproben. Es werden folglich die verschiedenen Skalenergebnisse der Experimentalgruppe mit denen der Kontrollgruppe verglichen, jeweils aus der Prä- und Posterhebung. So kann außerdem überprüft werden, ob die Gruppen bereits zum ersten Messzeitpunkt Unterschiede aufweisen oder ob sie vergleichbar sind. Für die Überprüfung der einzelnen Hypothesen wurde ein Signifikanzniveau von $p = 0.05$ beziehungsweise $z = \pm 1.96$ festgelegt.

Ist ein Testergebnis statistisch signifikant, muss überprüft werden wie groß der Effekt ist. Dies kann anhand des Korrelationskoeffizienten nach Pearson abgelesen werden (Bortz & Schuster, 2010). Dieser errechnet sich aus dem z-Wert dividiert durch die Wurzel der Fallzahlen ($r = \frac{z}{\sqrt{n}}$). Folgende Werte können zur Interpretation genutzt werden: Ein Wert von $r = .10$ deutet auf einen kleinen Effekt hin, $r = .25$ auf einen mittelgroßen Effekt und $r = .40$ kann als großer Effekt

interpretiert werden (Bortz & Schuster, 2010, S. 165). In Tabelle 6 sind die Ergebnisse der Gruppenvergleiche jeweils in Prä- und Posterhebung aufgeführt.

Tabelle 6

Mann-Whitney-Test: Vergleich der Gruppen zum Messzeitpunkt t1 und t2

Prä (t1)					Post (t2)			
	KG n = 12	EG n = 9	p	z	KG n = 12	EG n = 9	p	z
Bf-SR	32.58	19.89	.03*	-2.13*	14.92	15.44	.83	-.21
BDI-II	24.50	23.78	.78	-.29	14.42	13.67	.86	-.18
SSWE	29.92	29.89	.97	-.04	31.92	30	.89	-.18
AUDIT	31.00	27.44	.41	-.82	29.75	26.86	.5	-.68
SOCRATES	37.42	39.11	.86	-.18	33.50	33	.49	-.7
FFA	29.92	28.22	.83	-.21	33.75	34.56	.83	-.21
MACS	31.83	33.37	.76	-.31	25.25	26.38	.67	-.31

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = asymptotische Signifikanz (2-seitig), * = $p < .05$

Abbildung 4. Gruppenunterschiede in der Skala Befindlichkeit.

Dabei wird ersichtlich, dass es bei der Skala Befindlichkeit (Bf-SR) zum ersten Messzeitpunkt einen signifikanten Unterschied zwischen Kontrollgruppe ($M = 32.58$; $SD = 10.7$) und Experimentalgruppe ($M = 19.89$; $SD = 13.47$; $p = .03$; $z = -2.13$) gibt. Veranschaulicht werden diese Ergebnisse in Abbildung 4.

5.4 Hypothesenüberprüfung

Im Folgenden werden die einzelnen Hypothesen auf ihre Gültigkeit geprüft. Verwendet wurde der Wilcoxon-Test zum Vergleich der Ergebnisse des ersten

Messzeitpunkt mit denen des zweiten Messzeitpunkts innerhalb der jeweiligen Gruppe, sowie der Mann-Whitney-Test zum Gruppenvergleich. Alle relevanten Daten der Kontrollgruppe sind in Tabelle 7 und der Experimentalgruppe in Tabelle 8 zusammengefasst. Möchte man die Rangplatzierung in den einzelnen Variablen überprüfen, finden sich in Anhang J und K die jeweiligen Rangplätze der Gruppen und die Teststatistik des U-Tests.

Tabelle 7

Wilcoxon-Test: Vergleich von Messzeitpunkt t1 und t2 innerhalb der Kontrollgruppe

	Kontroll gruppe					
	Prä (t1)		Post (t2)			
	M	SD	M	SD	p	z
Bf-SR	32.58	10.69	14.92	14.24	.006*	-2.75
BDI-II	24.5	9.99	14.42	10.89	.004*	-2.85
SSWE	29.92	5.42	31.92	5.9	.17	-1.38
AUDIT	31	13.52	29.75	9.36	.72	-.36
SOCRATES	37.42	13.88	33.5	16.25	.05	-1.96
FFA	29.92	5.63	33.75	6.65	.08	-1.73
MACS	31.83	7.88	25.25	6.45	.02*	-2.27

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = asymptotische Signifikanz (2-seitig), * = $p < .05$

Tabelle 8

Wilcoxon-Test: Vergleich von Messzeitpunkt t1 und t2 innerhalb der Experimentalgruppe

	Yogagruppe					
	Prä (t1)		Post (t2)		p	z
	M	SD	M	SD		
Bf-SR	19.89	13.47	15.44	12.33	.36	-.911
BDI-II	23.78	12.71	13.67	9.19	.015*	-2.44
SSWE	29.89	5.58	30	10.75	.17	-1.37
AUDIT	30.14	7.01	25.86	11.22	.5	-.67
SOCRATES	40.63	20.13	33	7.9	.18	-1.33
FFA	28.22	12.16	34.56	9.66	.021*	-2.31
MACS	33.38	8.43	26.38	7.31	.021*	-2.31

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = asymptotische Signifikanz (2-seitig), * = $p < .05$

Hypothesen zu Substanzkonsum

Das Ausmaß des Substanzkonsums der Experimentalgruppe ($M = 30.14$; $SD = 7.01$) unterscheidet sich beim ersten Erhebungszeitpunkt nicht von dem der Kontrollgruppe ($M = 31$; $SD = 13.52$; $p = .41$; $z = -.82$). Auch bei der zweiten Erhebung konnten keine signifikanten Unterschiede ($p = .5$; $z = -.68$) zwischen KG ($M = 29.75$; $SD = 9.36$) und EG ($M = 25.86$; $SD = 11.22$) festgestellt werden. Es gibt weder signifikanten Unterschiede zwischen t1 und t2 innerhalb der Kontrollgruppe ($p = .72$; $z = -.36$) noch innerhalb der Experimentalgruppe ($p = .5$; $z = -.67$).

Hypothesen zu Änderungsmotivation

Bei der Kontrollgruppe konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen dem ersten Erhebungszeitpunkt ($M = 37.42$; $SD = 13.88$) und dem zweiten Erhebungszeitpunkt ($M = 33.5$; $SD = 16.25$; $p = .05$; $z = -1.96$) festgestellt werden. In der Experimentalgruppe konnte kein signifikanter Unterschied ($p = .18$; $z = -1.33$) zwischen Prä ($M = 40.63$; $SD = 20.13$) und Post ($M = 33.00$; $SD = 7.05$) verzeichnet werden. Es gab weder Gruppenunterschiede beim ersten Messzeitpunkt ($p = .86$; $z = -.18$) noch beim zweiten ($p = .49$; $z = -.68$).

Hypothesen zu Selbstwirksamkeitserwartung

Innerhalb der Kontrollgruppe ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen dem ersten ($M = 29.92$; $SD = 5.42$) und dem zweiten Messzeitpunkt ($M = 31.92$; $SD = 5.9$; $p = .17$; $z = -1.38$) bezüglich der Selbstwirksamkeitserwartung. Genauso wenig zeigte sich eine Veränderung der Selbstwirksamkeit vom ersten Messzeitpunkt ($M = 29.89$; $SD = 5.58$) zum zweiten ($M = 30$; $SD = 10.75$; $p = .17$; $z = -1.37$) innerhalb der EG. Gruppenunterschiede konnten weder bei t1 ($p = .97$; $z = -.04$) noch bei t2 ($p = .88$; $z = -.18$) gefunden werden.

Hypothesen zu Suchtdruck

Es konnte gezeigt werden, dass innerhalb der Kontrollgruppe die Werte der Mannheimer Craving Scale zum ersten Messzeitpunkt ($M = 31.83$; $SD = 7.88$)

signifikant größer waren als zum zweiten Messzeitpunkt ($M = 25.25$; $SD = 6.45$; $p = .02$; $z = -2.27$). Der Effekt liegt bei $r = .66$ und kann als groß angesehen werden. Ein signifikanter Unterschied ($p = .02$; $z = -2.31$) bezüglich des Suchtdrucks konnte auch innerhalb der Experimentalgruppe zwischen t1 ($M = 33.38$; $SD = 8.43$) und t2 ($M = 26.38$; $SD = 7.31$) festgestellt werden. Auch hier wurden die Werte von t1 zu t2 kleiner. Es ist ein großer Effekt zu verzeichnen ($r = .77$). Einen Unterschied zwischen KG und EG beim ersten Erhebungszeitpunkt ($p = .76$; $z = -.31$) sowie beim zweiten Messzeitpunkt ($p = .67$; $z = -.43$) gab es nicht.

Hypothesen zu depressiver Symptomatik

Bezüglich der subjektiv empfundenen Depressivität der Kontrollgruppe konnten signifikante Veränderungen über die Zeit festgestellt werden (t1: $M = 24.5$; $SD = 10$; t2: $M = 4.42$; $SD = 10.9$; $p = .004$; $z = -2.85$). Die Effektgröße ist mit $r = .82$ groß. Genauso konnte bei der Experimentalgruppe eine signifikante Veränderung ($p = .015$; $z = -2.44$) vom ersten Messzeitpunkt ($M = 23.78$; $SD = 12.71$) zum zweiten Messzeitpunkt ($M = 13.67$; $SD = 9.19$) festgestellt werden. Die Effektgröße ist etwas größer als bei der Kontrollgruppe ($r = .81$). Zwischen den Gruppen gibt es weder bei Prä noch bei Post signifikante Unterschiede bezüglich der Depressivität (t1: $p = .78$; $z = -.29$; t2: $p = .86$; $z = -.18$).

Hypothesen zu Befindlichkeit

Innerhalb der Kontrollgruppe ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen dem ersten ($M = 32.58$; $SD = 10.69$) und dem zweiten Messzeitpunkt ($M = 14.92$; $SD = 14.24$; $p = .006$; $z = -2.75$) bezüglich der Befindlichkeit. In der Experimentalgruppe zeigte sich keine Veränderung der Befindlichkeit vom ersten Messzeitpunkt ($M = 19.89$; $SD = 13.47$) zum zweiten ($M = 15.44$; $SD = 12.33$; $p = .36$; $z = -.91$) innerhalb der EG. Es konnten signifikante Gruppenunterschiede beim ersten Messzeitpunkt festgestellt werden ($p = .03$; $z = -2.13$), jedoch nicht beim zweiten ($p = .83$; $z = -.21$) gefunden werden.

Hypothesen zu Achtsamkeitsempfinden

Ein signifikanter Unterschied bezüglich des Achtsamkeitsempfinden konnte innerhalb der Kontrollgruppe zwischen t1 ($M = 29.92$; $SD = 5.63$) und t2 ($M = 3.75$; $SD = 6.65$; $p = .08$; $z = -1.73$) nicht festgestellt werden.

Hingegen konnte gezeigt werden, dass innerhalb der Experimentalgruppe die Werte des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit vom ersten Messzeitpunkt ($M = 28.22$; $SD = 12.16$) zum zweiten Messzeitpunkt ($M = 34.56$; $SD = 9.66$) signifikant stiegen ($p = .02$; $z = -2.31$). Der Effekt liegt bei $r = .77$ und kann als groß angesehen werden. Ein signifikanter Unterschied zwischen KG und EG beim ersten Erhebungszeitpunkt ($p = .83$; $z = -.21$) sowie beim zweiten Messzeitpunkt ($p = .83$; $z = -.21$) konnte nicht gefunden werden.

6 Diskussion

Im Rahmen der Diskussion werden die zentralen Resultate der vorliegenden Arbeit interpretiert und diskutiert. Dabei wird zunächst auf die Ergebnisse der Berechnungen und dann auf die zugrunde liegenden Methoden und Limitationen eingegangen.

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Während die Wirksamkeit klassischer Entzugstherapien längst nachgewiesen werden konnte, sind die Auswirkungen von therapeutischem Yoga auf die Alkoholabhängigkeit erst in den letzten Jahren diskutiert worden. Das Anliegen der vorliegenden Studie war es, die Effekte des zusätzlich zum stationären Entwöhnungsprogramms angebotenen Kundalini Yogakurses auf Patienten mit Alkoholabhängigkeit zu untersuchen. Die Ergebnisse zeigen, dass die konventionelle Entzugstherapie nach drei Wochen positive Effekte auf Befindlichkeit, Depressivität und Suchtdruck erzielt. Die zusätzliche Yoga-Intervention verbessert sowohl die depressive Symptomatik als auch den subjektiv empfundenen Suchtdruck und erhöht darüber hinaus die Achtsamkeit der Patienten. Im Folgenden sollen die Ergebnisse zu den einzelnen Hypothesen diskutiert werden.

6.1.1 Alkoholkonsum.

Die Hypothese, dass sich der Alkoholkonsum nicht über den Erhebungszeitraum verändern wird, wurde bestätigt. Weder die Kontrollgruppe noch die Experimentalgruppe zeigten Veränderungen über die Zeit. Da die Probanden sich in stationärer Behandlung befanden, ist es offensichtlich, dass kein Konsum stattfinden konnte.

6.1.2 Änderungsmotivation.

Die Hypothese, dass sich die Experimentalgruppe von der Kontrollgruppe im Ausmaß der Änderungsmotivation in Hinblick auf die Zeit unterscheidet, muss verworfen werden. Es konnten keine signifikanten Veränderungen der Änderungsmotivation erreicht werden, weder durch TAU noch durch die Yoga-Intervention. Sieht man von der fehlenden Signifikanz ab, zeigt sich, dass in beiden Gruppen die Skalenwerte gesunken sind, was auf eine höhere Änderungsmotivation hinweisen könnte.

Weithmann, Hoffmann und Göttle (2005) sind der Meinung, dass die Differenzierungsfähigkeit der SOCRATES gerade im stationären Bereich unzureichend ist. Sie gehen davon aus, dass sich die meisten Patienten gerade zu Beginn einer Therapie als sehr änderungsbereit beschreiben. Im Zuge der Therapie kann es daher zu massiven Schwankungen der erhobenen Motivation kommen, die nicht durch ein Treatment, sondern durch eine fehlerhafte Selbsteinschätzung zustande kommen. Weithmann und Kollegen konnten diese Theorie stützen, indem sie zeigten, dass die Selbsteinschätzung bezüglich der Änderungsmotivation stark von der Fremdbeurteilung des Therapeuten abweicht. Es wäre interessant herauszufinden, inwieweit sich die Motivation der alkoholabhängigen Patienten tatsächlich über den besagten Zeitraum verändert. Eine engmaschigere Befragung könnte sich als aufschlussreich erweisen.

6.1.3 Selbstwirksamkeit.

Der Effekt von Yoga auf die Selbstwirksamkeit, der bereits in der Literatur bewiesen wurde (Brandt, 2004), konnte in dieser Arbeit nicht repliziert werden. Weder durch die Ergebnisse der Kontrollgruppe, noch durch die der Experimentalgruppe kann von signifikanten Veränderungen berichtet werden.

Dabei wurde in der vorliegenden Studie nicht die Skala zur Erfassung der *allgemeinen* Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1999) herangezogen, sondern die Skala zur Erfassung der *substanzbezogenen* Selbstwirksamkeitserwartung (SSWE) von Sack, Feldmann und Thomasius (2010). Es ist zu beachten, dass die Validierung dieses Fragebogens mit einer Stichprobe von 13 bis 33 jährigen Probanden erfolgte (Sack, Feldmann, & Thomasius, 2010). In der vorliegenden Arbeit ist der jüngste Proband 33 und der älteste 64 Jahre alt. Es müsste überprüft werden, ob tatsächlich keine Effekte über den Erhebungszeitraum auftraten oder der Fragebogen für die erhobene Stichprobe inadäquat ist. Brandt (2004) verwendete zum Nachweis der Beeinflussung der Selbstwirksamkeit den *Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung* (FKK) und konnte damit einen Anstieg durch einen vierwöchigen Yogakurs aufzeigen.

6.1.4 Suchtdruck.

Die Hypothese, dass sich der Suchtdruck der Patienten durch Yoga stärker verändert als durch das treatment as usual, konnte nicht bestätigt werden. Trotzdem ist zu beachten, dass beide Gruppen signifikante Verbesserungen auf der Skala Suchtdruck erzielten. Diese Ergebnisse widersprechen der Annahme von Bowen und Kollegen (2009), dass achtsamkeitsbasierte Therapien eine Reduktion von Craving bewirken können. Anzumerken ist, dass während der Fragebogenstunde, die für die Erhebung eingerichtet wurde, sehr häufig Nachfragen zur Mannheimer Craving Scale aufkamen. Der Fragebogen könnte demzufolge für Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit und den daraus resultierenden kognitiven Folgeschäden zu anspruchsvoll sein. Die explizite Messung des Suchtdrucks könnte dadurch beeinträchtigt worden sein.

6.1.5 Depressive Symptomatik.

Da die Werte des BDI-II bei beiden Gruppen signifikant gesunken sind, kann davon ausgegangen werden, dass sich die depressive Symptomatik der Probanden beider Gruppen nach drei Wochen reduziert hat. Die Hypothese, dass die Experimentalgruppe eine größere Veränderung erreicht als die Kontrollgruppe, konnte nicht belegt werden. Der Schluss liegt nahe, dass Yoga keinen Effekt auf

die depressive Symptomatik von Alkoholabhängigen hat, im Verhältnis zum treatment as usual. Diese Ergebnisse decken sich nicht mit den Befunden von Marefat, Peymanzad und Alokhaejeh (2011), die die Überlegenheit von Yoga gegenüber einer Standardentzugsbehandlung belegten. Allerdings nahmen die Patienten dabei über einen Zeitraum von fünf Wochen mit drei wöchentlichen Sitzungen, teil. Die kurzweilige, wie auch niederfrequente Yoga-Intervention der vorliegenden Studie wirkt sich wahrscheinlich negativ auf die Effektstärke aus und wird im Abschnitt 6.2 erläutert.

6.1.6 Befindlichkeit.

Die Werte der Kontrollgruppe in der Befindlichkeits-Skala sind zum ersten Erhebungszeitpunkt signifikant höher als die der Experimentalgruppe. Das deutet darauf hin, dass es den Patienten der Kontrollgruppe schon zu Beginn der Erhebung signifikant schlechter ging als den Patienten der Experimentalgruppe. Die Kontrollgruppe zeigte eine signifikante Verbesserung der Befindlichkeit über den Erhebungszeitraum. Diese signifikante Verbesserung konnte in der Experimentalgruppe nicht nachgewiesen werden. Der Gruppenunterschied war beim zweiten Messzeitpunkt nicht mehr gegeben. Interpretiert werden könnten diese Ergebnisse dahingehend, dass Kundalini Yoga die Befindlichkeit negativ beeinflusst oder zumindest die positiven Effekte der standardisierten Entzugsbehandlung hemmt. Naheliegender ist allerdings, dass diese Resultate auf die unterschiedlich hohen Ausgangswerte des ersten Messzeitpunkts zurückzuführen sind. Diese Interpretationsmöglichkeit wird durch Netz und Lidor (2003) gestützt, die zeigen konnten, dass schon nach einer einmaligen Yogastunde die Befindlichkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe, die eine Alternativtherapie erhielten, verbessert wurde. Dass diese Effekte in der vorliegenden Studie nicht repliziert werden konnten, liegt vermutlich an den unten aufgeführten Limitationen (Abschnitt 6.2).

6.1.7 Achtsamkeit.

Die Werte des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit stiegen in der Yogagruppe über die beiden Messzeitpunkte signifikant an. Dieser Effekt konnte innerhalb der Kontrollgruppe nicht erzielt werden; tendenziell stiegen jedoch auch

hier die Werte. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass bereits nach sechs einstündigen Yogakursen die subjektiv empfundene Achtsamkeit gesteigert werden kann. Wie auf Seite 26 bereits erwähnt, kann eine achtsame Haltung positive Effekte auf Suchtpatienten haben. Auch in den S3-Leitlinien wird Achtsamkeit als erstrebenswertes Ziel innerhalb der Entzugsbehandlung angesehen (AWMF, 2016).

Der Gruppenunterschied war jedoch weder im ersten noch im zweiten Messzeitpunkt signifikant verschieden. Erklärt werden kann dieses Ergebnis durch folgenden Umstand: Wenn die Stichprobengröße der beobachteten Gruppen variieren, verliert der Mann-Whitney-U-Test an Schärfe und darüber hinaus an Validität, wenn die kleinere Stichprobe mehr streut als die größere (Bortz & Lienert, 2008). Dieser Umstand ist auch in der vorliegenden Studie zu beobachten: Die Yogagruppe ($n = 9$) streut in den Ergebnissen des FFA stärker als die Kontrollgruppe ($n = 12$).

6.2 Diskussion der Methode

Die vorliegende Untersuchung hat einige Limitationen zu verzeichnen. Im folgenden werden diese näher erläutert.

Die angebotene Yogaintervention war mit drei Wochen sehr kurz bemessen, um valide Ergebnisse zu erzielen. Interessant wären die Ergebnisse nach einem längeren Übungszeitraum. Dies war jedoch nicht möglich, da es sich ohnehin schwierig gestaltete, Patienten zu rekrutieren, die mindestens drei Wochen auf Station blieben. Ein Großteil der Patienten wurde schon nach zehn Tagen entlassen oder verlegt. Um einen längeren Erhebungszeitraum zu schaffen, könnte man den Yogakurs ambulant anbieten und zwar über die Entzugsbehandlung hinaus. Dies jedoch würde nur bei einer hohen Compliance und guter Erreichbarkeit des Kursgeschehens funktionieren. Es wäre auch eine Überlegung wert, den Patienten dazu anzuhalten, Yoga selbständig zu Hause zu praktizieren. Unterstützend könnte ein e-Kurs via Laptop dienen, bei dem die Übungen gezeigt und die regelmäßige Teilnahme dokumentiert werden könnte. Um die Kontrolle der tatsächlichen Teilnahme zu gewährleisten, würde es sich auch anbieten, die Kurse als Skype-Konferenz zu gestalten. Zwar wäre der Patient an einen bestimmten Termin gebunden, es würde aber die Möglichkeit entstehen,

Fragen zu stellen, Korrekturen zu erfahren und generell in Interaktion mit dem Yogalehrer zu treten.

Nicht nur der Interventionszeitraum, sondern auch die Probandenzahl könnte nicht ausreichend groß gewesen sein, um differenzierte Ergebnisse zu erzielen. Die Stichprobengröße minimierte sich neben Stationsverlegung, Suizidversuchen, etc. vor allem durch Therapieabbrüche. Generell ist eine hohe Drop-Out-Rate bei der Behandlung von Suchtpatienten ein erhebliches Problem (Braune, Schröder, Gruschka, Daecke, & Pantel, 2008), welches in der vorliegenden Studie nicht ausreichend einkalkuliert wurde.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass die Versuchspersonen oft wenig motiviert waren, an Behandlungsmaßnahmen teilzunehmen. Insbesondere der Yogakurs stieß bei einigen Probanden auf wenig Interesse. Es stellt sich die Frage, ob dies generell an der Motivationslosigkeit von Alkoholsuchtpatienten lag oder ob Yoga generell vorurteilsbehaftet ist. Vielleicht ist die spirituelle Komponente, die Yoga meist beinhaltet, für einige Patienten abschreckend. Voreingenommenheit der Probanden gegenüber einem Therapieverfahren ist eine Einschränkung, die zusätzliche Motivationsarbeit erfordert.

Aufgrund des Studiendesigns und der Kooperation mit der Asklepius Klinik, war es nicht möglich, eine Blindstudie durchzuführen. Dadurch konnten Störfaktoren wie eine bestimmte Erwartungshaltung oder mögliche Skepsis nicht gänzlich vermieden werden. Darüber hinaus waren die Patienten teilweise entweder enttäuscht, dass sie nicht sofort an den Yogaeinheiten teilnehmen konnten. Erst nach dem dreiwöchigen Erhebungszeitraum konnte jeder Patient partizipieren. Manche Patienten waren jedoch negativ gestimmt, dass sie am Yogakurs teilnehmen *sollten*. An dieser Stelle soll nochmals betont werden, dass die Studienteilnahme auf Freiwilligkeit basierte. Durch diese Umstände könnte es zu einer ungünstigen Dynamik gekommen sein, die sich auch auf die Bereitschaft der Fragebogenbearbeitung und Partizipation der Yogastunden ausgewirkt haben könnte. Dies könnte auch einen Effekt auf die Therapieerfolge bedeuten.

Die meisten Studien mit ähnlichem Forschungsinteresse wurden in Indien durchgeführt. Die dortigen Probanden haben ein besseres Verständnis und zeigen daher eine höhere Akzeptanz für Yoga als therapeutische Intervention. Es wäre interessant herauszufinden, ob eine spirituelle Auslegung von Yoga oder eine eher säkularisierte, kulturnahe Form bessere Effekte erzielen kann.

Die vorliegende Studie erstreckte sich nur über einen sehr begrenzten Zeitraum, in dem nur wenige Yogastunden angeboten werden konnten. Möglicherweise sind sechs Yogaeinheiten zu wenig, um messbare Effekte zu erzielen. Außerdem konnte bei der vorliegenden Studie aus zeitlichen Einschränkungen keine Follow-up-Erhebung durchgeführt werden. Für die Zukunft wäre es interessant zu erforschen, wie lange die Effekte von Yoga anhalten und ob die Abstinenzphase der Patienten verlängert werden kann.

Die Ersterkrankung an Alkoholabhängigkeit liegt im allgemeinen zwischen dem 17. und 22. Lebensjahr. Im Klinikalltag sind jedoch Menschen mit höherem Alter anzutreffen (siehe Kapitel 5.1). Es wäre interessant, die Wirkung von Yoga auf jüngere Patienten zu erforschen. Möglicherweise sind sie gegenüber alternativen Verfahren aufgeschlossener. Außerdem könnte es sein, dass ein niederschwelliges Verfahren wie Yoga, eher einen Einfluss auf eine beginnende Alkoholabhängigkeit zeigt als auf ältere Patienten; insbesondere auf solche mit langjähriger Suchtgeschichte, mehreren Rückfällen sowie kognitiven Einbußen und anderen alkoholbedingten Schädigungen.

Des Weiteren ist zu vermerken, dass es ein Ungleichgewicht zwischen Männern und Frauen innerhalb der Stichprobe gab. Es wurden insgesamt 76.2% Männer und 23.8% Frauen untersucht. Die Geschlechterverteilung innerhalb der Gruppen waren dementsprechend. Das Übergewicht an männlichen Probanden spiegelt den Umstand wieder, dass Männer häufiger eine Alkoholabhängigkeit entwickeln als Frauen (Franke, 2005). Zhou und Kollegen (Zhou, Zhao, Zhou, & Li, 2016) untersuchten Geschlechtsunterschiede in der Effektivität von körperbezogenen Interventionen bei Suchtpatienten. Dabei implizieren ihre Ergebnisse, dass Frauen mehr von *body-mind* Übungen, wie beispielsweise Tai Chi, Qi Gong oder Yoga, profitieren als Männer. Diese Befunde könnten ebenfalls erklären, warum in der vorliegenden Studie nur wenige signifikante Ergebnisse gezeigt werden konnten.

7 Fazit & Ausblick

Vergleicht man die ersten Publikationen zur Wirksamkeit von Yoga mit der aktuellen Yoga-Forschung, so fällt auf, dass die Limitationen oftmals die gleichen geblieben sind: Es mangelt an randomisierten und kontrollierten Studien, die

Stichprobengröße ist häufig unzureichend, Interventionen unterscheiden sich stark in Frequenz und Form, etc. (Field T. , 2016). Diese Erkenntnis zeigt, dass es sich schwierig gestaltet qualitative Nachweise der Wirksamkeit von Yoga zu erbringen, ohne wissenschaftlichen Standards zu verletzen. Auch in der vorliegenden Studie mussten einige Limitationen verzeichnet werden. Zu nennen ist insbesondere die geringe Stichprobenzahl, die sich durch die unvorhergesehen hohe Drop-Out-Rate ergeben hat. Diese bedingt und beeinflusst die Validität und Teststärke enorm. In zukünftigen Forschungsarbeiten über die Auswirkung von Yoga sollte dieses Risiko besser einkalkuliert und Stichprobengrößen großzügig geplant werden.

Des Weiteren könnten längere Untersuchungsreihen geplant werden, um die Effekte von Yoga auf Alkoholsuchtpatienten genauer erheben zu können. Hierbei ist anzumerken, dass gerade im Bereich der Entzugsbehandlung, stationäre Aufenthalte von maximal drei Wochen keine Seltenheit sind und das Studiendesign der vorliegenden Arbeit an diesem Umstand orientiert hat. Eine Option wäre es, zu testen, ob eine dreiwöchige Yoga-Intervention mit einer höheren Wochenstundenzahl deutlichere Ergebnisse zeigen würde. Ob Yoga in der vorliegenden Studie langfristige und/oder stabilere Effekte als TAU bewirken kann, könnte als Follow-Up-Erhebung, Gegenstand einer weiteren Masterarbeit sein.

Es wäre außerdem interessant, den geschlechtsspezifischen Unterschieden der Yoga-Wirkung nachzugehen, um für jeden Patienten ein adäquates und individuell angepasstes Behandlungsangebot bereitstellen zu können.

Abgesehen von geschlechtsspezifischen Unterschieden wurde herausgefunden, dass Yoga gleich gute Effekte auf den Alkoholkonsum starker Trinker hat wie andere sportliche Aktivitäten (Murphy, Pagano, & Marlatt, 1986). Starke körperliche Belastung wie zum Beispiel Joggen, würde jedoch viele Patienten mit Alkoholabhängigkeit überfordern, da sie häufig an schweren alkoholbedingten Folgekrankheiten leiden. Yoga stellt eine schonende Alternative dar, die für jede körperliche Konstitution geeignet und daher anderen Sportarten vorzuziehen ist.

Yoga besteht aus unterschiedlichen Übungen von Körperhaltungen, Atmung, Meditation und einer achtsamen inneren Haltung. Hieraus ergeben sich folgende Forschungsfragen: Wie lassen sich diese einzelnen Komponenten auseinander dividieren? Wirkt jeder Aspekt für sich alleine oder alle gemeinsam?

Potenziert sich der Effekt durch ein gemeinsames Zusammenspiel? Von welchen Aspekten profitieren Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit am meisten? So könnte man aufgrund der vorliegenden Arbeit zu dem Entschluss kommen, dass es zwar erfreulich ist, dass Kundalini Yoga die Achtsamkeit der Patienten steigert, Yoga als therapeutische Intervention jedoch genauso gut durch achtsamkeitsbasierte Verfahren ersetzt werden könnte. Diese stoßen möglicherweise auf weniger Widerstand und sind auch ohne Anleitung für den Patienten besser in den Alltag zu integrieren. Zwar propagieren Khanna und Greeson (2013, S. 249), dass erst das Zusammenwirken aller Komponente zu einer optimalen Wirkweise führt; wissenschaftliche Belege fehlen jedoch weitgehend.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass bisherige Forschungsergebnisse, wie auch die der vorliegenden Studie, darauf hinweisen, dass Yoga ein vielversprechendes Verfahren auch für die Unterstützung von Patienten mit Alkoholabhängigkeit sein kann. Eindeutige Wirksamkeitsstudien stehen jedoch noch aus.

Literaturverzeichnis

- 3H Organisation Deutschland e.V. (März 2014). Abgerufen am 4. Juni 2016 von www.h3o.de:www.3ho.de/web/das-ist-3ho/kundaliniyoga/literatur.html
- Aichmüller, C., & Soyka, M. (2013). Stationäre Therapie Suchtkranker mit komorbiden Störungen Behandlungskonzept der Spezialstation der Privatklinik Meiringen. *Suchtmed*, 15(1), S. 210-132.
- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Anton, R., O'Malley, S., Ciraulo, D., Cisler, R., Couper, D., Donovan, D., & Longabaugh, R. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *Jama*, 295(17), S. 2003-2017.
- AWMF. (28. 2 2016). *S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen"*. Abgerufen am 27. 6 2016 von [awmf.org: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf)
- Bögle, R. (1991). *Einblick in die Yoga-Lehre*. Zürich: Oesch.
- Bühringer, G., & Behrendt, S. (2011). Störungen durch Substanzkonsum: Eine Einführung. In H.-U. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Babor, T., & Grant, M. (1989). From clinical research to secondary prevention: International collaboration in the development of the Alcohol Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Health and Research World*, 13, S. 371-374.
- Bachmeier, R., Herder, F., Kemmann, D., Kersting, S., Kreutler, A., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Schneider, B., Strie, M., Verstege, R., & Weissinger, V. (2015). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation–FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2012 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 22(1), S. 53-67.
- Bachteler, D., & Spanagel, R. (2005). Experimentelle Modelle der Alkoholsucht. In M. Singer, & S. Teysen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolkrankheiten* (S. 99-107). Berlin: Springer.

- Baier, K. (1998). *Yoga auf dem Weg nach Westen: Beiträge zur Rezeptionsgeschichte*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Banger, M., Paternoga, D., & Hotz, P. (2007). Der Case Managementansatz bei chronisch Alkoholabhängigen als Einstieg in die Integrierte Versorgung nach §§ 140 ff SGB V. *Suchttherapie*, 8(4), S. 164-169.
- Bartsch, G., & Merfert-Diete, C. (2013). Alkoholabhängigkeit und riskanter Alkoholkonsum. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report* (S. 67-73). Berlin: Springer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bischof, G. (2010). Effektivität von Psychotherapie bei Suchterkrankungen. *Suchttherapie*, 11(4), S. 158-165.
- Blankers, M., Koeter, M. W., & Schippers, G. M. (2011). Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), S. 330-341.
- Bley, M. (2006). *Yoga in der Gesundheitsforschung*. Bern: Schweizer Yogaverband.
- Bojack, B., Brecht, E., & Derr, C. (2010). *Alter, Sucht und Case Management: Case Management als sinnvolles Unterstützungskonzept bei Suchtproblematik im Alter* (Bd. 38). Hamburg: BoD.
- Bortz, J., & Lienert, G. A. (2008). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung: Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben*. Berlin: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30(4), S. 295-305.
- Brandt, S. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting. Eine Längsschnittstudie über die psychologischen Auswirkungen des Yoga und des Autogenen Trainings. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Potsdam.

- Braune, N. J., Schröder, J., Gruschka, P., Daecke, K., & Pantel, J. (2008). Determinanten eines Therapieabbruchs während der stationären qualifizierten Entgiftungsbehandlung bei Patienten mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit. *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie*, 76(4), S. 217-224.
- Breslin, F., Zack, M., & McMain, S. (2002). An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 9(3), S. 275-299.
- Buffart, L., van Uffelen, J., Riphagen, I., Brug, J., van Mechelen, W., Brown, W., & Chinapaw, M. (2012). Physical and psychosocial benefits of yoga in cancer patients and survivors, a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC cancer*, 12(1), S. 1-21.
- Burley, M. (2000). *Hatha-Yoga: Its Context, Theory, and Practice*. Motilal Banarsidass.
- Bush, K., Kivlahan, D., McDonell, M., Fihn, S., & Bradley, K. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med*, 158(16), S. 1789-1795.
- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2009). *Klinische Psychologie*. München: Pearson.
- Carter, J., Sharon, E., & Stern, T. A. (2014). The Management of Alcohol Use Disorders: The Impact of Pharmacologic, Affective, Behavioral, and Cognitive Approaches. *The primary care companion for CNS disorders*, 16(4).
- Cho, S., & Whang, W. (2009). Acupuncture for alcohol dependence: a systematic review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(8), S. 1305-1313.
- Cramer, H. (2015). Yoga in Deutschland - Ergebnisse einer national repräsentativen Umfrage. *Forsch Komplementmed*, 22(5), S. 304-310.
- Cramer, H., Haller, H., Lauche, R., Steckhan, N., Michalsen, A., & Dobos, G. (2014). A systematic review and meta-analysis of yoga for hypertension. *American journal of hypertension*, S. 1-6.

- Cramer, H., Lauche, R., Langhorst, J., & Dobos, G. (2013). Yoga for Depression: A systematic Review and Meta-Analysis. *Depression and Anxiety*, 30(11), S. 1-16.
- Cui, C., Noronha, A., Morikawa, H., Alvarez, V., Stuber, G., Szumlanski, K., . . . Wilcox, M. (2013). New insights on neurobiological mechanisms underlying alcohol addiction. *Neuropharmacology*, 67, S. 223–232.
- 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), S. 564-570.
- Desai, R., Taylor, A., & Bhatt, T. (2015). Effects of yoga on brain waves and structural activation: A review. *Complementary therapies in clinical practice*, 21(2), S. 112-118.
- Deutzmann, H. (2002). *Yoga als Gesundheitsförderung. Grundlagen, Methoden, Ziele und Rezeption*. Wuppertal: Books on Demand.
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (2013). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (6. 2016). www.drogenbeauftragte.de. Abgerufen am 28. 7. 2016 von Drogen- und Suchtbericht Juni 2016: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen_2016/Drogenbericht_2016_web.pdf
- Dybek, I. (2008). *Screening-Verfahren zur Entdeckung alkoholbezogener Störungen in Allgemeinarztpraxen: Reliabilität und Validität des AUDIT, AUDIT-C und LAST*. Dissertation, Universität zu Lübeck.
- Erim, Y. (2016). Alkoholabhängigkeit – Das Rückfallrisiko verringern. *Psychother Psych Med*, 66, S. 99-99.
- Ernst, E., & Lee, M. (2010). How effective is yoga? A concise overview of systematic reviews. *Focus on Alternative and Complementary Therapies*, 15(4), S. 274-279.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *Jama*, 252(14), S. 1905-1907.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, C., & Antons, K. (1979). *MALT - Münchner Alkoholismustest*. Weinheim: Beltz.

- Field, A. P. (2005). *Discovering statistics using SPSS (2nd edition)*. London: Sage.
- Field, T. (2016). Yoga research review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, S. 145-161.
- Franke, A. (2005). Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit bei Frauen. In M. Singer, & S. Teyssen, *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten* (S. 457-464). Berlin: Springer.
- Freyer-Adam, J., Coder, B., Lau, K., Bischof, G., & John, U. (2008). Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie. *Kurzinterventionen bei Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus*, 2(1), S. 8-14.
- Fuchs, C. (1990). *Yoga in Deutschland: Rezeption, Organisation, Typologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fuchs, C. (2010). *Yoga. Im Spiegel der Wissenschaft. Zusammengestellt im Auftrag des BDY*. Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V., Göttingen. Abgerufen am 6. Juni 2016 von http://www.yoga.de/fileadmin/Dokumente/Infobroschueren/Spiegel_der_Wissenschaft_2010.pdf
- Gaiswinkler, L., Unterrainer, H. F., Fink, A., & Kapfhammer, H.-P. (2015). Die Beziehung zwischen Yoga Immersion, psychologischem Wohlbefinden und psychiatrischer Symptomatik. *Neuropsychiatrie*, 29.
- Garland, E., Gaylord, S., Boettiger, C., & Howard, M. (2010). Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized controlled pilot trial. *Psychoactive Drugs*, 42(2), S. 177- 192 .
- Goodwin, D. W., Schulsinger, F., Moller, N., Hermansen, L., Winokur, G., & Guze, S. (1974). Drinking problems in adopted and nonadopted sons of alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*, 31(2), S. 164-169.
- Gothé, N., & McAuley, E. (2015). Yoga and cognition: a meta-analysis of chronic and acute effects. *Psychosomatic medicine*, 77(7), S. 784-797.
- Gothé, N., Kramer, A., & McAuley, E. (2014). The Effects of an 8-Week Hatha Yoga Intervention on Executive Function in Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 69(9), S. 1109-1116.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007). Prävalenz. In E. Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Komorbidität Psychose und Sucht: Grundlagen und Praxis* (S. 3-6). Berlin: Springer.

- Gouzoulis-Mayfrank, E., König, S., Koebeke, S., Schnell, T., Schmitz-Buhl, M., & Daumann, J. (2015). Sektorübergreifende, integrative Therapie bei Psychose und Sucht. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(41), S. 683-691.
- Granath, J., Ingvarsson, S., von Thiele, U., & Lundberg, U. (2006). Stress management: a randomized study of cognitive behavioural therapy and yoga. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(1), S. 3-10.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Gross, W. (2016). Sucht: Ein unabänderliches Schicksal? Zur Frage der Suchtpersönlichkeit. In *Was Sie schon immer über Sucht wissen wollten*. Berlin: Springer.
- Grossman, P. (2008). On measuring mindfulness in psychosomatic and psychological research. *Journal Of Psychosomatic Research*, 64(4), S. 405-408.
- Gupta, N., Khera, S., Vempati, R. P., Sharma, R., & Bijlani, R. L. (2006). Effect of yoga based lifestyle intervention on state and trait anxiety. *Indian journal of physiology and pharmacology*, 50(1), S. 41.
- Hölzel, B., Lazar, S., Gard, T., Schuman-Oliver, Z., Vago, D., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective Perspectives on Psychological Science. 6(6), S. 537-559.
- Hallgren, M., Romberg, K., Bakshi, A. S., & Andréasson, S. (2014). Yoga as an adjunct treatment for alcohol dependence: a pilot study. *Complementary therapies in medicine*, 22(3), S. 441-445.
- Harder, H., Parlour, L., & Jenkins, V. (2012). Randomised controlled trials of yoga interventions for women with breast cancer: a systematic literature review. *Support Care Cancer*, 20, S. 3055–3064.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). Beck depressions-inventar (BDI-II).
- Heidenreich, T., Fecht, J., & Hoyer, J. (2001a). Deutsche Version der Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). In A. Glöckner-Rist, F. Rist, & H. Kufner (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu*

- Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich.* (Bd. 47, S. 158-170). Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Heidenreich, T., Schneider, R., & Michalak, J. (2006). Achtsamkeit: Ein neuer Ansatz zur Psychotherapie süchtigen Verhaltens. *Sucht*, 52(2), S. 140-149.
- Heidenreich, T., Ströhle, G., & Michalak, J. (2006). Achtsamkeit: Konzeptuelle Aspekte und Ergebnisse zum Freiburger Achtsamkeitsfragebogen. *Verhaltenstherapie*, 16(1), S. 33-40.
- Held, C., & Nowak, M. (2016). Biofeedback und Neurofeedback bei Abhängigkeitserkrankungen. In *Praxisbuch Biofeedback und Neurofeedback* (S. 269-280). Berlin: Springer.
- Hesse, H. (1922). *Siddhartha. Eine indische Dichtung*. Berlin: Fischer.
- Hilzinger, U., Kunze, H., & Hufnagel, H. (2006). Psychiatrische Familienpflege - auch für schwer beeinträchtigte Alkoholabhängige. *Sucht*, 52, S. 187-193.
- Hsu, S. H., Collins, S. E., & Marlatt, G. A. (2013). Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive behaviors*, 38(3), S. 1852-1858.
- Isenhardt, C. E. (1994). Motivational subtypes in an inpatient sample of substance abusers. *Addictive Behaviors*, 19(5), S. 463-475.
- Jahanpour, N. S., Jahanpour, F., & Azodi, F. (2015). Effectiveness of yoga as a treatment for addiction. *Avicenna Journal Of Phytomedicine*, 5, S. 66-66.
- Janakiramaiah, N., Gangadhar, B., Murthy, P., Harish, M., Subbakrishna, D., & Vedamurthachar, A. (2000). Antidepressant efficacy of Sudarshan Kriya Yoga (SKY) in melancholia: a randomized comparison with electroconvulsive therapy (ECT) and imipramine. *Journal of affective disorders*, 57(1), S. 255-259.
- Jellinek, E. (1960). *The disease concept of alcoholism*. Oxford: Hillhouse.
- Jindani, F., Turner, N., & Khalsa, S. (2015). A Yoga Intervention for Posttraumatic Stress: A Preliminary Randomized Control Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.
- Körkel, J. (2012). 30 Jahre Motivational Interviewing: Eine Übersicht und Standortbestimmung. *Suchttherapie*, 13(3), S. 108-118.
- Körkel, J., & Schindler, C. (2013). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: das strukturierte Trainingsprogramm STAR*. Heidelberg: Springer.

- Kabat-Zinn, J., & Kroh, M. B. (1991). *Gesund und streßfrei durch Meditation: das große Buch der Selbstheilung*. München: Barth.
- Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive behaviors*, 36(12), S. 1120-1126.
- Kaner, E., Dickinson, H., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F., . . . Heather, N. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug and alcohol review*, 28(3), S. 301-323.
- Kendler, K. S., Ji, J., Edwards, A. C., Ohlsson, H., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2015). An extended Swedish national adoption study of alcohol use disorder. *JAMA psychiatry*, 72(3), S. 211-218.
- Khalsa, S. B., Khalsa, G. S., Khalsa, H. K., & Khalsa, M. K. (2008). Evaluation of a residential Kundalini yoga lifestyle pilot program for addiction in India. *Journal of ethnicity in substance abuse*, 7(1), S. 67-79.
- Khalsa, S. S. (2007). Yoga as a therapeutic intervention. In P. Lehrer, R. Woolfolk, & W. Sime, *Principles and Practice of Stress Management* (S. 449-463). New York: Guilford Press.
- Khanna, S., & Greeson, J. (2013). A narrative review of yoga and mindfulness as complementary therapies for addiction. *Complementary Therapies in Medicine*, 21, S. 244-252.
- Kiefer, F., & Mann, K. (11 2007). Evidenzbasierte Behandlung der Alkoholabhängigkeit. *Der Nervenarzt*, 78.
- Kinser, P. A., Elswick, R. K., & Kornstein, S. (2014). Potential Long-Term Effects of a Mind–Body Intervention for Women With Major Depressive Disorder: Sustained Mental Health Improvements With a Pilot Yoga Intervention. *Archives of psychiatric nursing*, 28(6), S. 377-383.
- Klatte, R., Pabst, S., Beelmann, A., & Rosendahl, J. (2016). The efficacy of body-oriented yoga in mental disorders - a systematic review and meta-analysis. *Dtsch Arztebl Int*, 113, S. 195–202.
- Konrad, M. (2016). *Den Suchtkranken da abholen wo er steht*. Stuttgart: Thieme.
- Kraus, L. (1999). Erfassung von Alkoholkonsum und Diagnose von Mißbrauch und Abhängigkeit in der Allgemeinbevölkerung. In M. Soyka (Hrsg.), *Klinische Alkoholismusdiagnostik*. Darmstadt: Steinkopf.

- Kremer, D., Malkin, M., & Benshoff, J. (1995). Physical activity programs offered in substance abuse treatment facilities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(5), S. 327-333.
- Laue, T. (2011). *Tantra im Westen*. Münster: LIT.
- Lim, S. A., & Cheong, K. J. (2015). Regular Yoga Practice Improves Antioxidant Status, Immune Function, and Stress Hormone Releases in Young Healthy People: A Randomized, Double-Blind, Controlled Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(9), S. 530-538.
- Lindenmeyer, J. (2011). Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In H.-U. Wittchen, & J. Hoyer, *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 743-766). Berlin: Springer.
- Lindenmeyer, J. (2011). Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In H.-U. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 743-766). Berlin: Springer.
- Lindenmeyer, J. (2013). Warum werden Menschen süchtig? Psychologische Erklärungsmodelle. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meye (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2013: Verdammt zum Erfolg - Die süchtige Arbeitsgesellschaft?* Berlin: Springer.
- Lipton, L. (2008). Using yoga to treat disease: An evidence-based review. *JAAPA*, 21(2), S. 34-41.
- Mann, K. (2002). Serie-Alkoholismus: Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen. *Deutsches Ärzteblatt*, 99(10), S. 632-644.
- Mann, K., Hoch, E., Batra, A., Bonnet, U., Günthner, A., Reymann, G., Soyka, M., Wodarz, N., & Schäfer, M. (2016). Nervenarzt. *Leitlinienorientierte Behandlung alkoholbezogener Störungen*, 87, S. 13-25.
- Marefat, M., Peymanzad, H., & Alokhaheh, Y. (2011). The Study of the Effects of Yoga Exercises on Addicts' Depression and Anxiety in Rehabilitation Period. *Procedia*, 30, S. 1494 – 1498.
- Marlatt, G. A. (1994). Addiction, mindfulness, and acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher, *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (S. 175-197). Reno: Context Press.
- McCall, M. C. (2013). How might yoga work? An overview of potential underlying mechanisms. *Journal of Yoga & Physical Therapy*, S. 1-6.

- Mehta, P., & Sharma, M. (2010). Yoga as a Complementary Therapy for Clinical Depression . *Complementary Health Practice Review*, 15(3), S. 156-170.
- Meibert, P., Michalak, J., & Heidenreich, T. (2011). Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion in der klinischen Anwendung. *Psychother Psych Med*, 61(7), S. 328-332.
- Michalak, J., Heidenreich, T., & Williams, G. (2012). *Achtsamkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Michalsen, A., Grossman, P., Acil, A., Langhorst, J., Lüdtke, R., Esch, T., Stefano, G., Dobos, G. (2005). Rapid stress reduction and anxiolysis among distressed women as a consequence of a three-month intensive yoga program. *Medical Science Monitor*, 11(12), S. 555-561.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing Drinkers' Motivation for Change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), S. 81-89.
- Miller, W. R., Meyers, R. J., & Hiller-Sturmhöfel, S. (1999). The community-reinforcement approach. *Alcohol Res Health*, 23(2), S. 116-121.
- Moggi, F. (2014). Behandlung von Suchtpatienten mit komorbiden psychischen Störungen. *SuchtMagazin*, 40(5), S. 15-19.
- Murphy, T. J., Pagano, R. R., & Marlatt, G. A. (1986). Lifestyle modification with heavy alcohol drinkers: effects of aerobic exercise and meditation. *Addictive behaviors*, 11(2), S. 175-186.
- Mutschler, J., & Soyka, M. (2016). Medikamentöse rückfallprophylaktische Behandlung der Alkoholabhängigkeit - Ergebnisse aktueller Metaanalysen. *Nervenarzt*.
- Nakovics, H., Diehl, A., Geiselhart, H., & Mann, K. (2009). *Psychiatrische Praxis*, 36(02), S. 72-78.
- Netz, Y., & Lidor, R. (2003). Mood alterations in mindful versus aerobic exercise modes. *The Journal of psychology*, 137(5), S. 405-419.
- Newberg, A., Wintering, N., Khalsa, D. S., Roggenkamp, H., & Waldman, M. (2010). Meditation effects on cognitive function and cerebral blood flow in subjects with memory loss: a preliminary study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 20(2), S. 517-526.
- Nussbaumer, M. (2016). *yogasiram.ch*. Abgerufen am 30. Mai 2016 von [www.yogasiram.ch](http://yogasiram.ch/wp-): <http://yogasiram.ch/wp->

content/uploads/2011/12/Yoga—Ursprünge-und-Entwicklung-von-Marisa-Nussbaumer.pdf

- Ohlmeier, M., Peters, K., Te Wildt, B., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B., Hinderk, M., Emrich, H., & Schneider, U. (2008). Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol and alcoholism*, 43(3), S. 300-304.
- Paraskevaides, T., Morgan, C., Leitz, J., Bisby, J., Rendell, P., & Curran, H. (2010). Drinking and future thinking: acute effects of alcohol on prospective memory and future simulation. *Psychopharmacology*, 208(2), S. 301-308.
- Penberthy, J., König, A., Gioia, C. J., Rodríguez, V. M., Starr, J. A., Meese, W., Worthington-Stoneman, D., Kersting, K., & Natanya, E. (2015). Mindfulness-based relapse prevention: History, mechanisms of action, and effects. *Mindfulness*, 6(2), S. 151–158.
- Petry, J. (2015). Alkoholismus. In M. Linden, & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual, Psychotherapie: Praxis*. Berlin: Springer.
- Posadzki, P., Cramer, H., Kuzdzal, A., Lee, M. S., & Ernst, E. (2014). Yoga for hypertension: a systematic review of randomized clinical trials. *Complementary therapies in medicine*, 22(3), S. 511-522.
- PubMed.gov. (2016). Abgerufen am 11. April 2016 von www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?Db=pubmed&term=yoga%20therapy
- Reddy, S., Dick, A. M., Gerber, M. R., & Mitchell, K. (2014). The effect of a yoga intervention on alcohol and drug abuse risk in veteran and civilian women with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(10), S. 750-756.
- Rehm, J. (2005). Moderater Alkoholkonsum, Gesamtmortalität und Morbidität. In M. Singer, & S. Teysen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolkrankheiten*. Berlin: Springer.
- Reimer, C., & Hautzinger, M. (2007). Psychotherapie bei Sucht und Abhängigkeiten. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger, & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie* (S. 539-554). Berlin: Springer.
- Reimer, J., Cimander, K., & Reimer, C. (2014). Alkoholerkrankung: Früherkennung, Gesprächsführung und Behandlung im primärärztlichen Bereich. *Dtsch Med Wochenschr*, 139, S. 943–956.

- Riley, D. (2004). Hatha yoga and the treatment of illness. *Alternative therapies in health and medicine*, 10(2), S. 20-21.
- Rumpf, H.-J., & Kiefer, F. (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte. *Sucht*, 57(1), S. 45-48.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., & John, U. (2001). *LAST Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test*. Göttingen: Hogrefe.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2002). Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires. *Alcohol and Alcoholism*, 37(3), S. 261-268.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Bischof, G., & John, U. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und-missbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *Sucht*, 46(1), S. 9-17.
- Saß, H. (2007). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sack, P. M., Feldmann, M., & Thomasius, R. (2010). Instrumente zur Erfassung von substanzbezogenen Störungen im Kindes-und Jugendalter. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 3(2), S. 208-222.
- Sander, M., Neumann, T., von Dossow, V., Schönfeld, H., Lau, A., Eggers, V., & Spies, C. (2006). Alkoholabusus, Risikofaktoren für die Anästhesie und Intensivmedizin. *Der Internist*, 4(47), S. 332-341.
- Scheller, R., Keller, W., Funke, J., & Klein, M. (1984). Trierer Alkoholismusinventar (TAI)-Ein Verfahren zur Differentialdiagnostik des Alkoholismus. *Suchtgefahren*, 30, S. 12-14.
- Schindler, A., von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer-Rothers, J., & Retzlaff, R. (2010). Systemische Therapie bei Substanzstörungen Historische Entwicklung und aktuelle evidenzbasierte Varianten. *SUCHT*, 56, S. 13-19.
- Schmidt, L. (2005). Begriffsbestimmungen. In M. Singer, & S. Teyssen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten* (S. 29-34). Berlin: Springer.

- Schmidt, L. (2005). Biologische Marker des Alkoholismus und alkoholassoziierter Organschäden. In M. Singer, & S. Teyssen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten*. Berlin: Springer.
- Schmidt, S., Petermann, F., Beutel, M. E., & Brähler, E. (2011). Psychisches Befinden, Beschwerden und Belastungen: Ergebnisse einer repräsentativen Studie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59(2), S. 155–165.
- Schnell, T. (2014). *Moderne Kognitive Verhaltenstherapie bei schweren psychischen Störungen*. Berlin: Springer.
- Scholz, U., Gutiérrez-Doña, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), S. 242-251.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Shannahoff-Khalsa, D. (2004). An Introduction to Kundalini Yoga Meditation Techniques That Are Specific for the Treatment of Psychiatric Disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(1), S. 91–101.
- Shapiro, D., Cook, I. A., Davydov, D., Ottaviani, C., Leuchter, A., & Abrams, M. (2007). Yoga as a complementary treatment of depression: effects of traits and moods on treatment outcome. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 4(4), S. 493-502.
- Sinyor, D., Brown, T., Rostant, L., & Seraganian, P. (1982). The role of a physical fitness program in the treatment of alcoholism. *Journal of studies on alcohol*, 43(3), S. 380-386.
- Soravia, L. M., Stocker, E., Schläfli, K., Schönenberger, N., Schreyer, M., Dittrich, T., & Grossniklaus, C. (2016). Klettern als Chance in der Suchtbehandlung. *Suchttherapie*, 17(1), S. 34-39.
- Soyka, M. (2005). Klinisch-psychiatrische Diagnostik des Alkoholismus. In M. Singer, & S. Teyssen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten*. Berlin: Springer.
- Soyka, M. (2015). Therapie der Alkoholabhängigkeit Wege aus der Suchtfalle. *CME*, 12(7/8), S. 57-63.

- Spiegel. (1975). *Spiegel.de*. Abgerufen am 1. Juni 2016 von <http://www.spiegel.de/spiegel/print/index-1975-5.html>
- Sticker, O., & Lütkehaus, I. (2015). *Zu den Quellen des Yoga*. Irisiana.
- Stuppe, M. (2016). Bewährtes und Neues in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit. *Der Neurologe und Psychiater*, 17(2), S. 26-29.
- Trenckmann, U. (2002). Alkoholabhängigkeit. *Depression 2000*, S. 108-112.
- Tretter, F. (2012). *Suchtmedizin kompakt: Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Vancampfort, D., de Hert, M., Knapen, J., Wampers, M., Demunter, H., Deckx, S., Maurissen, K., & Probst, M. (2011). State anxiety, psychological stress and positive well-being responses to yoga and aerobic exercise in people with schizophrenia: a pilot study. *Disability and rehabilitation*, 33(8), S. 684-689.
- Vedamurthachar, A., Janakiramaiah, N., Hegde, J. M., Shetty, T. K., Subbakrishna, D. K., Sureshbabu, S. V., & Gangadhar, B. N. (2006). Antidepressant efficacy and hormonal effects of Sudarshana Kriya Yoga (SKY) in alcohol dependent individuals. *Journal of affective disorders*, 94(1), S. 249-253.
- Vinay, A. V., Venkatesh, D., & Ambarish, V. (2016). Impact of short-term practice of yoga on heart rate variability. *International journal of yoga*, 9(1), S. 62.
- Vogelgesang, M. (2011). DGRW-Update: Alkoholabhängigkeit. *Die Rehabilitation*, 50(5), S. 292-297.
- Vollmer, H. C., & Domma-Reichart, J. (2016). Psychische Belastung, Selbstwirksamkeitserwartung und Abstinenz alkoholabhängiger Patienten nach stationärer Behandlung. *Suchttherapie*, 17, S. 44–47.
- von Zerssen, D., & Petermann, F. (2011). Die Befindlichkeits-Skala: revidierte Fassung; Manual.
- Vorkapic, C. F., & Rangé, B. (2014). Reducing the symptomatology of panic disorder: The effects of a yoga program alone and in combination with cognitive-behavioral therapy. *Frontiers in psychiatry*, 5(177), S. 1-7.
- Walach, H., Buchheld, N., Büttenmüller, V., Kleinknecht, N., Grossman, P., & Schmidt, S. (2004). Empirische Erfassung der Achtsamkeit: Konstruktion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA) und weitere Validierungsstudien. In T. Heidenreich, & J. Michalak, *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie*. Tübingen: DGVT-Verlag.

- Weaver, L., & Darragh, A. (2015). Systematic Review of Yoga Interventions for Anxiety Reduction Among Children and Adolescents. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(6), S. 701-709.
- Weerasinghe, S., & Bartone, S. (2016). Mindfulness for Addiction Recovery: A Cognitive Disciplinary Preventive Approach to Avoid Relapse into Substance Abuse. *Journal of Basic & Applied Sciences*, 12, S. 81-91.
- Weithmann, G., Hoffmann, M., & Göttle, M. (2005). Faktorenstruktur und Übereinstimmungsvalidität der SOCRATES bei Alkoholabhängigen in Entzugsbehandlung. *SUCHT*, 51(5), S. 279-284.
- West, J., Otte, C., Geher, K., Johnson, J., & Mohr, D. (2004). Effects of Hatha yoga and African dance on perceived stress, affect, and salivary cortisol. *Annals of Behavioral Medicine*, 28(2), S. 114-118.
- Wetterling, T., & Veltrup, C. (1997). *Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen*. Berlin: Springer.
- White, I., Altmann, D., & Nanchahal, K. (2004). Mortality in England and Wales attributable to any drinking, drinking above sensible limits and drinking above lowest-risk level. *Addiction*, 99, S. 749–756.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive behaviors*, 38(2), S. 1563-1571.
- Wittfoot, J., & Driessen, M. (2000). Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität – ein Überblick. *Suchttherapie*, 1, S. 8–15.
- Woolery, A., Myers, H., Sternlieb, B., & Zeltzer, L. (2004). A yoga intervention for young adults with elevated symptoms of depression. *Alternative therapies in health and medicine*, 10(2), S. 60.
- World Health Organization. (2000). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva: World Health Organization.
- Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M., & Fleming, M. (2008). Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: a feasibility pilot study. *Journal of Addiction Medicine*, 2(3), S. 165-173.
- Zhou, Y., Zhao, M., Zhou, C., & Li, R. (2016). Sex differences in drug addiction and response to exercise intervention: from human to animal studies. *Frontiers in neuroendocrinology*, 40, S. 24-41.

Zingg, C., Schmidt, P., Kűfner, 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 . *Psychother Psych Med*, 59, S. 307-313.

Anhang

Anhang A: Instruktion zum Kirtan Kriya

KIRTAN KRIYA

Setze dich mit leicht angezogener Nackenschleuse in einfache Haltung.

Augen: Meditiere auf den Punkt zwischen den Augenbrauen.

Mantra: Chante die 5 Urklänge, den Panj Shabd: S, T, N, M, A, in der ursprünglichen Wortform:

SAA: Unendlichkeit, das Grenzenlose, Kosmos, Anfang

TAA: Leben, Existenz

NAA: Tod, Veränderung, Transformation

MAA: Wiedergeburt

Jede Wiederholung des gesamten Mantras dauert **3–4 Sekunden**.

Das ist der Kreislauf der Schöpfung. Aus der Unendlichkeit entstehen das Leben und die individuelle Existenz. Das Leben führt zum Tode oder zur Veränderung. Aus dem Tod entsteht die Wiedergeburt des Bewusstseins in die Freude des Unendlichen, durch die das Mitgefühl ins Leben zurückführt.

Mudra: Dieses Mantra kann mit vielen verschiedenen Mudras ausgeführt werden. Üblicherweise beginnt man mit Gyan Mudra. Während des Chantens sind die Ellbogen durchgedrückt und das Mudra verändert sich, indem abwechselnd nacheinander jede Fingerspitze mit der Daumenspitze fest zusammengedrückt wird.

Bei SAA berührt der Zeigefinger, der sog. Jupiter-Finger, die Daumenspitze.

Bei TAA berührt der Mittelfinger, der Saturn-Finger, die Daumenspitze.

Bei NAA berührt der Ringfinger, der Sonnen-Finger, die Daumenspitze.

Bei MAA berührt der kleine Finger, der Merkur-Finger, die Daumenspitze.

Chante das Mantra in den 3 Sprachen des Bewusstseins:

- in der menschlichen Sprache, normal oder mit lauter Stimme (die Welt),
- in der Sprache der Liebenden, deutlich flüsternd (das Verlangen nach Zugehörigkeit),
- in der göttlichen Sprache, im Geiste, still (Unendlichkeit).

Zeit: Beginne mit der Kriya, indem du das Mantra 5 Minuten lang mit normaler Stimme chantest.

Dann flüstere es **5 Minuten**. Dann gehe tief in den Klang hinein und schwinde es im Geiste **10 Minuten** lang. Danach flüstere das Mantra wieder **5 Minuten** und dann chante es für **5 Minuten** laut.

Füge noch **1 Minute** hinzu, in der du **3-mal** ein- und ausatmest und loslässt.

Die Dauer der Meditation kann verändert werden, solange das Verhältnis von lautem Chanten, Flüstern und Stille und dann erneutem Flüstern und lautem Chanten eingehalten wird. Füge immer eine letzte Minute für **3-mal** ein- und ausatmen hinzu, um korrekt aus der Meditation herauszukommen.

Abschluss: Der zeitliche Ablauf wie oben beschrieben dauert genau **31 Minuten**. Dann strecke die Wirbelsäule, hebe die Hände ganz hoch, spreize die Finger. Entspanne.

Kommentar:

„Jedes Mal, wenn das Mudra durch die Verbindung deiner Fingers mit dem Daumen geschlossen wird, besiegelt das Ego gleichsam die Wirkung des Mudras im Bewusstsein. Die Wirkungen sind wie folgt:

- Zeigefinger:** Gyan Mudra –Wissen
- Mittelfinger:** Shuni Mudra –Weisheit, Intelligenz und Geduld
- Ringfinger:** Surya Mudra –Vitalität, Lebensenergie
- kleiner Finger:** Buddhi Mudra –Fähigkeit zur Kommunikation

„Diese Meditation führt zur vollständigen geistigen Ausgewogenheit der individuellen Psyche. Die Schwingung auf jeder Fingerspitze wechselt die elektrischen Polaritäten. Zeige- und Ringfinger sind im Vergleich zu den übrigen Fingern elektrisch negativ. Das verursacht einen Ausgleich der elektromagnetischen Projektion der Aura. Diese Meditation zu praktizieren, ist eine Wissenschaft und eine Kunst zugleich. Sie ist eine Kunst, da sie das Bewusstsein formt, und eine Wissenschaft, wie sie das Gefühl und Einsicht verfeinert. Sie ist eine Wissenschaft in Bezug auf die Eindeutigkeit der Ergebnisse, die diese Technik bewirkt. Meditationen sind Schlüsselhandlungen in Bezug auf die Reaktionen, die sie in der Psyche bewirken. Aber gerade weil Kirtan Kriya wirkungsvoll und genau ist, kann sie auch Probleme verursachen, wenn sie nicht sorgfältig durchgeführt wird.“ (Yogi Bhajan)

Zur Wintersonnenwende 1972 sagte Yogi Bhajan, dass ein Mensch, der weiße Kleidung trägt und ein Jahr lang täglich 2 Stunden auf diesen Klangstrom meditiert, das Unbekannte wissen und das Unsichtbare sehen wird. Durch diese stetige Praxis erwacht der Geist zur grenzenlosen Fähigkeit der Seele, sich hinzugeben, zu dienen und zu erschaffen.

(Quelle: The Aquarian Teacher, Yoga-Handbuch. © Yogi Bhajan Teachings. © YogiPress Sat Nam Media. www.satnam.eu)



Anhang B: Demographischer Fragebogen

Alter: _____

Muttersprache: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: Ledig ☐Verwitwet ☐Verheiratet ☐Geschieden ☐Mein höchster Schulabschluss ist: Kein Abschluss ☐Hauptschul-/Volksschulabschluss ☐Realschulabschluss ☐(Fach-)Abitur ☐Hochschulabschluss ☐Anderer Schulabschluss ☐

Erlerner Beruf: _____

Zur Zeit ausgeübte Tätigkeit: _____

Ihre wievielte stationäre Therapie absolvieren Sie zurzeit? _____

Seit wann haben Sie die Diagnose „Sucht“? (Angaben in Monaten) _____

Um Ihre Daten anonym behandeln und die zwei Fragebögen einander zuordnen zu können,
bitten wir Sie folgendes in die Kästchen unten einzutragen:

Den ersten Buchstaben Ihres Vornamen: z.B. Frank à F

Den ersten Buchstaben Ihres Nachnamens: z.B. Schmidt à S

Die Ziffern Ihres Geburtstages: z.B. 05.12.75 à 0512

--	--	--	--	--	--

Beispiel: F

S

0

5

1

2

Anhang C: Alcohol Use Disorders Identification Test

AUDIT-Fragebogen

Ein Glas Alkohol entspricht:

0,33 Liter Bier
0,25 Liter Wein oder Sekt
0,02 Liter Spirituosen

a) Wie oft trinken Sie Alkohol?

- ☐ Nie ☐ Etwa 1 mal pro Monat ☐ 2-4 mal pro Monat ☐ 2-3 mal pro Woche ☐ 4 mal oder öfter pro Woche

b) 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

	Nie	Seltener als einmal pro Monat	Einmal im Monat	Einmal pro Woche	Täglich oder fast täglich
c) Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken?	☐	☐	☐	☐	☐
d) Wie oft haben Sie im letzten Jahr festgestellt, dass Sie mehr getrunken haben, als Sie eigentlich wollten?	☐	☐	☐	☐	☐
e) Wie oft haben Sie im letzten Jahr im Zusammenhang mit dem Alkoholtrinken eine Aufgabe nicht erledigt, die man eigentlich von Ihnen erwartet hatte?	☐	☐	☐	☐	☐
f) Wie oft haben Sie im letzten Jahr morgens Alkohol getrunken, um in Schwung zu kommen?	☐	☐	☐	☐	☐
g) Wie oft fühlten Sie sich im letzten Jahr schuldig oder hatten ein schlechtes Gewissen aufgrund Ihres Alkoholtrinkens ?	☐	☐	☐	☐	☐
h) Wie oft im letzten Jahr waren Sie aufgrund des Alkoholtrinkens nicht in der Lage, sich an Ereignisse der letzten Nacht zu erinnern?	☐	☐	☐	☐	☐

	Nein	Ja, aber nicht im letzten Jahr	Ja, im letzten Jahr
i) Wurden Sie oder jemand anders schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	☐	☐	☐
j) Hat sich schon einmal ein Verwandter, ein Freund, ein Arzt oder jemand anders über Ihr Alkoholtrinken Sorgen gemacht oder Ihnen vorgeschlagen, weniger zu trinken ?	☐	☐	☐

© Suchtforschungsverbund BadenWürttemberg, UKL Freiburg

Anhang D: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness

Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)

	Stimme voll zu	Stimme zu	Bin unsicher	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
1. Ich will meinen Alkoholkonsum wirklich ändern.					
2. Manchmal frage ich mich, ob ich ein Alkoholabhängiger bin.					
3. Wenn ich mein Suchtverhalten nicht bald ändere, werden meine Probleme noch schwerwiegender.					
4. Ich habe bereits begonnen, meinen Alkoholkonsum zu verändern.					
5. Es gab eine Zeit, da habe ich zu viel Alkohol getrunken, aber jetzt habe ich es geschafft, das zu verändern.					
6. Manchmal frage ich mich, ob mein Alkoholkonsum anderen Menschen schadet.					
7. Ich habe ein Problem mit Alkohol.					
8. Ich denke nicht nur darüber nach, meinen Alkoholkonsum zu ändern, ich tue bereits etwas dafür.					
9. Ich habe meinen Alkoholkonsum bereits geändert und suche nach Möglichkeiten zu verhindern, dass ich in alte Verhaltensweisen zurückfalle.					
10. Ich habe ein ernsthaftes Problem mit Alkohol.					
11. Manchmal frage ich mich, ob ich meinen Alkoholkonsum im Griff habe.					
12. Mein Alkoholkonsum verursacht viel Schaden.					
13. Ich tue aktiv etwas dafür, meinen Alkoholkonsum zu reduzieren oder zu beenden.					
14. Ich möchte Hilfe, um nicht in mein früheres Suchtverhalten zurückzufallen.					
15. Ich weiß, dass ich ein Problem mit Alkohol habe.					
16. Es gibt Zeiten, da frage ich mich, ob ich zu viel Alkohol trinke.					
17. Ich bin ein Alkoholabhängiger.					
18. Ich bemühe mich sehr darum, meinen Alkoholkonsum zu verändern.					
19. Ich habe Veränderungen in meinem Alkoholgebrauch erreicht und möchte Hilfe, um nicht in das gewohnte Verhalten zurückzufallen.					

Anhang E: Skala zur Erfassung substanzbezogener Selbstwirksamkeitserfahrung

Skala zur Erfassung substanzbezogener Selbstwirksamkeitserwartung (SSWE)

	trifft genau zu	trifft eher zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
1. Ich kann mein Leben ohne Alkohol gut meistern.				
2. Wenn ich Suchtdruck habe, weiß ich, dass ich ihn überwinden kann.				
3. Was auch immer passiert, ich werde damit auch ohne Alkohol fertig.				
4. Ich weiß genau, wo ich Hilfe finde, falls ich mit meinem Alkoholproblem nicht alleine zurecht komme.				
5. Ich bin zuversichtlich, dass ich Rückfallgefahren rechtzeitig erkenne.				
6. Ich bin zuversichtlich, dass ich mich von Alkohol auch unter schwierigen Umständen fernhalten kann.				
7. Ich bin sicher, dass ich genug Fähigkeiten habe, um alle Schwierigkeiten bei der Lösung meines Alkoholproblems zu überwinden.				
8. Ich weiß, wie ich mich von Alkohol fernhalten kann.				
9. Wenn mir jemand Alkohol anbietet, bin ich mir sicher, dass ich „nein“ sagen kann.				
10. Ich weiß, dass ich mit unangenehmer Stimmung auch ohne Alkohol zurechtkomme.				

Anhang F: Mannheimer Craving Scale

Mannheimer Craving Scale (MaCS)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Konsum von Suchtmittel (z.B. Alkohol, Drogen, Medikamente) und auf Gedanken, Vorstellungen, Impulse oder Bilder, die damit zusammenhängen. Bitte kreuzen Sie jeweils die Aussage an, die am ehesten auf Sie zutrifft. Falls nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf den Zeitraum der vergangenen sieben Tage.

1.	Wenn Sie keine Suchtmittel nehmen, wie viel Ihrer Zeit wird dann von Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern beansprucht, die etwas damit zu tun haben? ☐ Keine ☐ Weniger als eine Stunde am Tag ☐ 1-3 Stunden am Tag ☐ 4-8 Stunden am Tag ☐ Mehr als 8 Stunden am Tag
2.	Wie häufig treten diese Gedanken oder Vorstellungen auf? ☐ Niemals ☐ Nicht häufiger als achtmal am Tag ☐ Häufiger als achtmal am Tag, aber die meisten Stunden des Tages sind frei davon ☐ Mehr als achtmal am Tag und während der meisten Stunden des Tages ☐ Die Gedanken treten so häufig auf, dass man sie nicht mehr zählen kann, und es vergeht kaum eine Stunde, in der sie nicht auftreten
3.	Wie stark werden Ihre berufliche Tätigkeit oder Ihr soziales Verhalten von diesen Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern beeinflusst? Gibt es etwas, was sie deswegen nicht tun oder nicht können? (Falls sie gerade nicht berufstätig sind: Wie sehr wäre Ihre berufliche Tätigkeit dadurch beeinflusst, falls Sie arbeiten würden?) ☐ Die Gedanken daran beeinflussen mich überhaupt nicht – ich arbeite oder verhalte mich völlig normal. ☐ Die Gedanken daran beeinflussen mein soziales Verhalten oder meine beruflichen Tätigkeiten in geringem Maße, mein Auftreten oder meine Leistung insgesamt ist jedoch nicht beeinträchtigt. ☐ Die Gedanken daran beeinflussen mein soziales Verhalten oder meine berufliche Leistung eindeutig, ich komme aber noch damit zurecht. ☐ Die Gedanken daran beeinträchtigen mein soziales Verhalten oder meine berufliche Leistung ganz erheblich. ☐ Die Gedanken daran beeinträchtigen mein soziales Verhalten oder meine Arbeitsleistung vollständig.

Mannheimer Craving Scale (MaCS)

4.	Wenn Sie kein Suchtmittel nehmen, wie sehr leiden Sie dann unter den Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern, die damit zu tun haben bzw. wie sehr werden Sie dadurch gestört. ☐ Keine Belastung oder Störung ☐ Geringfügig, selten und nicht besonders störend ☐ Mäßig, häufig und störend; ich kann aber noch damit zurechtkommen ☐ Stark, sehr häufig und sehr störend ☐ Extrem stark, fast durchgängig, alles andere wird beeinträchtigt.
5.	Wenn Sie kein Suchtmittel nehmen, wie sehr bemühen Sie sich dann, diesen Gedanken zu widerstehen, Sie nicht zu beachten oder Ihre Aufmerksamkeit auf etwas Anderes zu lenken? (Geben Sie das Ausmaß Ihrer Bemühungen um Widerstand gegen diese Gedanken an, nicht den Erfolg oder Misserfolg, den Sie dabei haben.) ☐ Ich habe so selten derartige Gedanken, dass es nicht notwendig ist, dagegen anzugehen. Wenn Sie aber auftauchen, bemühe ich mich immer, diesen Gedanken zu widerstehen. ☐ Ich versuche meistens, diesen Gedanken zu widerstehen. ☐ Ich unternehme einige Anstrengungen, um diesen Gedanken zu widerstehen. ☐ Ich lasse allen derartigen Gedanken freien Lauf, ohne zu versuchen, sie zu kontrollieren. Dabei habe ich allerdings ein ungutes Gefühl. ☐ Ich lasse diesen Gedanken freien Lauf.
6.	Wenn Sie kein Suchtmittel nehmen, wie erfolgreich können Sie dann diese Gedanken beenden oder sie zerstreuen? ☐ Es gelingt mir stets vollkommen, diese Gedanken zu beenden oder sie zu zerstreuen. ☐ Gewöhnlich kann ich diese Gedanken mit einiger Anstrengung und Konzentration beenden oder zerstreuen. ☐ Manchmal kann ich diese Gedanken beenden oder sie zerstreuen. ☐ Ich kann diese Gedanken nur ganz selten beenden und sie nur sehr schwerlich zerstreuen. ☐ Selbst für kurze Momente kann ich solche Gedanken nur selten zerstreuen.
7.	Wie stark wird Ihre berufliche Tätigkeit durch die Einnahme von Suchtmitteln beeinflusst? Gibt es etwas, was Sie deswegen nicht tun oder nicht können? (Falls Sie gerade nicht berufstätig sind: Wie sehr wäre Ihre berufliche Tätigkeit beeinflusst, falls Sie arbeiten würden?) ☐ Beeinflusst mich beruflich überhaupt nicht – ich arbeite völlig normal. ☐ Beeinflusst meine beruflichen Tätigkeiten in geringem Maße, meine Arbeitskraft insgesamt ist jedoch nicht beeinträchtigt. ☐ Beeinflusst meine berufliche Leistung eindeutig, ich komme aber noch damit zurecht. ☐ Beeinträchtigt meine berufliche Leistung ganz erheblich. ☐ Beeinträchtigt meine Arbeitsleistung völlig.

Mannheimer Craving Scale (MaCS)

8.	Wie stark wird Ihr soziales Verhalten durch die Einnahme von Suchtmitteln beeinflusst? Gibt es etwas, was Sie deswegen nicht tun oder nicht können? ☐ Beeinflusst mein soziales Verhalten überhaupt nicht – ich verhalte mich völlig normal. ☐ Beeinflusst mein soziales Verhalten in geringem Maße, mein Auftreten insgesamt ist jedoch nicht beeinträchtigt. ☐ Beeinflusst mein soziales Verhalten eindeutig, ich komme aber noch damit zurecht. ☐ Beeinträchtigt mein soziales Verhalten ganz erheblich. ☐ Beeinträchtigt mein soziales Verhalten völlig.
9.	Wenn Sie ein Suchtmittel nehmen möchten, aber daran gehindert wären, wie ängstlich oder ungehalten würden Sie dann werden? ☐ Ich würde überhaupt nicht ängstlich oder gereizt. ☐ Ich würde in geringem Maße ängstlich oder gereizt. ☐ Angst oder Reizbarkeit würden ansteigen, aber noch zu beherrschen sein. ☐ Angst oder Reizbarkeit würden für mich sehr stark und störend. ☐ Angst oder Reizbarkeit würden mich völlig überwältigen.
10.	Wie sehr bemühen Sie sich der Einnahme von Suchtmittel zu widerstehen? (Geben Sie das Ausmaß Ihrer Bemühungen um Widerstand dagegen an, nicht den Erfolg oder Misserfolg, den Sie dabei haben.) ☐ Ich konsumiere so minimal, dass es nicht notwendig ist, dagegen anzugehen. Wenn ich doch konsumiere, bemühe ich mich immer, diesem zu widerstehen. ☐ Ich versuche meistens, dem Konsum zu widerstehen. ☐ Ich unternehme einige Anstrengungen, um dem Konsum zu widerstehen. ☐ Ich lasse dem Konsum meistens freien Lauf, ohne zu versuchen, es zu kontrollieren. Dabei habe ich ein ungutes Gefühl. ☐ Ich lasse dem Konsum völlig freien Lauf.
11.	Wie stark ist Ihr Drang, Suchtmittel zu nehmen? ☐ Ich verspüre keinen Drang. ☐ Ich verspüre etwas Drang. ☐ Ich verspüre starken Drang. ☐ Ich verspüre sehr starken Drang. ☐ Der Drang ist völlig überwältigend und nicht zu beeinflussen.
12.	Wie viel Kontrolle haben Sie über Ihren Suchtmittelkonsum? ☐ Völlig unter Kontrolle. ☐ Gewöhnlich kann ich es unter willentlicher Kontrolle halten. ☐ Ich kann es nur unter Schwierigkeiten kontrollieren. ☐ Ich muss Suchtmittel nehmen und kann es nur unter Schwierigkeiten hinausschieben. ☐ Ich bin kaum in der Lage, den Suchtmittelkonsum auch nur für kurze Zeit hinauszuschieben.

© Nakovics, H., Diehl, A., Geiselhart, H., Mann, K.

Mannheimer Craving Scale (MaCS)

13.	Wie stark war während der letzten sieben Tage Ihr Verlangen nach Suchtmittel (der Wunsch danach, während der Zeit, in der sie nicht konsumierten) im Durchschnitt? 0-----100 nicht vorhanden sehr stark				
14.	Denken Sie bitte einmal an den Moment innerhalb der letzten sieben Tage zurück, als das Verlangen nach Suchtmittel am stärksten war. Wie stark war dieses Verlangen? 0-----100 nicht vorhanden sehr stark				
15.	Wie häufig hatten Sie während der letzten sieben Tage Verlangen nach einem Suchtmittel (den Wunsch danach, während der Zeit, in der sie nicht konsumierten)? 0-----100 nie immer				
16.	Wann haben Sie zuletzt ein Suchtmittel genommen? Vor <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 30px;"></td><td style="width: 20px; height: 30px;"></td><td style="width: 20px; height: 30px;"></td></tr></table> Tagen				

Anhang G: Beck-Depressions-Inventar II



Fragebogen

Name	Alter	Geschlecht m / w	Datum
------	-------	---------------------	-------

Anleitung: Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe **eine Aussage** heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich **in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben**. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen, das gilt auch für Gruppe 16 (Veränderungen der Schlafgewohnheiten) oder Gruppe 18 (Veränderungen des Appetits).

1.) Traurigkeit

- 0** Ich bin nicht traurig.
- 1** Ich bin oft traurig.
- 2** Ich bin ständig traurig.
- 3** Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte.

2.) Pessimismus

- 0** Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft.
- 1** Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst.
- 2** Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird.
- 3** Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird.

3.) Versagensgefühle

- 0** Ich fühle mich nicht als Versager.
- 1** Ich habe häufiger Versagensgefühle.
- 2** Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge.
- 3** Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

4.) Verlust von Freude

- 0** Ich kann die Dinge genauso gut genießen wie früher.
- 1** Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
- 2** Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen.
- 3** Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen.

5.) Schuldgefühle

- 0** Ich habe keine besonderen Schuldgefühle.
- 1** Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen.
- 2** Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle.
- 3** Ich habe ständig Schuldgefühle.

6.) Bestrafungsgefühle

- 0** Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein.
- 1** Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
- 2** Ich erwarte, bestraft zu werden.
- 3** Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

7.) Selbstablehnung

- 0** Ich halte von mir genauso viel wie immer.
- 1** Ich habe Vertrauen in mich verloren.
- 2** Ich bin von mir enttäuscht.
- 3** Ich lehne mich völlig ab.

8.) Selbstvorwürfe

- 0** Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst.
- 1** Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst.
- 2** Ich kritisiere mich für all meine Mängel.
- 3** Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert.

9.) Selbstmordgedanken

- 0** Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
- 1** Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
- 2** Ich möchte mich am liebsten umbringen.
- 3** Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte.

10.) Weinen

- 0** Ich weine nicht öfter als früher.
- 1** Ich weine jetzt mehr als früher.
- 2** Ich weine beim geringsten Anlass.
- 3** Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht.

PEARSON

© 2010 Pearson Assessment & Information GmbH, Frankfurt/M.



Summe Seite 1:

Bitte wenden

11.) Unruhe

- 0 Ich bin nicht unruhiger als sonst.
- 1 Ich bin unruhiger als sonst.
- 2 Ich bin so unruhig, dass es mir schwerfällt, still zu sitzen.
- 3 Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss.

12.) Interessenverlust

- 0 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren.
- 1 Ich habe weniger Interesse an anderen Menschen oder an Dingen als sonst.
- 2 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren.
- 3 Es fällt mir schwer, mich überhaupt für irgend etwas zu interessieren.

13.) Entschlussunfähigkeit

- 0 Ich bin so entschlussfreudig wie immer.
- 1 Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.
- 2 Es fällt mir sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.
- 3 Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen.

14.) Wertlosigkeit

- 0 Ich fühle mich nicht wertlos.
- 1 Ich halte mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst.
- 2 Verglichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert.
- 3 Ich fühle mich völlig wertlos.

15.) Energieverlust

- 0 Ich habe so viel Energie wie immer.
- 1 Ich habe weniger Energie als sonst.
- 2 Ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch etwas schaffe.
- 3 Ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun.

16.) Veränderungen der Schlafgewohnheiten

- 0 Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert.
- 1a Ich schlafe etwas mehr als sonst
- 1b Ich schlafe etwas weniger als sonst.
- 2a Ich schlafe viel mehr als sonst.
- 2b Ich schlafe viel weniger als sonst.
- 3a Ich schlafe fast den ganzen Tag.
- 3b Ich wache 1-2 Stunden früher auf als gewöhnlich und kann dann nicht mehr einschlafen.

17.) Reizbarkeit

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
- 1 Ich bin reizbarer als sonst.
- 2 Ich bin viel reizbarer als sonst.
- 3 Ich fühle mich dauernd gereizt.

18.) Veränderungen des Appetits

- 0 Mein Appetit hat sich nicht verändert.
- 1a Mein Appetit ist etwas schlechter als sonst.
- 1b Mein Appetit ist etwas größer als sonst.
- 2a Mein Appetit ist viel schlechter als sonst.
- 2b Mein Appetit ist viel größer als sonst.
- 3a Ich habe überhaupt keinen Appetit.
- 3b Ich habe ständig Heißhunger.

19.) Konzentrationsschwierigkeiten

- 0 Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer.
- 1 Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie sonst.
- 2 Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgend etwas zu konzentrieren.
- 3 Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren.

20.) Ermüdung oder Erschöpfung

- 0 Ich fühle mich nicht müde oder erschöpfter als sonst.
- 1 Ich werde schneller müde oder erschöpft als sonst.
- 2 Für viele Dinge, die ich üblicherweise tue, bin ich zu müde oder erschöpft.
- 3 Ich bin so müde oder erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann.

21.) Verlust an sexuellem Interesse

- 0 Mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert.
- 1 Ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher.
- 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität.
- 3 Ich habe das Interesse an Sexualität völlig verloren.

Summe Seite 2:

Übertrag Seite 1:

Gesamt Seite 1+2:

Anhang H: Befindlichkeits-Skala

Fragebogen

Bf-SR

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Eigenschaftspaaren. Bitte entscheiden Sie – ohne lange zu überlegen – welche der beiden Eigenschaften Ihrem augenblicklichen Zustand am ehesten entspricht. Machen Sie in das Kästchen vor der eher zutreffenden Eigenschaft ein Kreuz. Nur wenn Sie sich gar nicht entscheiden können, machen Sie ein Kreuz in die Spalte „weder–noch“. Bitte lassen Sie keine Zeile aus.

Ich fühle mich jetzt (Bitte in jeder Zeile nur ein Kreuz setzen!):

1.	☐ eher frisch	☐ eher matt	☐ weder–noch
2.	☐ eher teilnahmslos	☐ eher teilnehmend	☐ weder–noch
3.	☐ eher froh	☐ eher schwermütig	☐ weder–noch
4.	☐ eher erfolgreich	☐ eher erfolglos	☐ weder–noch
5.	☐ eher unentschlossen	☐ eher entschlossfreudig	☐ weder–noch
6.	☐ eher lustig	☐ eher bedrückt	☐ weder–noch
7.	☐ eher gutgelaunt	☐ eher verstimmt	☐ weder–noch
8.	☐ eher appetitlos	☐ eher appetitfreudig	☐ weder–noch
9.	☐ eher gesellig	☐ eher zurückgezogen	☐ weder–noch
10.	☐ eher minderwertig	☐ eher vollwertig	☐ weder–noch
11.	☐ eher entspannt	☐ eher gespannt	☐ weder–noch
12.	☐ eher glücklich	☐ eher unglücklich	☐ weder–noch
13.	☐ eher zurückhaltend	☐ eher offen	☐ weder–noch
14.	☐ eher sicher	☐ eher bedroht	☐ weder–noch
15.	☐ eher ausgewogen	☐ eher innerlich getrieben	☐ weder–noch
16.	☐ eher selbstsicher	☐ eher unsicher	☐ weder–noch
17.	☐ eher elend	☐ eher wohl	☐ weder–noch
18.	☐ eher beweglich	☐ eher starr	☐ weder–noch
19.	☐ eher müde	☐ eher ausgeruht	☐ weder–noch
20.	☐ eher zögernd	☐ eher bestimmt	☐ weder–noch
21.	☐ eher ruhig	☐ eher unruhig	☐ weder–noch
22.	☐ eher träge	☐ eher schwungvoll	☐ weder–noch
23.	☐ eher nutzlos	☐ eher unentbehrlich	☐ weder–noch
24.	☐ eher schwerfällig	☐ eher lebhaft	☐ weder–noch
Wird vom Untersucher ausgefüllt:			
1.-24.	Summe 1:	Summe 2:	Summe 3:

RW (Summe 1 + Summe 2 + Summe 3):

PR:

T-Wert:

Stanine:

HOGREFE 

© Hogrefe Verlag, Göttingen
Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten
Best.-Nr. 04 251 03

Anhang I: Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit

Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA) – Kurzversion

	fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
Ich bin offen für die Erfahrung des Augenblicks.				
Ich spüre in meinen Körper hinein, sei es beim Essen, Kochen, Putzen, Reden.				
Wenn ich merke, dass ich abwesend war, kehre ich sanft zur Erfahrung des Augenblicks zurück.				
Ich kann mich selbst wertschätzen.				
Ich achte auf die Motive meiner Handlungen.				
Ich sehe meine Fehler und Schwierigkeiten, ohne mich zu verurteilen.				
Ich bin in Kontakt mit meinen Erfahrungen, hier und jetzt.				
Ich nehme unangenehme Erfahrungen an.				
Ich bin mir selbst gegenüber freundlich, wenn Dinge schief laufen.				
Ich beobachte meine Gefühle, ohne mich in ihnen zu verlieren.				
In schwierigen Situationen kann ich innehalten.				
Ich erlebe Momente innerer Ruhe und Gelassenheit, selbst wenn äußerlich Schmerzen und Unruhe da sind.				
Ich bin ungeduldig mit mir und meinen Mitmenschen.				
Ich kann darüber lächeln, wenn ich sehe, wie ich mir manchmal das Leben schwer mache.				

Anhang J: Ränge der Versuchsgruppen in den abhängigen Variablen

Ränge

	Gruppenzugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
BFSR prä SUM	Kontrollgruppe	12	13,50	162,00
	Yoga	9	7,67	69,00
	Gesamt	21		
BFSR post SUM	Kontrollgruppe	12	10,75	129,00
	Yoga	9	11,33	102,00
	Gesamt	21		
BFSR prä MEAN	Kontrollgruppe	12	12,42	149,00
	Yoga	9	9,11	82,00
	Gesamt	21		
BFSR post MEAN	Kontrollgruppe	12	10,58	127,00
	Yoga	9	11,56	104,00
	Gesamt	21		
BDI prä SUM	Kontrollgruppe	12	11,33	136,00
	Yoga	9	10,56	95,00
	Gesamt	21		
BDI post SUM	Kontrollgruppe	12	11,21	134,50
	Yoga	9	10,72	96,50
	Gesamt	21		
BDI prä MEAN	Kontrollgruppe	12	11,46	137,50
	Yoga	9	10,39	93,50
	Gesamt	21		
BDI post MEAN	Kontrollgruppe	12	11,21	134,50
	Yoga	9	10,72	96,50
	Gesamt	21		
SSWE prä SUM	Kontrollgruppe	12	10,96	131,50
	Yoga	9	11,06	99,50
	Gesamt	21		
SSWE post SUM	Kontrollgruppe	12	11,17	134,00
	Yoga	9	10,78	97,00
	Gesamt	21		
SSWE prä MEAN	Kontrollgruppe	12	10,79	129,50
	Yoga	9	11,28	101,50
	Gesamt	21		
SSWE post MEAN	Kontrollgruppe	12	10,21	122,50
	Yoga	9	12,06	108,50
	Gesamt	21		
AUDIT prä SUM	Kontrollgruppe	12	11,96	143,50
	Yoga	9	9,72	87,50
	Gesamt	21		
AUDIT post SUM	Kontrollgruppe	12	10,67	128,00
	Yoga	7	8,86	62,00
	Gesamt	19		
AUDIT prä MEAN	Kontrollgruppe	12	12,46	149,50
	Yoga	9	9,06	81,50
	Gesamt	21		

Anhang K: Statistik des U-Tests

Statistik des U-Tests

	BFSR prä SUM	BFSR post SUM	BDI prä SUM	BDI post SUM	SSWE prä SUM	SSWE post SUM	AUDIT prä SUM	AUDIT post SUM	SOCRATES prä SUM	SOCRATES post SUM	FFA prä SUM
Mann-Whitney-U	24	51	50	51.5	53.5	52	42.5	34	51.5	39	51
Wilcoxon-W	69	129	95	96.5	131.5	97	87.5	62	96.5	117	129
Z	-2.13	-.21	-.29	-.18	-.04	-.14	-.82	-.68	-.18	-.7	-.21
Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	.03*	.83	.78	.86	.97	.89	.41	.5	.86	.49	.83
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	.03(a)	.86(a)	.81(a)	.86(a)	.97(a)	.92(a)	.42(a)	.54(a)	.86(a)	.52(a)	.86(a)

a Nicht für Bindungen korrigiert.

b Gruppenvariable: Gruppenzugehörigkeit

Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: Jochum, Eva

Matrikelnummer: 142101078

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig ohne fremde Hilfe und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle sinngemäß und wörtlich übernommenen Textstellen aus der Literatur bzw. dem Internet habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum: Hamburg, 25.08.2016

Unterschrift: _____