

Persönlichkeits- und Krankheitsvariablen als Prädiktoren des Therapieerfolges bei Alkoholabhängigen

GÜNTER KRAMPEN

Universität Trier, FB I – Psychologie

Zusammenfassung. Die Hypothese, daß aus einem handlungstheoretischen Ansatz abgeleitete Persönlichkeitsvariablen einen eigenständigen, über den von krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen hinausgehenden Vorhersagewert für den Erfolg einer stationären Kurzzeittherapie bei Alkoholabhängigen haben, wird empirisch überprüft. Bei den Patienten einer Suchtkrankenklinik (N = 191) wurden vor Therapiebeginn krankheitsbezogene (Dauer des Alkoholismus, Variabilität des Konsums, Symptomstärke etc.) und behandlungsbezogene Daten (Therapiemotivation, Krankheitseinsicht) sowie Persönlichkeitsvariablen (Selbstbild, Kontrollüberzeugungen, Hoffnungslosigkeit) erhoben. 34 Patienten brachen die Behandlung vorzeitig ab. In der ein Jahr nach Behandlungsabschluß durchgeführten Katamnese (bei den Patienten, ihren Ärzten und den kontaktierten Beratungsstellen) ergaben sich (je nach Kriterium und Bezugsgruppe) Abstinenzraten zwischen 33 und 77 Prozent. Für katamnestische abstinenten versus nicht abstinenten ehemalige Patienten, die die ganze Behandlung durchliefen, ergaben sich diskriminanzanalytisch u. a. folgende Befunde: (1) weder der Satz der krankheits- und behandlungsbezogenen Daten noch der der Persönlichkeitsvariablen vermag alleine signifikant zwischen beiden Gruppen zu trennen; (2) durch die Zusammenfassung beider Prädiktorsätze gelangen sehr gute Trennungen (Effektstärke bis zu 74 Prozent!), wobei den Variablen Selbstbild, Internalität und fatalistische Externalität sowie einigen Indikatoren des Erkrankungsgrades die höchste prognostische Bedeutung zukommt. Durch Vergleiche der diskriminanzanalytischen Kennwerte konnte der eigenständige prognostische Wert der Persönlichkeitsvariablen bestätigt werden. Die Unterscheidung von Therapieabbrechern, Abstinenter und «Rückfallern» in einer multiplen Diskriminanzanalyse gelang dagegen nicht, obwohl sich in Einzelvergleichen Spezifika der Therapieabbrecher zeigen. Die Diskussion bezieht sich auf die indikative Bedeutung der Persönlichkeitsvariablen und der Psychodiagnostik für die Zuweisung von Alkoholabhängigen zu stationären Kurzzeitbehandlungen.

Abstract. The results of a one-year follow-up study evaluating a short-term (six-week) treatment of alcoholics are presented, in which the hypothesis is tested that personality variables (from an action and social learning theory of personality) have an independent (exceeding that of illness- and therapy-related variables) prognostic value for therapeutic outcome. At the beginning of the treatment the following variables were collected (N = 191 alcoholics): illness-related data (like variability of alcohol consumption patterns, duration of alcoholism, symptomatology), therapy-related data (motivation for treatment, insight in disease), and personality variables (self concept, hopelessness, three aspects of locus of control: internality, powerful others externality, chance control). 34 patients did not participate in the whole treatment program. With reference to the number of catamnestic questionnaires returned the quotas for abstinence are 77.5 (patients), 61.4 (family doctors), and 62.9 percent (counseling centers catamnestic data). With reference to the total sample the quota varies between 33 and 43 percent. Discriminant analyses show that neither the illness- and therapy-related predictors nor the personality variables solitary discriminate significantly between abstinent and not abstinent patients. All predictors together lead to very good discriminant-analytical results (effects size up to 74 percent). Self concept, internality and chance control have (besides some illness-related variables) the relative highest prognostical relevance for therapeutic outcome. Comparisons of the discriminant-analytical parameters confirm the independent value of the personality variables for therapeutic outcome. The discussion refers to the indicative relevance of the personality variables and of differential psychodiagnosis for the assignment of alcoholics to short-term treatment.

1. Problemstellung

Die Zahl der in der Fachliteratur veröffentlichten katamnestischen Untersuchungsbefunde

zum Nutzen der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen hat in den letzten Jahren stark zugenommen (vgl. etwa die Übersichten bei EMRICK 1974, 1975; OLBRICH & WATZL 1978;

BERGER 1980). Im wesentlichen wird durch diese Studien die inzwischen berühmte «Ein-Drittel-Faustregel» bestätigt, nach der etwa 33 Prozent der stationär behandelten Alkoholiker ein bis zwei Jahre nach Therapieschluß noch abstinent leben. Abweichungen von dieser Quote nach unten (siehe z. B. WEGENER 1982) und nach oben (siehe z. B. RIETH 1977; FUNKE & KLEIN 1981) können recht gut mit Spezifika der Behandlungsprogramme (etwa Kurz- versus Langzeitbehandlung), der untersuchten Patientengruppen (Geschlechtsverteilung, durchschnittliche Krankheitsbelastung) und/oder der Untersuchungsmethodik (Katamnesezeitraum, Datenquellen, Definition des Erfolgskriteriums, Bezugsgruppe bei der Bestimmung von Abstinenzquoten etc.; vgl. WATZL 1979) erklärt werden. Sind diese und andere Arbeiten durchaus als ein Beitrag zu einer ersten, groben systematischen Evaluation medizinisch-psychologischer Interventionen bei Suchtkranken zu begrüßen, die – etwa den Kostenträgern – den Wert der Behandlung verdeutlichen, so bleibt ihr Erkenntniswert für die Verbesserung der Erfolgsquoten und die (Weiter-)Entwicklung von Behandlungsprogrammen doch beschränkt. Sie konzentrieren sich im besten Falle auf methodische Probleme katamnestischer Studien (etwa Optimierung von Rücklaufquoten, Vergleiche von Erhebungsmodi und von Datenquellen; siehe etwa JOHN 1979; KRAMPEN & NISPEN 1983), führen jedoch inhaltlich – auch in ihrer Häufung – nicht weiter. Neben der Lösung solcher methodischer Probleme und der Entwicklung allgemeiner Standards für Katamnesen¹ muß unter inhaltlichen Gesichtspunkten verstärkt der weiterführenden Frage nach der differentiellen Indikation von Behandlungsprogrammen nachgegangen werden. Informationen darüber sind das Herzstück eines Modells zur Optimierung der Behandlung von Suchtkranken (vgl. etwa FUNKE et al. 1980), da sie u. a. rationale (diagnostisch abgesicherte) Zuweisungen von Patienten zu bestimmten Behandlungstypen ermöglichen

1 Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. ist z.Z. ein Arbeitskreis mit der Entwicklung solcher allgemeiner Katamnesestandards beschäftigt (Leitung: Dr. G. Bühringer, München; Kontaktmöglichkeit über: Dipl.-Psych. H. Watzl, Universität Konstanz, Abteilung Psychologie).

und helfen, Defizite in bestehenden Behandlungsprogrammen (im Hinblick auf bestimmte Patienten) aufzudecken. Beides ist Voraussetzung für eine Erhöhung der Erfolgsquoten. In der vorliegenden Arbeit wird daher der Vorhersagewert ausgewählter Persönlichkeitsmerkmale und krankheits- sowie behandlungsbezogener Variablen für den Therapieerfolg bei einem bestimmten Behandlungstypus für Alkoholabhängige (sechswöchige stationäre Kurzzeittherapie) untersucht.

Bisherige Studien zum Vergleich von erfolgreich und nicht erfolgreich behandelten Alkoholabhängigen führten zwar nicht direkt zu widersprüchlichen, doch aber zu wenig konsistenten Ergebnissen, was – ebenso wie die in der Literatur auffindbaren unterschiedlichen Abstinenzquoten – auf Spezifika der untersuchten Patientengruppen, der Behandlungsprogramme und der Untersuchungsmethodik zurückgeführt wird (siehe GIBBS & FLANAGAN 1977; BERGER 1980). Inkonsistenzen liegen vor allem bei den als Prädiktoren des Therapieerfolges untersuchten Persönlichkeitsvariablen, weniger bei krankheitsbezogenen Variablen (wie etwa Dauer des Alkoholismus, Alter, Suchtbelastung etc.) vor. Gerade für die in der faktorenanalytischen Tradition der Persönlichkeitspsychologie stehenden Fragebogenskalen gibt es eine große Zahl wenig konsistenter Einzelbefunde, zu denen GIBBS & FLANAGAN (1977) einen guten Überblick geben. Einige Autoren (etwa FINNEY & MOOS 1977; SCHELLER & KLEIN 1982) versuchen diese skalenspezifischen, eher inkonsistenten Einzelbefunde durch Analysen der Interdependenzen von empirisch bestimmten persönlichkeitheterogenen Alkoholikertypen und Therapieerfolg zu überwinden. Basis bleibt auch in diesen Arbeiten die primär deskriptiv orientierte faktorenanalytische Tradition der Persönlichkeitspsychologie und die in ihrem Rahmen entwickelten Fragebogen zur Erfassung möglichst vieler Persönlichkeitsmerkmale. Krankheits- und behandlungsbezogene Variablen blieben bei diesen Analysen bislang ausgeblendet.

Im folgenden wird (unter Verzicht auf reduktiv-typologische Analysen) der für die Psychodiagnostik grundlegenden Frage nachgegangen, ob auf dem Hintergrund eines alternativen (nicht nur deskriptiv, sondern auch prognostisch orientierten) persönlichkeitspsychologischen

Ansatzes ausgewählte Persönlichkeitsvariablen überhaupt einen über den von krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen hinausgehenden Vorhersagewert für den Therapieerfolg bei Alkoholikern haben. Basis der Auswahl von Persönlichkeitsvariablen sind dabei die handlungstheoretischen Ansätze vom Erwartungs-Wert-Typ. In ihnen wird davon ausgegangen, daß der relative prognostische Wert von situationsspezifischen Kognitionen und von Persönlichkeitsvariablen eine Funktion der Neuheit und/oder Ambiguität einer Situation für das Individuum ist (ROTTER 1972; KRAMPEN 1982): In bekannten, eindeutig interpretierbaren («well-defined») Handlungssituationen kann auf situationsspezifische Kognitionen (Erwartungen, Handlungsziele etc.) rekuriert werden (u. U. auch in habitualisierter Form), der Vorhersagewert allgemeinerer Persönlichkeitsvariablen ist gering. Befindet sich das Individuum dagegen in einer ambiguiden und/oder subjektiv neuartigen («ill-defined») Situation, für die (noch) keine adäquaten kognitiven Repräsentationen und Strukturierungen vorliegen, wovon bei Alkoholabhängigen vor und zu Beginn einer Entziehungsbehandlung ausgegangen werden kann, so ist der prognostische Wert von Persönlichkeitsmerkmalen für das Handeln der Person hoch. In einem solchen, um Persönlichkeitskonstrukte erweiterten handlungstheoretischen Modell kommt neben den Wertorientierungen und Interessen des Individuums generalisierten Erwartungshaltungen (wie Kontrollüberzeugungen, Selbstkonzeptvariablen, Hoffnungslosigkeit, Vertrauen) eine zentrale Stellung zu (siehe KRAMPEN 1980, 1982, 1984). Zudem wird bei diesen Variablen davon ausgegangen, daß sie aus der Generalisierung situativer Erfahrungen entstehen (also das Ergebnis von Lernprozessen sind). Damit kann ihnen auch für das mittlere und höhere Lebensalter Plastizität unterstellt werden (die z. T. auch empirisch belegt ist; siehe etwa SMITH 1970; APPELT 1979; KRAMPEN 1982), womit die oft gestellte, bislang jedoch nicht klar beantwortete Frage, ob bestimmte Persönlichkeitscharakteristika für Alkoholismus prädisponierend oder Folgen der Erkrankung sind (vgl. etwa GRÜNBERGER 1977), in ihrer Bedeutung für die differentielle Indikationsforschung (nicht jedoch für die ätiologische!) zurückgestellt werden kann. Geht man von der bei

Alkoholabhängigen vor einer Behandlung gegebenen Persönlichkeitsstruktur aus, so weisen auch vorliegende Befunde auf die Relevanz der angesprochenen Variablen. In den Arbeiten von MACHOVER, PUZZO & PLUMEAU (1962), GRÜNBERGER (1977) sowie KRAMPEN & VON EYE (1979) konnten Spezifika in den Werthierarchien und -strukturen von Alkoholikern nachgewiesen werden, bei KRAMPEN & NISPEL (1981) sowie RIST & WATZL (1983) erwiesen sich Variablen aus dem Bereich des Selbstkonzepts (Selbstbild, Selbstwirksamkeits-Erwartungen) als relevant für die Vorhersage der Abstinenz, die Hoffnungslosigkeit ist bei Alkoholikern im Vergleich zu Gesunden deutlich erhöht (siehe KRAMPEN & NISPEL 1978) und für die Variable der Kontrollüberzeugungen zeichnet sich inzwischen ab, daß durch Konstrukt differenzierungen die in früheren Studien ermittelten widersprüchlichen Befunde (vgl. zusammenfassend WEISSBACH, VOGLER & CHOMPTON 1976) aufgelöst werden können. Bei CASTER & PARSONS (1977) erwies sich so insbesondere die durch Fatalismus bedingte Externalität in den Kontrollüberzeugungen als eine für den Therapieerfolg relevante Prädiktorvariable (siehe hierzu auch KRAMPEN & NISPEL 1978; APPELT 1979). Auch diese Befunde motivierten dazu, den relativen prognostischen «Mehrwert» (mehrerer) dieser Persönlichkeitsvariablen für den Therapieerfolg bei Alkoholabhängigen gegenüber krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen, die in der anamnestischen Standarddiagnostik in der einen oder anderen Form erhoben werden, zu überprüfen (zur Notwendigkeit der Trennung von Symptom- und Persönlichkeitsstörungen und der Notwendigkeit, beide Aspekte in Klassifikationssystemen und der Differentialdiagnostik zu berücksichtigen siehe etwa SCHMIDT 1978).

Im folgenden geht es also zunächst allgemein um die Frage, für welche Alkoholabhängigen eine stationäre Kurzzeittherapie (von sechs Wochen Dauer) effektiv ist, für welche dagegen weniger oder nicht. Diese Frage soll durch Vergleiche ehemaliger Patienten, die ein Jahr nach Behandlungsabschluß noch abstinent leben, und solchen, die (spätestens) zu diesem Zeitpunkt wieder trinken, beantwortet werden. Zur Sicherung der Validität der katamnestischen Daten werden neben den Patienten auch deren Hausärzte und ggfs. die von ihnen kontaktierten Be-

ratungsstellen befragt, wobei neben Fragen zum Trinkverhalten auch solche zur allgemeinen gesundheitlichen, familiären und beruflichen Situation eingeschlossen sind. Als separate Vergleichsgruppe dienen ferner Patienten, die die Behandlung vorzeitig abgebrochen haben. Obwohl für Entziehungsbehandlungen in der Literatur recht hohe Abbrecherquoten (bis zu 50%!) dokumentiert sind (siehe etwa RIETH 1977; BERGER 1980), hat man sich bislang mit dieser Gruppe, durch die der Mißerfolg therapeutischer Bemühungen am deutlichsten wird (und die wohl deshalb bei der Berechnung von Abstinenzquoten oftmals unterschlagen wird), kaum beschäftigt. Variablen-spezifisch soll ferner die Arbeitshypothese überprüft werden, daß den Persönlichkeitsmerkmalen Kontrollüberzeugungen, Hoffnungslosigkeit und Selbstkonzept ein eigenständiger, über krankheits- und behandlungsbezogene Variablen hinausgehender prognostischer Wert für den Therapieerfolg zukommt. Mit dieser Hypothese wird direkt die z. T. in Zweifel gezogene Bedeutung (vgl. etwa verschiedene Beiträge bei PULVER, LANG & SCHMIDT 1978), einer therapieorientierten Persönlichkeitsdiagnostik angesprochen.

2. Methoden

Im folgenden werden die Methoden der Datenerhebung und -auswertung ausführlich dargestellt, zum Therapiekonzept und zu den katamnestischen Befunden wird dagegen nur ein Überblick gegeben, da sie bereits an anderer Stelle dokumentiert sind (siehe KRAMPEN & NISPEL 1983).

2.1 Datenerhebungen²

Zu Beginn der stationären Behandlung wurden bei allen Patienten einer Suchtkrankenstation zunächst in standardisierter Form die folgenden krankheitsbezogenen Variablen («Symptomstörungen» nach SCHMIDT 1978), die zum allgemeinen Repertoire der anamnestischen Standard-

2 Für die Durchführung der Datenerhebungsarbeiten danke ich Frau Dipl.-Psych. Luise Nispel ganz herzlich.

diagnostik bei Alkoholabhängigen gehören, erhoben:

- 1) Dauer des Alkoholismus, Variabilität des Alkoholkonsums (Indexvariable zur Variabilität nach Trinkorten und -zeiten) und Suchtbelastung (Indexvariable aus Häufigkeit des Alkohol-, Medikamenten- und Tabakkonsums) nach dem Verfahrensvorschlag von ROHAN (1976);
- 2) Ausmaß des Wirkungstrinkens (perzipierte Gründe für Alkoholkonsum), der Symptomatik, der beruflichen/sozialen Problembelastung und der familiären Problembelastung mit dem bei KRAMPEN & NISPEL (1979) vorgestellten «Fragebogen für Alkoholranke» (FFA, Version 2), der mit 34 dichotom zu beantwortenden Items diese vier faktorenanalytisch gewonnenen Skalen umfaßt. Die interne Konsistenz der Skalen liegt in der vorliegenden Stichprobe zwischen $r_{tt} = .68$ und $r_{tt} = .88$, was die ersten Befunde zu ihm (KRAMPEN & NISPEL 1979) bestätigt.

Neben dem Alter der Patienten, dessen Höhe nach vorliegenden Befunden (siehe etwa BERGER 1980) leicht mit dem Therapieerfolg assoziiert ist, wurden ferner die beiden folgenden behandlungsbezogenen Variablen erhoben:

- 3) Motivation für die Entziehungsbehandlung mit einem durch den Operationalisierungsansatz von LEMERE, O'HOLLAREN & MAXWELL (1958) angeregten und neu entwickelten Fragebogen, dessen 14 auf 5stufigen Likert-Skalen zu beantwortende Items verschiedenste Motive für die Teilnahme an einer Entziehungsbehandlung thematisieren. Die interne Konsistenz dieser «Motivation for Treatment of Alcoholism Scale» (MFTA-Skala) liegt bei $r_{tt} = .71$;
- 4) Krankheitseinsicht als ein Zusatzitem der MFTA-Skala, bei dem die Patienten auf einer 7stufigen Likert-Skala angeben sollen, an welcher Position sie sich selbst zwischen den Extrema «Abstinenter» und «Trinker» sehen.

Diese insgesamt zehn krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen (Alkoholismusbauer, Variabilität, Suchtbelastung, vier FFA-Skalen, MFTA-Skala, Krankheitseinsicht, und Alter) werden im folgenden als Variablen- oder Prädiktorsatz I bezeichnet. Zum Variablen- oder Prädiktorsatz II gehören die folgenden,

ebenfalls zu Beginn der stationären Behandlung erhobenen Persönlichkeitsvariablen:

- 1) Hoffnungslosigkeit, definiert als negative Erwartungen einer Person über sich selbst und über ihr zukünftiges Leben (mit den Extrema «Optimismus» und «Pessimismus»). Eingesetzt wurde die aus 20 Items bestehende H-Skala (KRAMPEN 1979; hier: $r_{tt} = .83$);
- 2) Drei Aspekte generalisierter Kontrollüberzeugungen (Internalität, sozial bedingte Externalität und fatalistische Externalität), erhoben mit dem IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (KRAMPEN 1981; hier: $r_{tt} = .68, .67$ und $.72$);
- 3) Das Selbstbild (als ein Aspekt des Selbstkonzepts) der Patienten mit dem von ADAMSON, FOSTAKOWSKI & CHEBIB (1974) übernommenen Polaritätsprofil, das sich bereits bei KRAMPEN & NISPEL (1981) für die Trennung von erfolgreich und nicht erfolgreich behandelten Alkoholabhängigen bewährt hat. Damit die Zahl der Prädiktorvariablen nicht zu groß wird, wird hier auf die itemspezifische Auswertung verzichtet und es wird mit einem einfachen Summenwert gearbeitet, in den normativ nicht eindeutig zu klassifizierende Items (das sind die Items mit den Nummern 13, 14, 17 und 21 bei KRAMPEN & NISPEL 1981) nicht eingehen, und der die Dimension negatives versus positives Selbstbild konstituiert (7stufiges Antwortformat). Die interne Konsistenz dieser Selbstbild-Skala liegt bei $r_{tt} = .84$.

Jeweils ein Jahr nach Abschluß der stationären Behandlung wurden die Patienten, die am ganzen Behandlungsprogramm teilgenommen haben, angeschrieben und um die Beantwortung eines Fragebogens gebeten, in dem zunächst gefragt wurde, ob sich seit der Klinikentlassung (a) die familiäre Situation, (b) die berufliche Situation und (c) der allgemeine Gesundheitszustand verbessert oder verschlechtert hat, oder ob keine Veränderung aufgetreten ist. Danach wurde gefragt, ob sie seit der Entlassung abstinent geblieben sind (abgestufte Antwortmöglichkeiten von «ja, vollkommen abstinent» bis «nein, ich trinke wie vor dem Klinikaufenthalt» mit zwei Zwischenstufen, die sich auf die Häufigkeit und Schwere von Rückfällen beziehen). Parallel zu den ehemaligen Patienten wurden die Ärzte (meist die Hausärzte), die die Überweisung zur

stationären Behandlung vorgenommen hatten, und ggf. vor oder während der Therapie kontaktierte Beratungsstellen (N = 63) mit der Bitte um die Beantwortung analoger Fragen angeschrieben.

2.2 Therapiekonzept

Die Behandlung erstreckt sich als Kurzzeittherapie über nur sechs Wochen und findet auf der Suchtkrankenstation eines Allgemeinkrankenhauses statt. Die dadurch gegebenen zeitlichen und organisatorischen Beschränkungen müssen bedacht werden (siehe hierzu auch KRAMPEN & NISPEL 1981, 1983). Therapieziel ist die Einsicht des Patienten in seine Abhängigkeit und die Motivierung zu einer abstinenten Lebensweise. Ergänzend zur medizinischen Behandlung wird soziotherapeutisch (Sport- und Beschäftigungstherapie in Gruppen, Gespräche mit den Angehörigen), informativ (Gesundheitserziehung), einzel- und gruppentherapeutisch (themenzentrierte Gesprächsgruppen mit maximal 12 Patienten, Dipl.-Psychologe und Cotherapeut) gearbeitet. Ein Schwerpunkt der Behandlung liegt auf der Anbahnung von Kontakten für die ambulante Nachbetreuung der Patienten.

2.3 Katamnestische Befunde und Untersuchungsgruppen

Die Population der Untersuchung besteht aus den 225 während eines halben Jahres auf der Suchtkrankenstation eines Allgemeinkrankenhauses (Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Trier) aufgenommenen Patienten. A priori aus der Stichprobe ausgeschlossen wurden 17 Patienten, die nur zur körperlichen Entgiftung auf der Station waren, 8 Patienten mit reiner Medikamentenabhängigkeit und 9 Patienten, die wegen fortgeschrittenem körperlichen und psychischen Verfall nicht am regulären Behandlungsprogramm teilnahmen. Von den verbleibenden 191 Patienten wurden 10 aus disziplinarischen Gründen vorzeitig entlassen, weitere 24 Patienten brachen die Behandlung von sich aus vorzeitig ab (N = 34 «Abbrecher»; 15,1%). Diese Abbruchquote entspricht etwa der von RIETH (1977) für Fachkliniken angegebenen. Von den 157 Patienten, die die Behandlung re-

gular durchliefen, antworteten in der ein Jahr später durchgeführten Katamnese 89 (Rücklauf: 56,7%). Bei den angeschriebenen Ärzten liegt der Rücklauf bei 82,1%, bei den Beratungsstellen bei 100%, wobei allerdings berücksichtigt werden muß, daß häufiger keine Angaben gemacht werden konnten, da keine Informationen über die aktuelle Situation der ehemaligen Patienten vorlagen. Bezogen auf den Rücklauf geben 77,5% (N = 69) der Patienten an, abstinent (d. h. auch ohne Rückfall) zu leben (Fremdkatamnese über Ärzte: 61,4%, N = 51; über Beratungsstellen: 62,9%, N = 22); bezogen auf die Zahl der angeschriebenen Patienten (bzw. Ärzte und Beratungsstellen) liegen die Abstinenzquoten (als konservative Schätzung) bei 43,9% (Patienten), 33,8% (Ärzte) und 34,9% (Beratungsstellen), wobei davon ausgegangen wird, daß alle Patienten, über die keine katamnestischen Daten vorliegen, nicht abstinent geblieben sind. Unter der gleichen Annahme reduzieren sich die Quoten bei Bezug auf die Gesamtzahl der Patienten, die die Behandlung begonnen haben (also unter Einschluß der «Abbrecher»), auf 36,1% (Patienten), 26,7% (Ärzte) und 11,5% (Beratungsstellen, bei denen berücksichtigt werden muß, daß sie nur für 63 Patienten angeschrieben wurden, bei denen ein Kontakt angebahnt werden konnte). Diese durch den Bezug auf unterschiedliche Ausgangspopulationen sich ergebenden verschiedenen Abstinenzquoten veranschaulichen recht gut deren Relativität (siehe hierzu vor allem auch WATZL 1979). Zur Validität der katamnestischen Angaben ist zu sagen, daß sowohl die Übereinstimmung verschiedener Datenquellen (Patienten, Ärzte und Beratungsstellen) als auch die Konsistenz der vier katamnestischen Variablen (Abstinenz, gesundheitliche, familiäre und berufliche Situation) statistisch signifikant hoch ausgeprägt ist (genaues hierzu findet man bei KRAMPEN & NISPEL 1983).

2.4 Datenauswertung

Um die Problematik multipler Einzelvergleiche an einem Datensatz, die auch in der Literatur zum Alkoholismus allzu häufig in unreflektierter Form verwendet werden (siehe etwa BROSEIT-ZUCKER et al. 1982), zu verhindern, werden die Datenauswertungen diskriminanzanalytisch

durchgeführt. Maße der statistischen Signifikanz werden durch Maße der praktischen Signifikanz (Effektstärke, Anzahl richtiger Zuordnungen durch die Diskriminanzfunktion) ergänzt, um die Bedeutsamkeit der Ergebnisse besser beurteilen zu können. Im ersten Schritt der Auswertung werden die zehn krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen in ihrem Gewicht für die Trennung von erfolgreich und nicht erfolgreich behandelten Patienten untersucht. Der Prädiktorsatz wird im zweiten Schritt um die fünf erhobenen Persönlichkeitsvariablen erweitert. Die diskriminanzanalytischen Gewichte gestatten nun zwar Aussagen über den relativen Vorhersagewert einzelner Prädiktorvariablen, nicht aber solche über den von Variablengruppen. Zudem taugen sie auch deswegen nur bedingt zur statistischen Prüfung der Arbeitshypothese, in der erwartet wird, daß die Persönlichkeitsvariablen einen eigenständigen, über die krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen hinausgehenden Beitrag für die Vorhersage des Therapieerfolges erbringen, weil in ihnen die Interkorrelationen der Prädiktorvariablen nicht in Rechnung gestellt werden (siehe COOLEY & LOHNES 1971). Eine Lösung dieses Problems wird durch den folgenden F-Test möglich, in dem die Differenz zwischen dem kanonischen Korrelationskoeffizienten aus der ersten (reduzierten) Diskriminanzanalyse und dem aus der zweiten (um die Persönlichkeitsvariablen erweiterten) Diskriminanzanalyse zufallskritisch überprüft wird:

$$F = \frac{(R_v^2 - R_r^2) / (k_v - k_r)}{(1 - R_r^2) / (N - k_v)}$$

mit: $df_1 = k_v - k_r$; $df_2 = N - k_v - 1$.

Darin sind:

R_v = kanonische Korrelation aus der Diskriminanzanalyse mit dem vollständigen (erweiterten) Prädiktorsatz;

R_r = kanonische Korrelation aus der Diskriminanzanalyse mit dem reduzierten Prädiktorsatz;

k_v = Freiheitsgrade von R_v in der vollständigen Diskriminanzanalyse (im Fall zweier Gruppen: Anzahl der Prädiktoren);

k_r = Freiheitsgrade von R_r in der reduzierten Diskriminanzanalyse (im Fall zweier Gruppen: Anzahl der Prädiktoren);

N = Stichprobengröße (gesamt).

Die im zweiten Auswertungsschritt eingehenden Persönlichkeitsvariablen haben dann einen eigenständigen, über den von krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen hinausgehenden prognostischen Wert für den Therapieerfolg, wenn dieser F-Wert statistisch signifikant wird.

3. Ergebnisse

Da sich die zentrale inhaltliche Fragestellung der Untersuchung darauf bezieht, bei welchen Alkoholabhängigen eine Kurzzeitbehandlung positive Effekte hat und bei welchen nicht, konzentrieren sich die ersten Analysen auf Vergleiche von Patienten, die am ganzen Behandlungsprogramm mit unterschiedlichem (katamnestisch festgestellten) Erfolg teilgenommen haben. Hier sind auch Parallelanalysen möglich, die von den katamnestischen Rückmeldungen der ehemaligen Patienten selbst, ihren (Haus-)Ärzten und den von ihnen ggf. kontaktierten Beratungsstellen ausgehen. Der Vorhersagewert der erhobenen Variablen für den Therapieerfolg kann somit (unabhängig voneinander) dreifach überprüft werden, woraus sich Aussagen über die Konsistenz der Ergebnisse ableiten lassen.

Vorab seien die durchschnittlichen Interkorrelationen der als Prädiktorsatz verwendeten Variablen mitgeteilt, da sie für die Beurteilung der Struktur der Prädiktorsätze von Bedeutung sind. Für die zehn krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen ergab sich in der Gesamtgruppe der Patienten eine durchschnittliche Korrelation von $\bar{r} = |.21|$, für die fünf Persönlichkeitsvariablen eine von $\bar{r} = |.18|$ und für den gesamten Variablenatz (also die insgesamt 15 Variablen) eine von $\bar{r} = |.17|$. Ohne hier auf diese korrelativen Einzelbefunde genauer einzugehen, sei nur angemerkt, daß sie mit vorliegenden Ergebnissen recht gut übereinstimmen (etwa $r = .28$ für Suchtbelastung und Symptomstärke, $r = .31$ für Alter und Dauer des Alkoholismus, $r = .22$ für Hoffnungslosigkeit und Internalität) und daß sie (auch in den Einzelwerten) nicht auf zu hohe Interdependenzen der Prädiktorvariablen deuten.

Im ersten Auswertungsschritt wurden die zehn krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen in einfache Diskriminanzanalysen zur

Trennung abstinenter und rückfälliger ehemaliger Patienten eingesetzt. Weder für die katamnestischen Angaben der Patienten selbst ($R_c = .58$; $\text{Chi}^2(10) = 16,34$; $p < .10$), noch für die der Ärzte ($R_c = .54$; $\text{Chi}^2(10) = 14,39$; $p < .20$) und die der Beratungsstellen ($R_c = .48$; $\text{Chi}^2(10) = 12,87$; $p < .30$) ergaben sich statistisch bedeutsame Ergebnisse. Auch die Zahl der Fehlklassifikationen in den a posteriori anhand der (nicht signifikanten) Diskriminanzfunktionen durchgeführten Zuordnungen der Individuen zu zwei Gruppen (zwischen 33,7% und 38% falsche Zuordnungen!) belegt den relativ geringen prognostischen Wert der erhobenen krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen. Die Erweiterung dieses (ersten) Prädiktorsatzes um die fünf Persönlichkeitsvariablen führte dann zu einer erheblichen Steigerung der statistischen Kennwerte, die für die katamnestischen Angaben der ehemaligen Patienten selbst und die der Ärzte das Signifikanzniveau von $p = .05$ unterschreiten; bei den Angaben der Beratungsstellen erreicht das diskriminanzanalytische Ergebnis jetzt immerhin eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .10$. Die Befunde dieser drei Diskriminanzanalysen sind im einzelnen in Tabelle 1 wiedergegeben. Durch die Gruppenzugehörigkeit (katamnestisch «trocken» versus «Rückfall») werden 37,2% (Beratungsstellen), 54,8% (Ärzte) bzw. 73,9% (Patientenangaben) der Varianz in der Diskriminanzfunktion aufgeklärt, was doch ganz erhebliche Schätzungen für die Effektstärke (und damit der praktischen Signifikanz) sind. Auch die Ergebnisse der diskriminanzanalytischen Zuordnungen belegen den recht hohen prognostischen Wert der erhobenen Variablen für den Therapieerfolg (siehe Tabelle 1). Anhand der diskriminanzanalytischen Gewichte läßt sich feststellen, daß sich erfolgreich von nicht erfolgreich behandelten Patienten am Anfang der Behandlung vor allem in den folgenden Variablen (in der Reihenfolge ihres diskriminanzanalytischen Gewichts für die selbstkatamnestischen Angaben) bedeutsam unterscheiden: (erhöhte) Internalität in den Kontrollüberzeugungen, (positiveres) Selbstbild, (geringere) Variabilität des Alkoholkonsums, (geringere) fatalistische Externalität, (geringeres) Wirkungstrinken, (geringeres) Alter, (geringere) Symptomstärke und (kürzere) Dauer des Alkoholismus. Die Kurzzeitbehandlung erweist sich

Tabelle 1: Diskriminanzanalytische Ergebnisse zur Zuordnung der abstinenten und rückfälligen Alkoholiker anhand der erhobenen Krankheits- und Persönlichkeitsvariablen (vollständiger Prädiktorsatz)

Variable ^a	Patientenkatamnese (N = 89)		Fremdkatamnesen ^b		
	69 Abstin. \bar{x}	20 Rückf. \bar{x}	Gewicht	Arzt (N = 83) Gewicht	Beratungsst. (N = 34) Gewicht
Dauer des Alkoholismus	11,4	12,8	-.40	-.41	-.49
Variabilität des Alkoholkonsums	27,4	31,3	-.63	-.36	-.44
Suchtbelastung	10,9	13,2	-.36	-.44	-.52
FFA1 (perz. Anlässe)	15,6	17,9	-.57	-.34	-.23
FFA2 (Symptomst.)	14,8	16,9	-.42	-.59	-.58
FFA3 (soz. Probl.)	10,4	9,8	.12	.18	.22
FFA4 (fam. Probl.)	12,1	11,8	.09	.03	.20
Krankheitseinsicht	3,7	3,5	.07	.10	.58
Motivation für den Entzug (MFTA)	58,2	56,3	.34	.38	.44
Alter	40,8	42,3	-.46	-.51	-.22
Hoffnungslosigkeit	34,3	33,3	.06	.12	-.11
Internalität	36,4	34,8	.68	.50	.48
soz. Externalität	26,8	26,3	.07	.21	.19
fat. Externalität	27,0	29,0	-.59	-.64	-.49
Selbstkonzept	94,5	86,8	.67	.56	.51
Kan. Korrelation (R_c)			.86**	.74*	.61 ⁺
Chi ² -Wert (df = 15)			34,54**	30,21*	23,51 ⁺
Fehlklassifikationen (%)			12,36	15,66	26,47

**p < .01; *p < .05; ⁺p < .10

^a Erläuterung der Variablen im Text.

^b Auf die Angabe der Mittelwerte wird aus Platzgründen verzichtet; zu den Gruppengrößen siehe Text.

somit vor allem bei solchen Patienten als effektiv, bei denen Symptomstörungen geringer ausgeprägt sind, und die in ihren (generalisierten) selbstbezogenen Kognitionen ein höheres Maß an Selbstwirksamkeits-Erwartungen aufweisen; auch ihre Motivation für die Entziehungsbehandlung ist vor deren Beginn leicht erhöht. Die für die katamnestischen Rückmeldungen der Ärzte und der Behandlungsstellen berechneten Diskriminanzanalysen (siehe ebenfalls Tabelle 1) weisen auf die recht hohe Konsistenz dieser Ergebnisse. Auch in diesen Analysen verfügen die Variablen Internalität, fatalistische Externalität, Selbstkonzept, Dauer des Alkoholismus und Variabilität des Konsums über die relativ höchsten diskriminanzanalytischen Gewichte. Hinzu treten Besonderheiten (wie etwa hohe Gewichte bei den Variablen Suchtbelastung und Symptomstärke), die durch die diesen Personengruppen unterstellbare Fokussierung auf krankheitsbezogene Variablen interpretiert werden können.

Deutet sich in den diskriminanzanalytischen Gewichten schon der relativ hohe prognostische Wert der erfaßten Persönlichkeitsvariablen an, so wird dieser noch deutlicher, wenn die Arbeitshypothese durch den oben dargestellten F-Test direkt überprüft wird. Die Differenz der kanonischen Korrelationskoeffizienten aus der reduzierten und der um die Persönlichkeitsvariablen erweiterten Diskriminanzanalyse wird sowohl für die katamnestischen Angaben der Patienten selbst ($F(5/73) = 23,04$; $p < .01$) als auch für die der Ärzte ($F(5/69) = 7,76$; $p < .01$) signifikant. Der durch den Einschluß der fünf Persönlichkeitsvariablen erzielte Zuwachs in der durch die Gruppenzugehörigkeit erklärten Varianz liegt bei 25,6% (Arztkatamnese) und 40,3% (Selbstkatamnese der Patienten). Auch für die katamnestischen Angaben der Beratungsstellen wird eine Steigerung in der aufklärten Varianz um 14,2% erreicht, was aber in der Differenz der kanonischen Korrelationskoeffizienten als statistisch nicht signifikant zu be-

urteilen ist ($F(5/20) = 0,86$). Damit wird die Arbeitshypothese, daß die Persönlichkeitsvariablen einen eigenständigen, über die krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen hinausgehenden prognostischen Wert für die Vorhersage des Therapieerfolges haben, für die katamnestischen Angaben der Patienten selbst und die ihrer Ärzte bestätigt. Bei den katamnestischen Daten der Beratungsstellen, für die die Arbeitshypothese nicht angenommen werden kann, ist vor allem die doch relativ kleine Stichprobengröße zu bedenken.

Konnte damit eindrucksvoll die Bedeutung der erhobenen Persönlichkeitsmerkmale für die Vorhersage des Therapieerfolges bei Alkoholabhängigen, die an einer Kurzzeitbehandlung teilgenommen haben, nachgewiesen werden, so stellt sich – aufgrund der guten Befunde – die weiterführende Frage, ob denn die Persönlichkeitsvariablen alleine (d. h. ohne die krankheits- und behandlungsbezogenen Daten) zur Prognose ausreichen. Mit diesem reduzierten Prädiktorsatz durchgeführte Diskriminanzanalysen zeigen, daß – ebenso wie mit den krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen alleine – weder für die Patientenangaben ($R_c = .42$; $\text{Chi}^2(5) = 9,43$; $p < .10$) noch für die Angaben der Ärzte ($R_c = .37$; $\text{Chi}^2(5) = 8,21$; $p < .20$) und die der Beratungsstellen ($R_c = .33$; $\text{Chi}^2(5) = 6,98$; $p < .30$) eine statistisch abgesicherte Trennung der beiden Patientengruppen möglich ist. Auch die Zahl der Fehlklassifikationen liegt mit 24,7% bis 38,2% recht hoch. Dies führt zu der Schlußfolgerung, daß – auf dem Hintergrund des berücksichtigten Variablensatzes – eine statistisch überzufällige Prognose des Therapieerfolges nur dann möglich ist, wenn sowohl krankheits- und behandlungsbezogene Daten als auch Persönlichkeitsvariablen berücksichtigt werden.

Wenden wir uns nun der separaten Gruppe der 34 Patienten zu, die aufgrund des vorzeitigen Abbruchs nicht das gesamte Behandlungsprogramm durchliefen. Die zu Beginn der Behandlung erhobenen Meßwerte dieser Patienten wurden durch eine multiple Diskriminanzanalyse mit denen der nach einem Jahr noch abstinenten sowie denen der nach einem Jahr nicht abstinenten ehemaligen Patienten, die am gesamten Behandlungsprogramm teilgenommen haben, verglichen. Als Kriterium dienten die katamnestischen Angaben der Patienten selbst. Auch

hier ergaben sich weder für die krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen (erste Diskriminanzfunktion: $R_c = .31$; $\text{Chi}^2(20) = 21,77$; n.s.) noch für die Persönlichkeitsvariablen (erste Diskriminanzfunktion: $R_c = .33$; $\text{Chi}^2(10) = 13,25$; n.s.) statistisch bedeutsame Diskriminanzfunktionen. In Tabelle 2 sind die Ergebnisse der multiplen Diskriminanzanalysen wiedergegeben, in die alle 15 Prädiktorvariablen eingegangen sind. Im Gegensatz zu den oben dargestellten Analysen zur Trennung erfolgreich und nicht erfolgreich behandelter Patienten, die am gesamten Behandlungsprogramm teilgenommen haben, mißlingt bei zusätzlicher Berücksichtigung der «Therapieabbrecher» die Trennung. Weder die erste Diskriminanzfunktion, deren Gruppenzentroide für Unterschiede zwischen den Abstinenten und den beiden anderen Gruppen sprechen, noch die zweite Diskriminanzfunktion, deren Gruppenzentroide für Unterschiede zwischen den «Abbrechern» und den «Rückfallern» sprechen, erweist sich als statistisch überzufällig. Die Zahl der Fehlklassifikationen nimmt nahezu den Wert der a priori zu erwartenden Wahrscheinlichkeit von 33,3% ein (siehe Tabelle 2). Im Vergleich zur alleinigen Berücksichtigung der krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen führt auch die Hinzunahme der persönlichkeitspsychologischen Prädiktoren nicht zu einer signifikanten Steigerung in der Varianzaufklärung ($F(10/92) = 1,36$; n.s.).

Auch die Zusammenfassung der Therapieabbrecher und der «Rückfallern» zu einer Gruppe nicht erfolgreich behandelter Patienten und deren Vergleich mit den Abstinenten konnte dieses Ergebnis kaum verbessern ($R_c = .48$; $\text{Chi}^2(15) = 18,87$; n.s.; 29,3% Fehlklassifikationen). Unter Bezug auf die in Tabelle 2 aufgeführten Mittelwerte kann dies dadurch erklärt werden, daß z.T. gegensinnig verlaufende Unterschiede der Therapieabbrecher und «Rückfallern» zu den Abstinenten bestehen, die bei der Zusammenfassung dieser beiden nicht erfolgreich behandelten Gruppen kompensatorisch wirken. Dies wird auch durch die ebenfalls in Tabelle 2 aufgeführten Ergebnisse univariater Varianzanalysen und der a posteriori durchgeführten Einzelmittelwertvergleiche (nach DUNCAN) deutlich. Neben den bereits oben anhand der diskriminanzanalytischen Gewichte interpretierten Unter-

Tabelle 2: Diskriminanzanalytische Ergebnisse zur Zuordnung der abstinenten und rückfälligen Alkoholiker sowie der „Therapie-Abbrecher“ anhand der erhobenen Krankheits- und Persönlichkeitsvariablen (Kriterium: Patientenkamtnese)

Variable ^a	Abstinent	Rückfall	Abbruch	varianzanalytische Befunde ^b			
	(N = 69) \bar{x}	(N = 20) \bar{x}	(N = 34) \bar{x}	F(2/120)	1/2	1/3	2/3
Dauer des Alkoholismus	11,4	12,8	9,8	3,77*	*	-	*
Variabilität des Alkoholkonsums	27,4	31,3	32,1	5,59**	*	*	-
Suchtbelastung	10,9	13,2	13,3	3,59*	*	*	-
FFA1 (perz. Anlässe)	15,6	17,9	16,9	2,99	-	-	-
FFA2 (Symptomst.)	14,8	16,9	17,7	3,71*	*	*	-
FFA3 (soz. Probl.)	10,4	9,8	10,7	1,44	-	-	-
FFA4 (fam. Probl.)	12,1	11,8	12,5	1,07	-	-	-
Krankheitseinsicht	3,7	3,5	3,4	0,83	-	-	-
Motivation für den Entzug (MFTA)	58,2	56,3	61,3	4,12*	-	*	*
Alter	40,8	42,2	34,9	4,87**	*	*	*
Hoffnungslosigkeit	34,3	33,3	35,7	3,67*	-	-	*
Internalität	36,4	34,8	35,1	4,01*	*	-	-
soz. Externalität	26,8	26,3	26,3	0,94	-	-	-
fat. Externalität	27,0	29,0	28,5	3,54	*	*	-
Selbstkonzept	94,5	86,8	85,3	4,35*	*	*	-

1. Diskriminanzfunktion: $R_c = .46$; Chi^2 (df = 30) = 30,23 (n.s.)

2. Diskriminanzfunktion: $R_c = .36$; Chi^2 (df = 14) = 13,77 (n.s.)

Fehlklassifikation: 30,89% (N = 38)

** $p < .01$; * $p < .05$

^a Erläuterung der Variablen im Text.

^b a posteriori Einzelmittelwertvergleiche nach Duncan.

schieden zwischen Abstinenten und «Rückfallern» existieren einige signifikante Differenzen zwischen Abstinenten und Therapieabbrechern sowie zwischen Abbrechern und «Rückfallern». Zusammenfassend sind die Therapieabbrecher (im Vergleich zu den beiden Patientengruppen, die die Behandlung ganz durchliefen), vor allem durch (a) das durchschnittlich sehr niedrige Alter, (b) die kurze Dauer der Erkrankung (was freilich mit dem Alter zusammenhängen dürfte), (c) eine sehr hoch ausgeprägte Motivation für die Entziehungsbehandlung (evtl. im Sinne einer extrinsischen Übermotivierung) und (d) eine deutlich erhöhte Hoffnungslosigkeit zu Beginn der Therapie charakterisierbar. Wesentlich bleibt aber, daß diese Unterschiede nur variablen-spezifisch und nicht für den gesamten Variablensatz nachweisbar sind; dies wirft ein Licht auf die Relativität und die oftmals beschränkte Aussagefähigkeit multipler Einzelmittelwertvergleiche an einem Datensatz.

4. Diskussion

Zentrales Ergebnis der Untersuchung ist die empirische Bestätigung der Arbeitshypothese, nach der erwartet wurde, daß die Persönlichkeitsvariablen Kontrollüberzeugungen, Selbstkonzept und Hoffnungslosigkeit einen eigenständigen, über den von krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen hinausgehenden Vorhersagewert für den Erfolg einer stationären Kurzzeitbehandlung bei Alkoholabhängigen haben. Festzuhalten bleibt aber auch, daß – trotz bestehender signifikanter Unterschiede bei einzelnen Prädiktorvariablen – weder der Satz der krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen noch der der Persönlichkeitsvariablen alleine zwischen erfolgreich und nicht erfolgreich behandelten Patienten zu trennen vermag. Erst die gemeinsame Berücksichtigung von Symptomstörungen (wie Suchtbelastung, Symptomstärke, Dauer der Erkrankung etc.) und von Persön-

lichkeitsstörungen (wie negatives Selbstbild, erhöhte fatalistische Externalität in den Kontrollüberzeugungen) ermöglicht die Trennung dieser Gruppen (siehe hierzu auch SCHMIDT 1978), die nicht nur durch statistische Signifikanzen, sondern auch durch recht hohe Werte für die praktische Signifikanz (Effektstärken) abgesichert ist. Im Kanon der erhobenen Persönlichkeitsvariablen erwiesen sich – relativ gesehen – insbesondere das Selbstbild und die durch Fatalismus bedingte Externalität in den Kontrollüberzeugungen für die Prognose des Therapieerfolgs als bedeutsam, was mit der vorliegenden Literatur in Einklang steht (siehe CASTER & PARSONS 1977; KRAMPEN & NISPEL 1978, 1981). Durch eine für den Handlungs- und Lebensbereich des Alkoholkonsums bereichsspezifische Persönlichkeitsdiagnostik (wie sie gerade für Konstrukte generalisierter Erwartungshaltungen immer mehr in den Vordergrund tritt; siehe KRAMPEN 1982, S. 98ff.) mag eine weitere Verbesserung der Vorhersagen möglich sein. Erste Operationalisierungsvorschläge, die in diese Richtung weisen, existieren bei WORELL & TUMILTY (1981) für Kontrollüberzeugungen und bei RIST & WATZL (1983) für Selbstwirksamkeits-Erwartungen.

Die Ergebnisse zeigen ferner, daß Patienten, die die Behandlung vorzeitig abbrechen, nicht ohne weiteres mit denen, die an der gesamten Behandlung ohne (katamnestic dokumentierten) Erfolg teilnehmen, gleichgesetzt werden können. Zwar mißlang in der multiplen Diskriminanzanalyse die Trennung von Therapieabbrechern, Abstinenter und «Rückfallern», statistisch bedeutsame Unterschiede konnten aber in Einzelmittelwertvergleichen belegt werden. Faßt man die Befunde zusammen, so hat sich gezeigt, daß die stationäre Kurzzeittherapie am ehesten bei Alkoholabhängigen Erfolg verspricht, deren Erkrankungsgrad (nach der Suchtbelastung, der Symptomstärke und der Konsumvariabilität) schwächer ausgeprägt ist, und die höhere Selbstwirksamkeits-Erwartungen (positiveres Selbstbild, geringe fatalistisch bedingte Externalität) aufweisen. Kontraindiziert ist dieser Behandlungstypus nach den vorliegenden Befunden dagegen bei Patienten, deren Symptomatik, Suchtbelastung und Konsumvariabilität (bei längerer Krankheitsdauer) höher sind, die über eine geringere Therapiemotivation verfügen und die ein eher negatives

Selbstbild, erhöhte, fatalistische Externalität und reduzierte Internalität aufweisen. Statistisch weniger gut (nur durch Einzelvergleiche) abgesichert ist eine weitere Kontraindikation, die sich aus den Merkmalen der Therapieabbrecher ergibt: Die Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen Therapieabbruchs ist danach bei Patienten hoch, deren Symptomatik, Suchtbelastung und Konsumvariabilität trotz relativ kurzer Krankheitsdauer hoch sind, die eine (evtl. extern bedingte) sehr hohe Therapiemotivation, ein eher negatives Selbstbild, erhöhte Hoffnungslosigkeit (evtl. auch Depressivität) und erhöhte fatalistische Externalität aufweisen. Am Rande sei noch auf einen ganz interessanten Zusammenhang hingewiesen, der auf den ersten Blick mit der vorliegenden Literatur nicht übereinstimmt. Etwa im Gegensatz zu BERGER (1980) wurde festgestellt, daß die «Rückfallern» im Durchschnitt etwas älter sind als die Abstinenter. Dieser Widerspruch löst sich auf, wenn man das durchschnittlich sehr geringe Alter der Therapieabbrecher (siehe Tabelle 2) mit bedenkt.

Welche Konsequenzen ergeben sich nun aus diesen Befunden? Zunächst zeigen sie, daß die stationäre Kurzzeitbehandlung augenscheinlich nur für eine (anamnestisch und persönlichkeitsdiagnostisch faßbare) Gruppe von Alkoholabhängigen geeignet ist, für andere dagegen wesentliche Defizite aufweist. Auf (weitgehend spekulative) Optimierungsversuche des untersuchten Behandlungsprogramms (wie sie etwa von SCHELLER & KLEIN 1982, für Langzeitbehandlungen vorgelegt wurden) soll hier verzichtet werden, weil schon alleine die erhöhte Krankheitsbelastung (sowohl nach Symptom als auch nach Persönlichkeitsstörungen) darauf hinweist, daß bei den Therapieabbrechern und den «Rückfallern» wohl eine Langzeitbehandlung in einer Fachklinik indiziert ist. Im Rahmen der Kurzzeitbehandlung mag allenfalls – so kann vermutet werden – durch eine ganz erhebliche Intensivierung der einzeltherapeutischen Arbeit die Erfolgsquote allgemein erhöht und die Abbrecherquote reduziert werden können. Da dies aufgrund personeller und zeitlicher Beschränkungen oftmals nicht möglich sein wird, wird man sich zunächst mit der Optimierung von Indikationsentscheidungen begnügen müssen. Auf diese Weise mag der oftmals erst

post hoc (aufgrund von Abbruch oder Rückfall) festgestellte Status von Kurzzeitbehandlungen als Selektionsinstanzen für Langzeitbehandlungen durch eine gezielte Psychodiagnostik aufgelöst werden können, was zu einer Erhöhung der Abstinenzquoten führen dürfte. Neben in der Standarddiagnostik auf die eine oder andere Art zu erhebende krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen (wie Dauer der Erkrankung, Symptomstärke, Suchtbelastung etc.) sind für diese Zuweisungsentscheidungen nach den vorgelegten Befunden auch Persönlichkeitsmerkmale, die mit handlungstheoretischen Ansätzen in Beziehung stehen, von erheblicher Bedeutung. Welche Rolle diesen Variablen für spezifische Indikationsstellungen innerhalb eines Behandlungstypus zukommt, muß in Anschlußuntersuchungen überprüft werden.

Literatur

- ADAMSON, J. D., FOSTAKOWSKY, R. T. & CHEBIB, F. S.: Measures associated with outcome on one year follow-up of male alcoholics. *British Journal of Addiction*, 1974, 69, 325–337.
- APPELT, H.: Depression and locus of control among female alcoholics and their significance in treatment outcome. *Behaviour Analysis and Modification*, 1979, 3, 143–151.
- BERGER, H.: Entwicklungsverläufe nach stationärer Therapie: Ergebnisse einer katamnesticen Untersuchung. In: BERGER, H., LEGNARO, A. & REUBAND, K.-H. (Ed.): *Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit*. Stuttgart: Kohlhammer, 1980, 147–159.
- BROSZEIT-ZUCKER, B., LUDWIG, D., NATH, B., SINGER, B. & ZUCKER, K.: Untersuchung zum Therapieerfolg bei Alkoholpatienten. *Psychologie und Praxis*, 1982, 26, 120–127.
- CASTER, D. U. & PARSONS, O.A.: Locus of control in alcoholics and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 1977, 38, 2087–2095.
- COOLEY, W. W. & LOHNES, P. R.: *Multivariate data analysis*. New York: Wiley, 1971.
- EMRICK, C. D.: A review of psychologically oriented treatment of alcoholism I. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 1974, 35, 523–549.
- EMRICK, C. D.: A review of psychologically oriented treatment of alcoholism II. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 1975, 36, 88–108.
- FINNEY, J. W. & MOOS, R. H.: Treatment and outcome for empirical subtypes of alcoholic patients. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 1979, 47, 25–38.
- FUNKE, J. & KLEIN, M.: Katamnestic Untersuchung stationär behandelter Alkoholiker. *Suchtgefahren*, 1981, 27, 143–150.
- FUNKE, J., KELLER, W., KLEIN, M. & SCHELLER, R.: Entwurf eines Forschungsprogramms zur Optimierung der Behandlung von Alkoholabhängigen. *Medizinische Psychologie*, 1980, 6, 275–292.
- GIBBS, L. & FLANAGAN, J.: Prognostic indicators of alcoholism treatment outcome. *International Journal of the Addictions*, 1977, 12, 1097–1141.
- GRÜNBERGER, J.: *Psychodiagnostik des Alkoholkranken*. Wien: Maudrich, 1977.
- JOHN, U.: Zwei Methoden der Therapieerfolgskontrolle bei Alkoholkranken: Empirische Ergebnisse. *Suchtgefahren*, 1979, 25, 65–78.
- KRAMPEN, G.: Hoffnungslosigkeit bei stationären Patienten. *Medizinische Psychologie*, 1979, 5, 39–49.
- KRAMPEN, G.: Machiavellismus und Kontrollüberzeugungen als Konstrukte der generalisierten Instrumentalitätsersparungen. *Psychologische Beiträge*, 1980, 22, 128–144.
- KRAMPEN, G.: *IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe, 1981.
- KRAMPEN, G.: *Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe, 1982.
- KRAMPEN, G.: Handlungstheoretische Perspektiven zur Analyse politischer Partizipation und Apathie. In: MOSER, H. & PREISER, S. (Ed.): *Umweltprobleme und Arbeitslosigkeit. Gesellschaftliche Herausforderungen an die Politische Psychologie*. Weinheim: Beltz, 1984, 27–42.
- KRAMPEN, G. & NISPEL, L.: Zur subjektiven Handlungsfreiheit von Alkoholikern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 1978, 7, 295–303.
- KRAMPEN, G. & NISPEL, L.: Zur Dimensionalität des Alkoholismus. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 1979, 8, 181–194.
- KRAMPEN, G. & NISPEL, L.: Ein Jahr danach – Selbst- und fremdkatamnestiche Befunde zur Situation von Patienten einer 6wöchigen Alkoholentziehungskur. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 1981, 10, 13–26.
- KRAMPEN, G. & NISPEL, L.: Zur Effektivität stationärer Kurzzeitbehandlung von Alkoholikern. *Suchtgefahren*, 1983, 29, 345–349.
- KRAMPEN, G. & VON EYE, A.: Zur Strukturanalyse der Wert- und Zielvorstellungen von Alkoholikern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 1979, 8, 91–102.
- LEMERE, F., O'HOLLAREN, P. & MAXWELL, M. A.: Motivation in the treatment of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 1958, 19, 428–431.
- MACHOVER, S., PUZZO, F. S. & PLUMEAU, F. E.: Values in alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 1962, 23, 267–273.
- OLBRICH, R. & WATZL, H.: Behandlungsergebnisse in der Therapie des Alkoholismus. Eine Übersicht. *Suchtgefahren* 1978, 24, 1–8.
- PULVER, U., LANG, A. & SCHMID, F. W. (Hg.): *Ist Psychodiagnostik verantwortbar?* Bern: Huber, 1978.
- RIETH, E.: Zur Effektivitätsbeurteilung von Entziehungskuren. *Suchtgefahren*, 1977, 23, 137–146.
- RIST, F. & WATZL, H.: Self assessment of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. *Addictive Behaviors*, 1983, 8, 121–127.
- ROHAN, W. P.: Quantitative dimensions of alcohol use

- for hospitalized problem drinkers. *Diseases of the Nervous System*, 1976, 37, 154–159.
- ROTTER, J. B.: An introduction to social learning theory. In: ROTTER, J. B., CHANCE, J. E. & PHARES, E. J. (Ed.): *Applications of a social learning theory of personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1972, 1–43.
- SHELLER, R. & KLEIN, M.: Persönlichkeitspsychologische Determinanten des Therapieerfolgs bei Alkoholabhängigen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 1982, 3, 47–54.
- SCHMIDT, L. R.: Klassifikationssysteme und -probleme. In: SCHMIDT, L. R. (Ed.): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. Stuttgart: Enke, 1978, 82–99.
- SMITH, R. E.: Changes in locus of control as a function of life crisis resolution. *Journal of Abnormal Psychology*, 1970, 75, 328–332.
- WATZL, H.: Überlegungen zur Bewertung von Abstinenzraten. *Suchtgefahren*, 1979, 25, 37–38.
- WEGENER, B.: Stationäre Entzugsbehandlung von Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigen. *Suchtgefahren*, 1982, 28, 16–26.
- WEISSBACH, T. A., VOGLER, R. E. & CHOMPTON, J. V.: Comments on the relationship between locus of control and alcohol abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 1976, 32, 484–486.
- WORELL, L. & TUMILTY, T. N.: The measurement of locus of control among alcoholics. In: LEFCOURT, H. M. (Ed.): *Research within the locus of control construct. Volume 1: Assessment methods*. New York: Academic Press, 1981, 321–333.

Anschrift des Verfassers

Dr. Günter Krampen, Dipl.-Psych., Universität Trier, FB I – Psychologie, D-5500 Trier.