

# Ein Jahr danach — Selbst- und Fremdkatamnestische Befunde zur Situation von Patienten einer 6wöchigen Alkohol-Entziehungskur

*Günter Krampen und Luise Nispel*

Universität Erlangen—Nürnberg, FBII — Psychologie I

## 1. Problemstellung

Katamnestische Untersuchungen zu therapeutischen Interventionen bedürfen wohl allgemein keiner besonderen Begründung. Ihr evaluativer, Theorienbildung und Praxis beeinflussender Wert steht nicht in Frage. Bei der Therapie von Alkoholkranken kommt ihnen nun noch eine besondere Bedeutung zu, auf die z. B. von *John* (1979) und *Watzl* (1979) verwiesen wird: zum einen ist der finanzielle Aufwand für die Entziehungsprogramme sehr hoch, zum anderen scheint es so zu sein, daß sich diese gesundheitspolitischen Investitionen nur zu einem geringen Prozentsatz „rentieren“. Literaturübersichten über Behandlungsergebnisse bei der Therapie von Alkoholkranken (vgl. *Emrick*, 1974; *Olbrich* und *Watzl*, 1978) belegen zumeist die „Ein-Drittel-Faustregel“, nach der etwa 33 % der behandelten Alkoholiker zum Katamnesezeitpunkt noch abstinent sind. Die von *Olbrich & Watzl* (1978) für den empirischen Mittelwert aus vielen Studien (vgl. *Emrick*, 1974) berechneten Grenzwerte für die Erfolgsverteilung liegen bei 10,5 % und 53,5 % und zeigen die breite Streuung der Erfolgswahrscheinlichkeiten. Dabei scheint zunächst die Länge des Katamnesezeitraumes eine Rolle zu spielen; überblickt man jedoch verschiedene Arbeiten, so stellt man fest, daß die Befunde hierzu nur wenig Konsistenz aufweisen (vgl. etwa *Rae*, 1972; *Amor*, *Polich* und *Stambul*, 1976; *Cohen* et al., 1976; *John*, 1979). Neben Stichprobenunterschieden (etwa weibliche Alkoholkranken versus männliche), der Frage der Übertragbarkeit anglo-amerikanischer Befunde auf westdeutsche Verhältnisse (die etwa von *Olbrich* und *Watzl*, 1978 kurz diskutiert und global bejaht wird), können auch methodische Unterschiede zwischen den einzelnen Untersuchungen wesentlich sein. Es geht dabei zunächst um das Problem, wie man möglichst viele ehemalige Patienten einer Entziehungsbehandlung erreicht und von ihnen möglichst ökonomisch objektive, reliable und valide katamnestische Daten erhält. *John* (1979) konnte hier etwa belegen, daß sowohl für die ermittelten Abstinenzraten als auch für weitere erhobene Variablen

(etwa Familiensituation, Wohnsituation, Arbeitssituation) keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen durch Interview und Fragebogen befragten Personen bestehen. Seine Befunde belegen somit, daß vor allem unter dem Aspekt der Ökonomie auch postalisch versandte Fragebogen brauchbare Katamneseinstrumente sein können. Es werden allerdings von manchen Autoren Bedenken geäußert, daß Selbstbeurteilungen von Alkoholikern wenig valide sei (siehe etwa V a n i c e l l i, P f a u und R y b a c k, 1976). S o b e l l und S o b e l l (1975) konnten dagegen zeigen, daß ambulant behandelte Alkoholiker sowohl über Alkohol-bezogene als auch über andere Themen ehrliche und valide Aussagen machen. C o h e n et al. (1976) verglichen selbst- und fremdkatamnestische Daten und stellten nur geringe Unterschiede in den jeweils ermittelten Abstinenzquoten fest.

Zur Evaluation von Behandlungsprogrammen muß nun — neben diesen methodischen Problemen (siehe hierzu auch W a t z l, 1979) — vor allem noch die Dauer und Art der Behandlungen selbst ins Auge gefaßt werden. Die vorgelegten Untersuchungen beschäftigen sich zum größten Teil mit der Katamnese bei Patienten, die eine mehrmonatige Therapie hinter sich haben (meist Therapien von ca. 6 Monaten in Fachkliniken für Suchtkranke; siehe etwa A n t o n s, 1976; F u n k e et al., 1978); Kurzzeittherapien von 6 Wochen, wie sie etwa von den Entziehungsstationen einiger Allgemeinkrankenhäuser angeboten werden, findet man dagegen in der Literatur seltener dokumentiert (zum Problem von Langzeit- und Kurzzeittherapien bei Alkoholkranken siehe auch K e u p, S e i d e l und P r i t z s c h e, 1976). Bedenkt man, daß viele Alkoholkranken einen Langzeitaufenthalt in Fach- oder Kurkliniken aus familiären, finanziellen, beruflichen und/oder sozialen Gründen scheuen, und von daher eher einer Kurzzeittherapie zustreben, so wird die Relevanz kurzzeittherapeutischer Programme bei Alkoholikern deutlich. Die wesentliche Frage ist dabei freilich: wie effektiv sind solche Kurzzeittherapien bei Alkoholkranken, werden die Vorteile für den Erkrankten im sozialen/beruflichen Bereich auch durch den therapeutischen Nutzen solcher Programme aufgewogen? Zudem ist bei Kurzzeittherapien zu vermuten, daß die Vorselektion der Patienten (vgl. W a t z l, 1979) geringer sein wird als bei Langzeittherapien. Es ist naheliegend, daß Kurzzeittherapien z. T. Selektionsinstanzen für Langzeittherapien sind. Die Effektivität von Kurzzeittherapien ist dann der Punkt, der Auskunft über ihre „Selektionskraft“ gibt.

Im folgenden werden die Befunde zu einer katamnestischen Untersuchung bei Alkoholikern vorgelegt, die an einer stationären Kurzzeittherapie von 6 Wochen Dauer teilgenommen haben. Es handelt sich um eine post hoc-Studie, die auf Daten aus der Patientenkartei, selbst- und fremdkatamnestischen Angaben beruht, und die von uns als Voruntersuchung (zur Abschätzung der Tauglichkeit der Erhebungsinstrumente) geplant war.

Im einzelnen geht es in der vorliegenden Studie um folgende Fragen: (1) Unterscheiden sich ehemalige Patienten einer Entziehungskur, die den Katamnesefragebogen bearbeiten und zurücksenden, von denen, die nicht an der Katamnese teilnehmen, in Variablen, die in den Klinikakten enthalten sind (etwa Geschlecht, Alter, Einschätzungen durch den Therapeuten etc.)? (2) Wie hoch ist die von den ehemaligen Patienten selbst angegebene Abstinenzrate nach einer 6wöchigen stationären Entziehungskur? (3) Welche Beziehungen bestehen zwischen individuellem Therapieerfolg und Angaben der Patienten zur familiären, beruflichen und allgemeinen gesundheitlichen Situation? (4) Welche Beziehungen bestehen zwischen Therapieerfolg und Daten, die bei Therapiebeginn erhoben wurden? (5) Lassen sich abstinent gebliebene Personen von Rückfallern durch ein affektives Polaritätenprofil (Selbstbild) unterscheiden? (6) Wie hoch ist die von den Hausärzten angegebene Abstinenzrate? (7) Welche Beziehungen bestehen zwischen Therapieerfolg und Angaben der Ärzte zur familiären, beruflichen und allgemein-gesundheitlichen Situation der Patienten? (8) Stimmen die selbst- und fremdkatamnestischen Angaben überein? Zusätzlich soll der Frage nachgegangen werden, ob bei den einzelnen Daten und Fragestellungen Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Alkoholkranken bestehen (zu Unterschieden zwischen Alkoholikerinnen und Alkoholikern siehe etwa M u l f o r d, 1977; M a n t e k, 1979).

## 2. Methoden

Als Untersuchungspopulation (unausgelesene Stichprobe) dienten alle Patienten, die zwischen Mai 1977 und Februar 1978 auf der Station K IV (St. Kamillus) des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Trier stationär behandelt wurden (N = 210). Insgesamt 66 Patienten (partiell durch uns bedingte Schwundquote; siehe hierzu W a t z l, 1979) wurden aus folgenden Gründen nicht befragt: (a) 30 Patienten, da sie nicht am normalen Behandlungsprogramm teilnahmen (im einzelnen: 7 Patienten waren nur 10 Tage zur Entgiftung auf der Station, 2 Patienten nahmen wegen fortgeschrittenem körperlichem und psychischem Verfall nicht am regulären Programm teil, 7 Patienten wurden aus disziplinarischen Gründen entlassen, 14 Patienten brachen die Behandlung von sich aus vorzeitig ab); (b) 11 Patienten, bei denen eine andere Diagnose als Alkoholismus vorlag (10 x reine Tablettenabhängigkeit, 1 x Rauschgiftabhängigkeit); (c) 6 Patienten, die in der Zwischenzeit verstorben sind; (d) 19 Patienten, deren Adresse sich als postalisch nicht zustellbar erwies.

Von der Gesamtpopulation wurden also 144 ehemalige Patienten angeschrieben (= 68,6%). Die katamnestische Befragung dieser Patienten und ihrer, in den Patientenakten vermerkten, Ärzte (meist die Hausärzte, die die Einweisung der Patienten zur Entziehungskur vorgenommen hatten) wurde 12 bis 20 Monate nach Behandlungsabschluß durchgeführt (diese hohe interindividuelle Variation des Katamnesezeitpunktes kommt durch den beachteten Therapiezeitraum von 10 Monaten zustande). Der Katamnesezeitraum beträgt also minimal ein Jahr.

Die Analysen der vorliegenden Untersuchung basieren auf drei Datenquellen:

(1) *Aus den Patientenakten*: Alter, Geschlecht und Familienstand der Patienten; Zahl der bisherigen Entziehungskuren; Arbeitsplatz vorhanden oder nicht; Zusatzdiagnosen; ob während der Therapie Kontakte mit den Angehörigen des Patienten zustande kam; Einschätzung der Patienteneinstellung zur Abstinenz und zur ambulanten Nachbetreuung durch den Therapeuten bei Therapieabschluß.

(2) *Selbstkatamnese*: Den Patienten wurde zusammen mit einem Begleitschreiben und einem adressierten und frankierten Rückumschlag ein Fragebogen zugesandt, in dem zunächst danach gefragt wurde, ob sich seit der Entlassung aus der Klinik (a) die familiäre Situation, (b) die berufliche

Lage, (c) der allgemeine Gesundheitszustand verändert hat. Daran schloß sich die Frage an: Sind Sie seit der Entlassung aus der Klinik abstinent (trocken) geblieben (6 Abstufungen von „ja, vollkommen abstinent“ bis „nein, ich trinke wie vor dem Klinikaufenthalt“)? Ferner wurde gefragt, ob sich der Patient erneut einer (oder mehreren) Entziehungskuren unterzogen hat, und ob er an den Sitzungen einer ambulanten Nachbetreuungsgruppe teilnimmt. Dann war noch Platz für ergänzende Bemerkungen des Patienten freigelassen worden. Zusätzlich sollten die ehemaligen Patienten die „affective checklist“ (AC) von *Adamson, Fostakowski und Chebib* (1974) bearbeiten. In Form eines aus 25 Eigenschaftspaaren bestehenden Polaritätsprofils wird nach der Selbstbeschreibung (Selbstbild) der Personen auf 7stufigen Schätzkalen gefragt (die deutsche Übersetzung der Polaritäten ist u. a. in Tabelle 1 wiedergegeben).

(3) *Fremdkatamnese*: Den Ärzten, die die Patienten zur Entziehungsbehandlung überwiesen hatten, wurde zusammen mit einem Begleitschreiben und einem adressierten und frankierten Rückumschlag ein Fragebogen zugesandt, der folgende Daten erhob: (a) Zahl der Arztkonsultationen nach der Entziehungskur; (b) Zahl der Arztkonsultationen nach der Entziehungskur wegen Alkoholmißbrauch bzw. alkoholbedingten Erkrankungen; (c) Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, der familiären und beruflichen Lage des Patienten; (d) Einschätzung, ob der Patient zur Zeit abstinent ist; (e) Einschätzung, ob der Patient seit der Entziehungsbehandlung abstinent ist oder ob Rückfälle vorlagen (wenn ja: leichter Rückfall, schwerer Rückfall oder „trinkt wie früher“).

Bevor auf die Charakterisierung der von uns untersuchten Stichprobe eingegangen wird, soll kurz das therapeutische Vorgehen in der stationären Entziehungskur skizziert werden (weiteres dazu bei *Nispel* 1978)<sup>1</sup>. Therapieziel ist die Einsicht des Patienten in die eigene Abhängigkeit und Erkrankung und die Motivierung zu einer abstinenten Lebensweise (siehe hierzu etwa auch *Antons* 1977a). Neben der medizinischen Behandlung wird soziotherapeutisch (Sport- und Beschäftigungstherapie in Gruppen), informativ (eher direktiv-pädagogische Informationsvorträge), einzeln- und gruppenpsychotherapeutisch (vor allem Gesprächsgruppen mit maximal 12 Patienten unter Leitung eines Therapeuten) gearbeitet. Schwerpunkt ist dabei der Transfer von der Entziehungskur in die natürliche Umwelt des Patienten. Durch Kontakte mit den Angehörigen und Kontakte des Patienten mit Nachbetreuungsgruppen wird versucht, diese Zeit vorzubereiten. Bei den hier eingesetzten „Bausteinen der Alkoholismustherapie“ (*Antons* 1977a) sind die im Vergleich zu Langzeittherapien (vgl. etwa *Antons* 1977b) erheblichen zeitlichen und organisatorischen Einschränkungen stets zu bedenken.

Die von uns katamnestisch untersuchte Stichprobe (N = 144) besteht aus 93 Männern und 51 Frauen. Das durchschnittliche Alter betrug zu Beginn der Entziehungsbehandlung  $\bar{x} = 39,9$  Jahre ( $s = 9,49$  Jahre). Für 76,4 % der Patienten war diese Entziehungskur die erste, für 23,6 % (= 34 Personen) die zweite (N = 21), die dritte (N = 3), die vierte (N = 5), die fünfte (N = 3) oder die sechste (N = 2). Für 14,6 % der Patienten lagen zusätzliche Diagnosen (etwa Polytoxikomanie, Suizidversuch, Angstneurose) vor. Von den angeschriebenen Patienten antworteten 60 (Rücklaufquote: 41,7 %), von den angeschriebenen Ärzten 100 (Rücklaufquote: 69,4 %), wobei allerdings anzumerken ist, daß 28 Ärzte den katamnestischen Fragebogen leer zurücksenden mußten, da sie den Patienten seit der Entziehungskur nicht mehr behandelt hatten. Insgesamt liegen somit von 80,55 % (N = 116) Patienten katamnestische Informationen in irgendeiner Form vor.

1) Dieses Merkblatt wird von der Coautorin auf Anfrage gerne übersandt.

### 3. Ergebnisse

Parallel zur Reihenfolge der oben aufgeführten Fragestellungen sollen nun die Befunde dargestellt werden. Zunächst geht es dabei um die Frage, ob man an Hand der in der Patientenkartei enthaltenen Daten „Antworter“ von „Nicht-Antwortern“ bei der Selbstkatamnese unterscheiden kann. Im Anschluß werden die selbst- und fremdkatamnestischen Befunde zunächst getrennt dargestellt, dann werden die Interdependenzen zwischen ihnen analysiert.

#### 3.1. Vergleich der „Antworter“ mit den „Nicht-Antwortern“

Bei postalischen Befragungen stellt sich allgemein das Problem der Rücksendequoten (vgl. hierzu etwa Sieber, 1979). Vanicelli, Pfau und Ryback (1976) geben sie bei Alkoholikern mit 50–67 % an. Interessant ist nun die Frage, ob sich Personen, die sich an katamnestischen Untersuchungen beteiligen, also den Fragebogen ausgefüllt zurücksenden („Antworter“), von denen unterschätzte Interesse des Patienten an einer Nachbetreuungsgruppe deutet in der Tendenz auf einen Unterschied ( $\chi^2 = 1,377$ , bei  $df = 2$ ,  $p = .089$ ): Patienten, bei denen schon am Ende der Entziehungsbehandlung Kontakt zu einer ambulanten Selbsthilfegruppe bestand, antworteten zu 55,6 %, Patienten, bei denen der Kontakt geplant war, zu 40,0 % und Patienten, die kein Interesse an einer Nachbetreuungsgruppe hatten, nur zu 29,7 %.

#### 3.2. Selbstkatamnestische Angaben

Bezogen auf die Gesamtstichprobe von 144 angeschriebenen Patienten gaben 25,7 % ( $N = 37$ ) an, daß sie zum Zeitpunkt der Katamnese abstinent leben, bezogen auf die Gesamtpopulation der im Zeitraum von Mai 1977 bis Februar 1978 behandelten Alkoholkranken sind dies 18,6 %, bezogen auf die Gruppe der „Antworter“ sind dies 61,7 %. Die auf die Gesamtstichprobe bezogene Abstinenzrate liegt somit (als konservative Schätzung) unterhalb der „Ein-Drittel-Faustregel“ (vgl. Olbrich und Watzl, 1978). Sie stimmt etwa mit den Befunden von Armoret al. (1976) überein. Die Abstinenzrate von 61,7 % bei den ehemaligen Patienten, die sich an der Katamnese beteiligt haben, liegt dagegen sogar über dem Grenzwert von 53,3 % Erfolg, den Olbrich und Watzl (1978) angeben. Hier ist allerdings zu bedenken, daß in diesen Wert zusätzlich die Fehlerquelle des Patientenschwundes eingeht, was die erhaltene Rate positiv beeinflusst (siehe hierzu Watzl, 1979). Von den Patienten, die geantwortet haben, bezeichnen sich 23 (16 % bezogen auf die Gesamtstichprobe)

als nicht abstinent. Sehr ähnlich sehen die selbstkatamnestischen Angaben der Patienten zu den Fragen nach Veränderung im familiären, beruflichen und allgemeinen gesundheitlichen Bereich aus. Zweidimensionale Chi-Quadrattests der Häufigkeitsverteilungen dieser Variablen mit der zur Abstinenzangabe zeigen, daß eine erfolgreiche Behandlung, also Abstinenz, einhergeht mit positiven Veränderungen in allen drei Bereichen: ehemalige Patienten, die angeben, abstinent zu leben, geben auch an, daß sich ihre familiäre ( $\text{Chi}^2 = 18,59$  mit  $\text{df} = 10$ ;  $p < .05$ ), berufliche ( $\text{Chi}^2 = 45,27$ ,  $\text{df} = 10$ ,  $p < .001$ ) und gesundheitliche Situation ( $\text{Chi}^2 = 32,53$ ,  $\text{df} = 10$ ,  $p < .001$ ) verbessert habe, wogegen Patienten, die angeben, nicht (mehr) abstinent zu sein, in allen drei Bereichen Verschlechterungen wahrnehmen. Die interne Konsistenz der Kriterien einer erfolgreichen Behandlung des Alkoholikers ist hier nach den Angaben der Patienten selbst sehr hoch (vgl. auch etwa E m r i c k, 1974).

Zu den selbstkatamnestischen Angaben kann noch hinzugefügt werden, daß von den Patienten, die angeben, nicht abstinent zu leben, insgesamt 10 angaben, erneut an einer Entziehungsbehandlung teilgenommen zu haben. Zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen wurden die folgenden Angaben gemacht: 57,7 % der Antworter nehmen nie an den Gruppengesprächen teil, 22 % selten und 20,3 % regelmäßig. Die Analyse des Zusammenhangs von durch den Patienten angegebener Abstinenz/Nicht-Abstinenz und dem Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe erbrachte einen Chi-Quadratwert von 24,16, der mit  $\text{df} = 15$  das Signifikanzniveau von 5 % nur knapp überschreitet ( $p = .0625$ ): im Trend geben ehemalige Patienten, die nach eigenen Angaben nie an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen, eher an, „wie früher (also vor der Entziehungskur) zu trinken“. Insgesamt 34 Patienten (56,7 % der Antworter) machen z. T. sehr ausführliche zusätzliche Bemerkungen auf dem Katamnesefragebogen.

Die katamnestischen Angaben der Patienten wurden dann in Bezug gesetzt zu den Daten aus der Patientenakte, also Daten, die während der Entziehungsbehandlung erhoben worden waren. Chi-Quadrattests der Häufigkeitsverteilungen von Selbstangaben zur Abstinenz bzw. zum Kontakt zu Nachbetreuungsgruppen ergaben für **keine** der Variablen aus der Patientenakte einen signifikanten Wert. Die selbstkatamnestischen Angaben, also auch die Abstinenzquote, sind unabhängig von Geschlecht, Alter und Familienstand der Patienten zum Zeitpunkt der Entziehungsbehandlung; sie sind ferner unabhängig von der Frage, ob damals ein Arbeitsplatz vorhanden war oder nicht, ob während der Therapie ein Kontakt zu den Angehörigen zustande kam oder nicht; es konnten ebenfalls keine statistisch überzufälligen Beziehungen zwischen Abstinenzangaben und den Therapeuteinschätzungen von „Einstellung zur Abstinenz“ und „Nachbetreuungsinteresse“ am Ende der Behandlung festgestellt werden.

### 3.3. *Selbstbild der ehemaligen Patienten*

Zur Prüfung von Fragestellungen (5), ob sich abstinenten Personen von denen, die nach der Entziehungsbehandlung nicht abstinent geblieben sind, an Hand des Polaritätenprofils unterscheiden lassen, wurde eine lineare Diskriminanzanalyse durchgeführt, in die die 25 affektiven Selbstbildeinschätzungen des AC zur Trennung der beiden Gruppen eingesetzt wurden. Die diskriminanzanalytischen Gewichte der 25 Skalen sind zusammen mit den Mittelwerten beider Gruppen in Tabelle 1 aufgeführt. Die Zuordnungsergebnisse aufgrund der Diskriminanzfunktion sind in Tabelle 2 wiedergegeben. Die varianzanalytische Prüfung des Trennergebnisses (vgl. hierzu *W e b e r* 1967) ergab den Wert von  $F = 2545,25$  ( $df_1 = 25$ ,  $df_2 = 34$ ;  $p < .01$ ). Abstinente und nicht-abstinent gebliebene ehemalige Patienten lassen sich also durch den AC unterscheiden, was sich auch in dem relativ hohen Rangtrennschärfekoeffizienten von .66 niederschlägt. Die Zahl der Fehlklassifikationen durch die Diskriminanzanalyse liegt bei 23,3 % : 8 Personen, die einen Rückfall angeben, werden diskriminanzanalytisch der Gruppe von Abstinenten, und 6 Personen, die angeben, abstinent zu leben, der Gruppe der „Rückfaller“ zugeordnet. Die Gewichte in Tabelle 1 zeigen, daß vor allem die Eigenschaftspaare „wankend versus standhaft“, „erfolgreich versus nicht erfolgreich“, „sicher versus unsicher“, „gesund versus krank“, „voller Schwung versus müde“, „glücklich versus traurig“, „schwach versus stark“ und „angespannt versus entspannt“ einen hohen Beitrag zur diskriminanzanalytischen Trennung der beiden Gruppen liefern.

Angemerkt sei nur noch kurz das dimensionsanalytische Ergebnis zum AC. Eine Hauptkomponenten-Faktorenanalyse (multiple Korrelationen als Kommunalitätsschätzungen, Varimax-Rotation) ergab 7 Faktoren mit Eigenwerten  $c_{ij} > 1,00$ , die 82,2 % der Gesamtvarianz aufklären. Exakte Analysen der faktoriellen Struktur des AC sollen jedoch weiteren Arbeiten vorbehalten bleiben.

### 3.4. *Fremdkatamnestische Angaben*

Von 100 (= 69,4 %) der 144 angeschriebenen Hausärzte der Patienten erhielten wir den Katamnesefragebogen ausgefüllt zurück. Davon gaben 28 Ärzte an, den Patienten seit der Entziehungskur nicht mehr gesehen zu haben (keine Konsultationen seitdem), weitere 10 Ärzte gaben an, keine Informationen über das gegenwärtige Trinkverhalten des Patienten zu haben. Es verbleiben somit 62 Patienten (= 43,1 % der Gesamtstichprobe), von denen fremdkatamnestische Angaben vorliegen. Davon werden 31 Patienten von den behandelnden Ärzten als seit der Entziehungskur abstinent bezeichnet. Bezogen auf die Gesamtstichprobe sind dies 21,5 %, bezogen auf die Rücklaufquote sind dies exakt 50 %. Ähnlich sehen die Angaben der Ärzte zur familiären, beruflichen und allgemeingesundheitlichen Situation der Patienten aus: Interdependenzanalysen dieser Variablen mit den Abstinenzangaben (durchgeführt mit Chi-Quadratstests)

Tabelle 1

Mittelwerte und B-Koeffizienten der analytischen linearen Diskrimination der Abstinente und der „Rückfall“ an Hand der AC-Variablen

AC-Eigenschaftspaar	Mittelwerte		B-Koeffizient*
	37 Abstinente	23 „Rückfall“	
1. freundlich/un-	1.24	1.91	6.49
2. reizbar/gelassen	4.03	3.43	-6.50
3. wankend/standhaft	5.51	2.43	-12.14
4. erfolgreich/nicht -	1.68	3.74	10.57
5. in sich gekehrt/aus sich rausgehend	4.46	3.39	-6.14
6. friedfertig/aggressiv	1.70	2.43	6.04
7. schwach/stark	4.68	2.96	-9.09
8. sicher/unsicher	1.78	3.83	11.37
9. gesund/krank	1.41	3.48	10.72
10. kalt/warm	3.49	3.30	-4.20
11. voller Schwung/müde	1.76	4.48	11.61
12. angespannt/ent-	3.73	2.74	-9.05
13. kritisch/tolerant	3.41	3.39	-3.24
14. männlich/un-	1.38	2.39	6.22
15. pessimistisch/optimistisch	3.76	3.74	-4.26
16. sensibel/un-	2.62	1.65	-4.04
17. eingebildet/bescheiden	5.05	5.57	-0.51
18. kontaktfreudig/scheu	1.97	2.70	7.57
19. verschlossen/offen	4.92	3.74	-8.48
20. ängstlich/nicht -	4.92	3.74	-8.16
21. hart/weich	3.19	4.04	5.10
22. vertrauensvoll/mißtrauisch	2.43	3.13	5.37
23. glücklich/traurig	1.86	4.13	10.40
24. nervös/ruhig	4.19	2.83	-8.08
25. nachtragend/nicht -	5.41	4.74	-4.60

\* Konstante der linearen Diskriminanzfunktion: 97,29.

zeigen, daß die Ärzte bei abstinent gebliebenen Patienten auch positive Veränderungen des allgemeinen Gesundheitszustandes ( $\text{Chi}^2 = 30,04$ ;  $\text{df} = 2$ ,  $p < .001$ ) und der familiären Situation des Patienten ( $\text{Chi}^2 = 16,89$ ;  $\text{df} = 2$ ,  $p < .001$ ) feststellen; nur für die Einschätzung der beruflichen Situation konnte keine signifikante Beziehung zur Abstinenz ermittelt werden ( $\text{Chi}^2 = 9,29$ ;  $\text{df} = 2$ , n. s.).

Tabelle 2

Diskriminanzanalytische Trennung der Abstinenten von den „Rückfallern“ auf der Basis der 25 Variablen des AC

		zugeordnet zu Gruppe		Ausgangs-
		Abstinente	„Rückfaller“	größe
zugehörig zur Gruppe der	Abstinenten	29	8*	37
	„Rückfaller“	6*	17	23
Endgröße		35	25	60

\* Fehlklassifizierte Personen (23,3%).

Mit Ausnahme der Berufssituation kann man also von einer relativ hohen internen Konsistenz der Arztrückmeldungen sprechen, die auf eine ganzheitliche Sichtweise des Patienten hinweist, wobei allerdings die Gefahr von Halo-Effekten in der Beurteilung bedacht werden muß.

Ebenso wie bei den selbstkatamnestischen Angaben wurden dann die fremdkatamnestischen Angaben der Ärzte über die Abstinenz/den Rückfall ihrer Patienten mit den Daten aus den Patientenakten in Beziehung gesetzt. Mit einer Ausnahme konnten auch hier keine statistisch bedeutsamen Beziehungen (für die Variablen Geschlecht, Alter, Familienstand der Patienten etc.) ermittelt werden. Die Ausnahme ist die Therapeuteinschätzung der Einstellung des Patienten zur Abstinenz am Ende der Entziehungskur. Im Trend ( $\text{Chi}^2 = 8,71$ ;  $\text{df} = 4$ ,  $p = .0686$ ) geben die Ärzte bei solchen Patienten eher eine anhaltende Abstinenz an, bei denen am Ende der Entziehungsbehandlung die Einstellung, daß sie prinzipiell keinen Alkohol mehr trinken möchten, explorativ ermittelt wurde; schaut man sich die Häufigkeitsverteilungen an, so sticht vor allem die Tatsache hervor, daß alle Patienten, die am Ende der Entziehungskur angaben, kontrolliert trinken zu wollen, von den Ärzten als „Rückfaller“ bezeichnet werden.

### 3.5. Vergleich der selbst- und fremdkatamnestischen Angaben

Ein Vergleich von selbst- und fremdkatamnestischen Angaben war uns bei 44 Patienten (= 30,6 % der Gesamtstichprobe), von denen uns sowohl der Katamnesefragebogen der Patienten als auch der der Ärzte vorliegt, möglich. Die bei ehemaligen Patienten und deren Ärzten parallel erhobenen Daten über das Trinkverhalten, die berufliche, familiäre und gesundheitliche Situation wurden

durch Chi-Quadrattests in Beziehung gesetzt. Es ergaben sich für alle vier Bereiche hoch signifikante Kontingenzmaße. Für die Einschätzung des Trinkverhaltens ergab sich ein Prüfwert von  $\text{Chi}^2 = 40,87$  ( $\text{df} = 12$ ,  $p = .0001$ ), der auf die hohe Übereinstimmung selbst- und fremdkatamnestischer Angaben hinweist. Bei nur 7 Patienten liegen diskrepante Angaben vor; die Abweichung ist in allen Fällen der Art, daß die Ärzte schwere Rückfälle angeben, wogegen die Patienten selbst allenfalls nur einen einmaligen, leichten Rückfall oder Abstinenz rückmelden. Die Übereinstimmung der anderen selbst- und fremdkatamnestischen Angaben dokumentiert sich ebenfalls in statistisch hoch signifikanten Testwerten: für den allgemeinen Gesundheitszustand beträgt der Wert  $\text{Chi}^2 = 13,13$  ( $\text{df} = 4$ ,  $p = .0107$ ), für die familiäre Situation  $\text{Chi}^2 = 14,57$  ( $\text{df} = 4$ ,  $p = .0057$ ) und für die berufliche Situation  $\text{Chi}^2 = 38,01$  ( $\text{df} = 4$ ,  $p < .001$ ).

#### 4. Diskussion

Die Relativität katamnestischer Angaben zur „Erfolgsquote“ von Behandlungsprogrammen bei Alkoholkranken wird in der vorliegenden Arbeit deutlich. Bezieht man die Abstinenzrate auf die Gruppe der ehemaligen Patienten, die den katamnestischen Fragebogen ausgefüllt zurückgesandt haben („Antwörter“), so erhält man einen Wert von 61,7 % (bei der Fremdkatamnese durch die behandelnden Ärzte: 50,0 %). Bezieht man die Abstinenzrate auf die Gesamtstichprobe der angeschriebenen ehemaligen Patienten (und deren Ärzte), so erhalten wir für die Selbstkatamnese eine Erfolgsrate von 25,7 %, für die Fremdkatamnese eine von 21,5 %. In diesen Werten ist die Fehlerquelle des Patientenschwundes eliminiert. W a t z l (1979) schätzt, daß bei 80 % der nicht erfaßten Patienten ein Rückfall vorliegen dürfte; in einer Hochrechnung würde dies in den vorliegenden Untersuchungen zu geschätzten Abstinentraten von 37,4 % (Selbstkatamnese) bzw. 32,9 % (Fremdkatamnese) führen. Schalten wir auch die Fehlerquelle der Behandlungsabbrüche aus, beziehen uns also auf die Gesamtpopulation der in einem Zeitraum von 10 Monaten behandelten Patienten, so erreichen wir gesicherte Abstinenzraten von 18,6 % (Selbstkatamnese) bzw. 15,6 % (Fremdkatamnese). Die vorgelegten Ergebnisse bestätigen generell die „Ein-Drittel-Faustregel“ bei der Erfolgsabschätzung der Alkoholismustherapie, sie stehen in Einklang mit Erfolgsangaben in einer Vielzahl von empirischen Untersuchungen (siehe etwa E m r i c k, 1974; O l b r i c h und W a t z l, 1978). Daraus kann die Folgerung gezogen werden, daß Kurzzeittherapien von 6 Wochen neben der Langzeittherapie bei Alkoholkranken durchaus ihre Berechtigung haben. Übereinstimmend wurde von vielen Autoren bislang festgestellt, daß Unterschiede in der Effektivität verschiedener Arten der Intervention bei Alkoholikern kaum vorliegen (vgl. etwa E m r i c k, 1974; A r m o r et al., 1976; K e u p et al., 1976; M i l l e r, 1978; O l b r i c h und W a t z l, 1978). K e u p et al. (1976) ziehen etwa den Schluß, daß es bei der Alkoholismus-

therapie nicht ein einziges richtiges Vorgehen gibt, sondern daß die Vielfalt der Behandlungsansätze ihre Berechtigung haben. Was bleibt, ist letztlich die bislang ungelöste Indikationsfrage, welcher Patient am besten, d. h. mit den höchsten Erfolgsaussichten, an welcher Art von Therapie teilnehmen sollte (vgl. hierzu auch K r a m p e n und N i s p e l, 1979). Auch das Problem der Indikation von Kurzzeit- oder Langzeittherapien bei Alkoholkranken sollte nicht qua „Versuch- und Irrtumsverhalten“ der Art gelöst werden, daß man zunächst eine Kurzzeittherapie empfiehlt und später erst — nämlich bei Mißerfolg — eine Langzeittherapie; es ist vielmehr notwendig, auch für diese Entscheidungen Indikationskriterien zu entwickeln, die hypothetisch etwa in Variablen wie Schwere der Erkrankung, Stabilität der sozialen, familiären und beruflichen Situation und vor allem in den motivationalen Einstellungen des Patienten vermutet werden können.

In der vorliegenden Studie konnte die Tauglichkeit von postalisch versandten Katamnesefragebogen allgemein bestätigt werden (vgl. auch J o h n, 1979). Die Übereinstimmung der selbst- und fremdkatamnestischen Angaben ist in allen erfragten Variablen relativ hoch, was die Befunde von C o h e n et al. (1976) bestätigt, und Bedenken, wie sie etwa von V a n i c e l l i et al. (1976) geäußert werden, daß bei Fragebogen die Wahrscheinlichkeit unrichtiger Angaben hoch sei, zumindest partiell widerlegt.

Hervorzuheben sind auch die Befunde zur hohen Konsistenz der selbst- und fremdkatamnestischen Angaben zu unterschiedlichen Aspekten des Krankheitsverlaufes bzw. ihrer Besserung. Eine erfolgreiche Therapie des Alkoholismus geht also nicht nur mit verändertem Trinkverhalten, sondern auch mit positiven Veränderungen in familiären, beruflichen und allgemein-gesundheitlichen Bereich einher. Dies bestätigt vorliegende Ergebnisse (siehe etwa P o k o r n y et al., 1971; R a e, 1972; E m r i c k, 1974; B r o m e t und M o o s, 1977; J o h n, 1979). In Einklang steht dies auch mit den diskriminanzanalytischen Befunden zum Selbstbild erfolgreicher und nicht erfolgreicher Patienten. Die Eigenschaftspaare des AC, die über die höchsten Gewichte auf der Diskriminanzfunktion verfügen, zeigen, daß sich die Gruppe der abstinent gebliebenen ehemaligen Patienten eher als standhaft, erfolgreich, stark, sicher, gesund, voller Schwung, entspannt, glücklich, offen und nicht ängstlich beschreibt als die „Rückfaller“. Insgesamt ergibt sich also ein sehr konsistentes Bild einer erfolgreichen Alkoholismustherapie, die auch als Selbstbild der Patienten verändert (zur Bedeutung des Selbstbildes für die Ätiopathogenese des Alkoholismus siehe etwa B e r g, 1971; A n t o n s - B r a n d i et al., 1977; G r ü n b e r g e r, 1977). Im Gegensatz zu A d a m s o n et al. (1974) gelang hier die diskriminanzanalytische Trennung der Gruppen zwar nicht vollständig, die Quote von 76,7 % richtiger Zuordnungen an Hand der 25 Selbstbeschreibungseigenschaftspaare belegt jedoch die Relevanz affektiver Variablen für die Heilung des Alkoholikers (siehe auch R u s s e l l und M e h r a b i a n, 1975). A d a m s o n

et al. (1974) verwendeten neben dem AC noch motivationale Variablen in der Diskriminanzanalyse, die hier nicht erhoben wurden. In späteren Untersuchungen sollte ihnen — wie auch anderen Variablen aus dem Bereich sozialer Einstellungen, generalisierter Erwartungshaltungen (siehe Krampen und Nispel, 1978) und der subjektiven Wahrnehmung therapeutischer Umwelten (siehe Cronkite und Moos, 1978) — Beachtung geschenkt werden.

Abschließend soll noch kurz auf zwei Ergebnisaspekte eingegangen werden, die wir in dieser Form nicht erwartet haben. Obwohl in der Literatur z. T. erhebliche Unterschiede in der Ätiopathogenese des Alkoholismus bei Frauen und Männern dokumentiert sind (siehe etwa Mulford, 1977; Mantek, 1979), konnten hier für die Erfolgswahrscheinlichkeit bei der Teilnahme an einer 6wöchigen Entziehungsbehandlung keine geschlechtsspezifischen Unterschiede ermittelt werden. Keine der katamnestic erhobenen Variablen steht in statistisch bedeutsamen Beziehungen zum Geschlecht der Patienten. Ähnlich sieht es bei der Teilnahme an ambulanten Selbsthilfegruppen nach Abschluß der Entziehungsbehandlung aus. Hier konnten wir statistisch nur Trends (also Interdependenzwahrscheinlichkeiten, die über  $p = .05$  liegen) feststellen: nur im Trend geben ehemalige Patienten, die an ambulanten Gruppensitzungen teilnehmen, eher an, seit der Entziehungskur abstinent zu leben. Interessant ist auch, daß das am Ende der Entziehungsbehandlung durch den Therapeuten eingeschätzte Interesse an einer solchen ambulanten Nachbetreuung die einzige Variable ist, die (ebenfalls im Trend) zwischen „Antwortern“ und „Nichtantwortern“ bei der katamnesticen Datenerhebung unterscheidet. Auch hier sind freilich Folgestudien notwendig, die neben anderen Variablen eventuell auch zusätzlich weitere fremdkatamnestiche Quellen (etwa die Mitarbeiter in ambulanten Beratungsstellen etc.) einbeziehen.

## Zusammenfassung

Selbst- und fremdkatamnestiche Befunde zu einer 6wöchigen stationären Entziehungsbehandlung bei Alkoholikern werden vorgelegt. 144 ehemalige Patienten und deren Hausärzte wurden 12 bis 20 Monate nach Therapieabschluß angeschrieben und um Rückmeldung gebeten. Befunde sind u. a.: die Abstinenzrate liegt bei 34%; die selbst- und fremdkatamnestiche Angaben stimmen gut überein; eine erfolgreiche Alkoholismustherapie geht nicht nur mit verändertem Trinkverhalten, sondern auch mit positiven Veränderungen im familiären, beruflichen und allgemein gesundheitlichen Bereich einher; Therapieerfolg ist unabhängig von Geschlecht, Alter und Familienstand der Personen; durch einen Selbstbildfragebogen lassen sich abstinent gebliebene Personen von „Rückfallern“ gut diskriminieren. Die Ergebnisse werden mit Bezug (a) auf die Indikationsfrage (Kurzzeit- versus Langzeittherapie), (b) auf methodische Probleme bei katamnesticen Studien diskutiert.

## Summary

Short-time treatment with alcoholics — A follow-up at one year: Evaluative data concerning the outcome of a short-time treatment with alcoholics (6 weeks) are gathered 12—20 months after the treatment from the patients and their family doctors (N = 144). Results are: abstinence-rate is ca. 34 %; data from patients and their family doctors do agree; outcome criteria like drinking behavior, family situation, occupational situation and general health are interrelated; treatment success is independent of sex, age and family status of the patients; selfconcept-data discriminate between successful and not successful treatment participants. The results are discussed with reference to indication of short-versus long-time treatment and to methodological problems of follow-up studies.

## Literatur

- Adamson, J. D., Fostakowsky, R. T. und Chebib, F. S.: 1974. Measures associated with outcome on one year follow-up of male alcoholics. *British Journal of Addiction* **69**, 325—337.
- Antons, K.: 1977 (a). Die Therapie des Alkoholismus — Methoden und Probleme. In: Antons, K. und Schulz, W. (Ed.) Normales Trinken und Suchtentwicklung. Band 2. Göttingen: Hogrefe. p. 117—142.
- Antons, K.: 1977 (b). Die Therapie des Kurhauses Ringgenhof. In: Antons, K. und Schulz, W. (Ed.) Normales Trinken und Suchtentwicklung. Band 2. Göttingen: Hogrefe. p. 143—179.
- Antons-Brandi, V., Prestel, W. und Ziegler, G.: 1977. Werte in der Therapie einer offenen Fachklinik für Suchtkranke. In: Antons, K. und Schulz, W. (Ed.) Normales Trinken und Suchtentwicklung. Band 2. Göttingen: Hogrefe. p. 180—203.
- Armor, D. J., Polich, J. M. und Stambul, H. B.: 1976. *Alcoholism and treatment*. Santa Monica, Ca.: The Rand Corporation.
- Berg, N. L.: 1971. Effects of alcohol intoxication on self-concept. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* **32**, 442—453.
- Bromet, E. und Moos, R.: 1977. Environmental resources and the posttreatment functioning of alcoholic patients. *Journal of Health and Social Behavior* **18**, 326—338.
- Cohen, R., Davis-Osterkamp, S., Koppenhöfer, E., Müllner, E., Olbrich, R., Rist, F. und Watzl, H.: 1976. Ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm für alkoholranke Frauen. *Nervenarzt* **47**, 300—306.
- Emrick, C. D.: 1974. A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* **35**, 523—549.
- Funke, J., Klein, M., Petersson, J. und Huebner, M.: 1978. *Katamnese 1978*. Trier: Universität Trier (unveröffentlichtes Manuskript).
- Grünberger, J.: 1977. *Psychodiagnostik des Alkoholkranken*. Wien: Maudrich.

- John, U.: 1979. Zwei Methoden der Therapieerfolgskontrolle bei Alkoholkranken: empirische Ergebnisse. *Suchtgefahren* 25, 65—78.
- Keup, W., Seidel, M. und Pritzsche, G.: 1976. Der Stellenwert der Kurzzeit- und Langzeittherapie bei Alkoholkranken. *Suchtgefahren* 22, 15—20.
- Krampen, G. und Nispel, L.: 1978. Zur subjektiven Handlungsfreiheit von Alkoholikern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 7, 295—303.
- Krampen, G. und Nispel, L.: 1979. Zur Dimensionalität des Alkoholismus. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 8, 181—194.
- Mantek, M.: 1979. *Frauen-Alkoholismus*. München: Reinhardt.
- Miller, W. R.: 1978. Behavioral treatment of problem drinkers: A comparative outcome study of three controlled drinking therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46, 74—86.
- Mulford, H. A.: 1977. Women and men problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol* 38, 1624—1639.
- Nispel, L.: 1978. Merkblatt für die Patienten auf der Station für Suchtkranke. Trier: Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.
- Olbrich, R. und Watzl, H.: 1978. Behandlungsergebnisse in der Therapie des Alkoholismus. Eine Übersicht. *Suchtgefahren* 24, 1—8.
- Pokorny, A. D., Miller, B. A., Kanas, T. E. und Valles, J.: 1971. Dimensions of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 32, 699—705.
- Rae, J. B.: 1972. The influence of wives on the treatment outcome of alcoholics: A follow-up study at two years. *British Journal of Psychiatry* 120, 601—613.
- Russell, J. A. und Mehrabian, A.: 1975. The mediating role of emotions in alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol* 36, 1508—1538.
- Sieber, M.: 1979. Zur Erhöhung der Rücksendequoten bei einer postalischen Befragung. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie* 26, 334—340.
- Sobell, L. C. und Sobell, M. B.: 1975. Outpatients alcoholics give valid self-reports. *Journal of Nervous and Mental Disease* 161, 32—42.
- Vanicelli, M., Pfau, B. und Ryback, R. S.: 1976. Data attrition in follow-up studies of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol* 37, 1325—1330.
- Watzl, H.: 1979. Überlegungen zur Bewertung von Abstinenzraten. *Suchtgefahren* 25, 37—38.
- W e b e r, E.: 1967<sup>6</sup>. *Grundriß der biologischen Statistik*. Jena: Gustav Fischer Verlag.

#### **Anschrift der Verfasser:**

Dr. Günter Krampen  
Universität Erlangen-Nürnberg, FB 11 — Psychologie I,  
Regensburger Str. 160, 8500 Nürnberg

Dipl.-Psych. Luise Nispel  
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Station K 4,  
Nordallee 2—4, 5500 Trier