Aus der Arbeitsgruppe Klinische Neurowissenschaften (Leiterin: Prof. Dr. med. Dr. med. vet. H. Ehrenreich) am Max-Planck-Institut für experimentelle Medizin in Göttingen

Prädiktion von Therapieerfolg und Verlauf psychiatrischer Komorbidität bei prognostisch benachteiligten Alkoholkranken

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultäten der Georg-August-Universität zu Göttingen (Kumulatives Verfahren)

vorgelegt von
Thilo Wagner
aus Bad Hersfeld

Göttingen 2004

D 7

Referentin: Prof. Dr. B. Kröner-Herwig

Korreferentin: Prof. Dr. Dr. H. Ehrenreich

Tag der mündlichen Prüfung: 26.01.2005

Danksagung

Die vorliegende Arbeit wäre nie zustande gekommen ohne die vielfältige Hilfe und Ermutigung, die ich von verschiedenen Seiten erfahren habe:

Frau Prof. Dr. Dr. Hannelore Ehrenreich habe ich ganz besonderen Dank auszusprechen. In der nun fast 9 Jahre währenden Zusammenarbeit gab sie mir innerhalb ihrer Arbeitsgruppe Raum, mich therapeutisch und wissenschaftlich zu entwickeln. Auf der einen Seite konnte ich lernen, chronisch psychisch kranke Menschen in einem Team motivierter Mitarbeiter zu behandeln, auf der anderen Seite gab sie mir von Anfang an die Möglichkeit und machte mir Mut, wissenschaftlich zu arbeiten und erste selbständige Schritte in diesem Bereich zu machen bis hin zur Entstehung des vorliegenden Projektes.

Frau Professor Dr. Birgit Kröner-Herwig ermöglichte und bereicherte durch das Einbringen ihrer Ideen, ihrer positiven Kritik und ihrer Korrekturen innerhalb der verschiedenen Stadien die Entstehung dieser Arbeit. Ohne ihre Unterstützung wäre sie nicht entstanden.

Die vorliegende Arbeit ist ein Teil eines umfassenden Forschungsprojektes, ich bedanke mich bei meinen Kollegen/Innen Dr. Silke Jacobs, Dr. Henriette Jahn, Oliver Maul, Dr. Florian Martin, Dr. Sonja Sieg, Sabina Stawicki und Jennifer Reinhold für ihre Zuverlässigkeit, Kompetenz, Diskussionsbereitschaft und menschliche Unterstützung. Ganz besonderen Dank möchte ich meinem Kollegen und Freund Dr. Henning Krampe aussprechen, beide Originalarbeiten sind in unserer engen Zusammenarbeit entstanden. Ich bin dankbar, mit ihm zusammen arbeiten und so viel von ihm lernen zu dürfen.

Im Verlauf der Arbeit durfte ich mit ausgewiesenen Experten ihres Feldes kooperieren, ich bedanke mich bei Prof. Dr. Edgar Brunner, Dr. Heinrich Küfner, Prof. Dr. Wolfgang Poser, Prof. Dr. Eckart Rüther und Prof. Dr. Michael Soyka.

Zum Schluss danke ich meinen Eltern und Paten für ihren Rückhalt und den Glauben an meinen Werdegang. Für ihre langjährige treue Freundschaft danke ich Volker Battenberg, Dr. Kamal Bhattacharya, Frank und Ilona Greizer, Manfred und Heike Henning, Dr. Marcus Seelig und Dr. Julia Trommershäuser. Meiner Frau Iris danke ich für die Geborgenheit und die Unterstützung über die Jahre, sie stand immer fest zu mir und verzichtete ohne Klage auf einen großen Teil unserer gemeinsamen Zeit.

Inhaltsverzeichnis

1	Das Forschungsprojekt "Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke" (ALITA)	2
2	Hintergrund der vorliegenden Arbeit	7
3	Prädiktion von Therapieerfolg und Überprüfung des CMA-Konstrukts 1	0
3.1	Einführung in die Fragestellung der 1. Untersuchung 1	0
3.2	Originalartikel: Wagner T *, Krampe H *, Stawicki S, Reinhold J, Galwas C, Aust C, Soyka M, Kröner-Herwig B, Küfner H, Ehrenreich H (2003) Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke" - Überprüfung des Konstrukts CMA im Rahmen der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke (ALITA). Suchtmedizin in Forschung und Praxis 5: 221-236	!3
4	Remission komorbider psychiatrischer Störungen und suchtassoziierter Probleme während ALITA3	
4.1	Einführung in die Fragestellung der 2. Untersuchung	<i>i0</i>
4.2	Originalartikel: Wagner T*, Krampe H*, Stawicki S, Reinhold J, Jahn H, Mahlke K, Barth U, Sieg S, Maul O, Galwas C, Aust C, Kröner-Herwig B, Brunner E, Poser W, Henn F, Rüther E & Ehrenreich H (2004) Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment - results of a prospective study. Journal of Psychiatric Research 38 (6): 619-635	33
5	Resümee	1
6	Literatur5	4
7	Kurze Darstellung laufender Forschungsprojekte und Publikationsverzeichnis 5	9
8	Lebenslauf6	2

1 Das Forschungsprojekt "Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke" (ALITA)

Mit der vorliegenden Arbeit werden zwei Artikel, die im Rahmen der ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke (ALITA) entstanden sind, vorgestellt. Da das Setting dieses innovativen Therapieprogramms zur Behandlung chronisch psychisch Kranker die Fragestellung beider Artikel prägt, soll ALITA zunächst beschrieben werden.

ALITA wurde 1993 als Modellprojekt begonnen und im Sommer 2003 abgeschlossen (Ehrenreich et al., 1997a; Ehrenreich et al., 2000; Krampe et al., 2001; Ehrenreich et al., 2002; Ehrenreich & Krampe, 2003; Krampe et al., 2003; Wagner et al., 1999). Die Therapie entstand aus einem biologischen Forschungsprojekt, das sich mit der Veränderung von Stresshormonen über einen Zeitraum von drei Monaten bei schwer alkoholkranken Patienten unter Alkoholabstinenz beschäftigte (Ehrenreich et al., 1997b). Alle an der Studie teilnehmenden Probanden überstanden den Untersuchungszeitraum unter täglichen Gesprächskontakten (15 min.) und einer Aversionsmedikation (Disulfiram, Calciumcarbimid) abstinent. Da sich die Leiterin der Studie dazu entschloss, die Probanden weiter zu behandeln, wurde "aus der Not heraus" ein weiterführendes Therapiekonzept entwickelt, welches die einzigartige Möglichkeit bot, neben biologischen auch psychologische Parameter der Regeneration bei schwer alkoholkranken Patienten im Langzeitverlauf zu untersuchen.

In den biologischen Begleitstudien konnte zusammengefasst gezeigt werden, dass wesentliche psychobiologische Systeme bei schwer Alkoholkranken sich nur langsam erholen und zum Teil chronisch gestört bleiben (Ehrenreich et al., 1997b; Doering et al., 2003; Hasselblatt et al., 2001; Hasselblatt et al., 2003; Hüttner et al., 1999; Schmitt et al., 1999). Die vorliegende Arbeit untersucht die psychischen Korrelate der langfristigen Regeneration bzw. Chronizität.

Zunächst soll ALITA in das deutsche Suchtversorgungssystem eingeordnet werden. Wienberg (2001) fasst das deutsche Versorgungssystem in Form eines Dreiecks zusammen, die Eckpunkte heißen: "Traditionelle Suchtkrankenhilfe" (Fachberatungsstellen, Fachkliniken und Selbsthilfegruppen), "Psychosoziale/Psychiatrische Basisversorgung" (psychiatrische Krankenhäuser, öffentliche und freie Träger des Sozial- und Gesundheitsdienstes) und die "Medizinische Primärversorgung" (niedergelassene Ärzte und Allgemeinkrankenhäuser) (siehe Abbildung 1). Wienberg resümiert, dass "zwischen den drei Sektoren der Versorgung ... wenige und instabile Beziehungen der Kooperation bestehen. Weit verbreitet sind dagegen Beziehungen vom Typ Delegation, vom Typ Konkurrenz oder schlicht Ignoranz. Es besteht

also eine Tendenz zur 'Versäulung' der Teilsysteme und es mangelt an der Integration der unterschiedlichen Hilfeleistungen" (Wienberg, 2001, S. 22). Die Suchtkranken bewegen sich in diesem Dreieck und müssen sich oftmals selbst eine Behandlungskette erarbeiten, um an das jeweils adäquate Hilfsangebot heranzukommen. Viele schwer betroffene Suchtkranke sind hier überfordert, gehen auf diesem Weg "verloren" und fallen aus der Behandlungskette heraus (vgl. Wagner et al., 1999; Wienberg & Driessen, 2001).

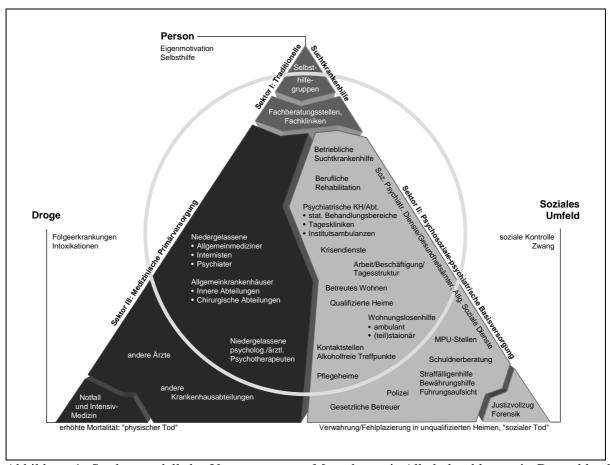


Abbildung 1: Strukturmodell der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen in Deutschland (aus Wienberg, 2001)

ALITA stellt versorgungspolitisch eine wichtige Ergänzung und Erweiterung des deutschen Suchthilfesystems dar. Versucht man, den Ansatz von ALITA in das Modell Wienbergs einzupassen, wird deutlich, dass hier dynamisch und nach individuellem Therapiebedarf Behandlungsangebote aus allen drei Teilbereichen realisiert und gegebenenfalls Patienten innerhalb des Systems durch Kooperationen mit externen Institutionen begeleitet werden. So bietet ALITA die Möglichkeit, suchtkranke Patienten noch während einer Entgiftungsbehandlung zu rekrutieren, und sie dann umfassend, intensiv und langfristig ambulant zu behandeln. Entsprechend ihrer Belastbarkeit werden sie sukzessiv psycho- und

soziotherapeutisch immer stärker gefördert und medizinisch umfassend behandelt (häufig im Sinne eines "case managements"). ALITA deckt alle wesentlichen Bereiche der Suchttherapie innerhalb einer Institution ab. Kritische Übergänge zwischen verschiedenen Institutionen können den Patienten erspart werden, und stationäre Entwöhnungsbehandlungen oder langfristige Verwahrungen in psychiatrischen Krankenhäusern oder komplementären Einrichtungen werden somit redundant.

Das therapeutische Vorgehen bzw. die einzelnen Elemente von ALITA sollen im Folgenden dargestellt werden, danach werden die wichtigsten aktuellen Ergebnisse zusammengefasst:

Das biopsychosoziale Therapiekonzept zielt auf einen sofortigen Beginn der sozialen Wiedereingliederung der Patienten unter psychotherapeutischer und medizinischer Begleitung ab. Als vierstufiges ambulantes Behandlungsprogramm schließt sich ALITA direkt an die stationäre Entgiftung an und erstreckt sich über insgesamt zwei Jahre (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Die praktische Durchführung des Therapieprogramms

- Stationäre Vorphase: Entgiftung (2-3 Wochen)
 Einführungsgespräch, Motivationsarbeit, Selektion, Anamneseerhebung, Aufbau einer Arbeitsbeziehung,
 Ausloten der sozialen Einbindung, Beginn der täglichen kontrollierten Einnahme von Colme[®]
 (Calciumcarbimid, 50 mg), täglich Urinkontrollen
- Ambulante Phase I: Intensivphase (tägliche Kontakte über 3 Monate)

 Täglich 15 Minuten Gespräch (primär supportiv), praktische Unterstützung der sozialen Reintegration,
 Gespräche mit Angehörigen, Hausbesuche, täglich kontrollierte Einnahme von Colme[®] (Calciumcarbimid,
 50 mg), täglich Urinuntersuchung auf Alkohol und andere Suchtstoffe, aggressive Nachsorge
- Ambulante Phase II: Stabilisierungsphase (je nach individuellem Bedarf 3-4 Monate)
 Schrittweise Kontaktreduktion auf dreimal pro Woche, weiterhin jeweils 15 Minuten supportives Gespräch,
 Intensivierung der sozialen Reintegrationsbestrebungen, regelmäßige Angehörigengespräche (*individuell* ausgerichtet), kontrollierte Einnahme von Antabus® (Disulfiram, 400-500 mg), Urinkontrolle, aggressive Nachsorge
- Ambulante Phase III: Ablösungsphase (Erreichen der "Einjahresmarke")
 Kontaktreduktion auf zweimal pro Woche, jetzt jeweils 30 Minuten Gespräch, Stabilisierung der sozialen Reintegration, kontrollierte Einnahme von Antabus[®] (Disulfiram, 400-500 mg), Urinkontrolle, aggressive Nachsorge
- Ambulante Phase IV: Nachsorgephase (Überschreiten der "Einjahresmarke")
 Einmal wöchentlich Teilnahme an der ALITA-Gruppe (therapeutenbegleitete Gruppe), initial noch wöchentlich ein Einzelgespräch (30 Minuten), kontinuierlich aggressive Nachsorge; Ziel: schrittweise Einstellung von Einzelgesprächen und Aversionsmedikation, dauerhafte, regelmäßige Teilnahme an Selbsthilfegruppen oder der ALITA-Gruppe

Wesentliche Therapieelemente von ALITA sind:

• **Hochfrequente Kurzgesprächskontakte**: Strukturierte, sichernde Anbindung durch supportive, wenig fordernde Kurzgespräche; initial täglich 15 Minuten, einschließlich an Wochenenden und Feiertagen; langsame Reduktion der Kontaktfrequenz mit dem Ziel einer

regelmäßigen und dauerhaften wöchentlichen Gruppenteilnahme.

- **Kriseninterventionsbereitschaft**: Das ALITA-Team ist im Notfall für die Patienten immer erreichbar: 24 Stunden, 365 Tage.
- Soziale Reintegration und Hausbesuche: Konkrete Unterstützung beim Aufbau eines abstinenzfördernden sozialen Umfeldes; explizite Beteiligung der Angehörigen an der Therapie; Familien- und Paargespräche; aktive Hilfe bei Problemen am Arbeitsplatz und mit Behörden; Unterstützung bei Wohnungssuche, Umzug, Wiedereinstieg ins Berufsleben, Schuldentilgung und Klärung juristischer Angelegenheiten.
- Schaffung einer Alkoholunverträglichkeit: Einnahme von Calciumcarbimid (Colme®) bzw. Disulfiram (Antabus®) als sogenannte Alkoholaversiva. Die Hemmung des alkoholabbauenden Enzyms Acetaldehyddehydrogenase führt bei Alkoholkonsum zur Anhäufung des toxischen Acetaldehyds mit den Folgen einer "inneren Vergiftung", der sogenannten "Antabusreaktion", d.h. flush-Symptomatik, Blutdruckentgleisung, Pulsrasen, Übelkeit, Erbrechen, gelegentlich sogar Kreislaufkollaps (Ehrenreich & Krampe, 2004).
- Kontrolle: Kontrollierte Einnahme der Aversiva, regelmäßige Urin- und Blutuntersuchungen auf Alkohol und andere Suchtstoffe.
- "Aggressive Nachsorge" zur sofortigen Beendigung beginnender oder Verhinderung drohender Rückfälle: Patienten, die nicht zum vereinbarten Termin erscheinen, werden mit Telefonanrufen, mehrmaligen spontanen Hausbesuchen oder Briefkontakten zur Fortführung der Behandlung bzw. zur Wiederaufnahme der Abstinenz aufgefordert.
- Therapeutenrotation: Im interdisziplinären ALITA-Team sind alle Therapeuten gleichermaßen für alle Patienten verantwortlich und führen nach dem Konzept der Therapeutenrotation im lockeren, nicht festgelegten Wechsel die Gespräche. Neue Therapeuten können jederzeit leicht in das Behandlungsteam eingeführt werden.

Ergebnisse zur allgemeinen therapeutischen Wirksamkeit

Während der 6 Rekrutierungsperioden zwischen 1993 und 2003 wurden insgesamt 180 schwerst alkoholkranke Patienten konsekutiv in das Programm aufgenommen (144 Männer, 36 Frauen). Die Patienten waren bei Aufnahme in das Programm 44 (SD = 8) Jahre alt, 18 (SD = 7) Jahre alkoholabhängig, zuletzt mit einem täglichen Konsum von 437 (SD = 162) g reinen Alkohols, hatten 7 (SD = 9) stationäre Entgiftungen, sowie 1 (SD = 1) stationäre Langzeittherapie hinter sich. Bei Eintritt in ALITA waren 58% der Patienten arbeitslos, 81% litten an psychiatrischen komorbiden Störungen aller Kategorien (DSM-IV, 53% Achse-I-

Störungen, 60% Achse-II-Störungen). 30% wiesen schwere Suizidversuche in der Vorgeschichte auf. Die körperlichen Folgeerkrankungen der Patienten sind gravierend: während bei nur 11% leichte Folgeschäden (z.B. Fettleber) diagnostiziert wurden, litten 33% unter deutlichen (z.B. Entzugskramfanfälle), 44% unter schweren (z.B. Polyneuropathie) und 13% unter schwersten (z.B. Leberzirrhose) Alkoholfolgekrankheiten. 7 Jahre nach Beendigung der Therapie liegt der Prozentsatz abstinenter Patienten bei ca. 50%. Die Arbeitslosenrate fiel auf 22% (bei einer regionalen Arbeitslosenquote von über 15%) (Krampe et al., 2003; Wagner et al., 2004).

ALITA hat sich somit zusammenfassend als eine Behandlungsform von hoher Wirksamkeit für schwer alkoholabhängige Patienten erwiesen. Der Ansatz realisiert alle wesentlichen Elemente einer umfassenden, modernen und hoch strukturierten Suchttherapie und erspart den Patienten kritische Übergänge innerhalb der Behandlungskette (Ehrenreich & Krampe, 2003; Krampe et al., 2003; Krampe et al., 2004; Wagner et al., 1999; Wagner et al., 2003; Wagner et al., 2004).

2 Hintergrund der vorliegenden Arbeit

Die beiden Publikationen, die als Bestandteile der Dissertation eingehen, beschäftigen sich mit Prädiktion von Therapieerfolg und Verlauf komorbider psychiatrischer Störungen bei schwer alkoholabhängigen Patienten im Rahmen von ALITA.

Die Publikation zum Konstrukt der "Chronischen Mehrfach Beeinträchtigung" (CMA) bei Alkoholkranken überprüft aus der testtheoretischen Sicht drei Messinstrumente zur Erfassung dieser Patientengruppe, wobei die prädiktive Validität in den Mittelpunkt gestellt wird. Die hier untersuchten CMA-Checklisten fußen auf dem theoretischen Hintergrund einer drei Jahrzehnte währenden. auf die Bundesrepublik Deutschland beschränkten versorgungspolitischen Debatte. Als Ergebnis der testtheoretischen Überprüfung und um eine Brücke zur internationalen Komorbiditätsforschung zu schlagen, wird in der vorliegenden Arbeit der Vorschlag gemacht, das CMA-Konstrukt zugunsten einer alternativen Beschreibung prognostisch benachteiligter Alkoholkranker aufzugeben. Der folgende kurze historische Abriss skizziert die Ausgangslage der Fragestellung:

Der Begriff CMA geht auf die Psychiatrie Enquete im Jahre 1975 zurück. Damals ging man davon aus, dass "eine nicht unbeträchtliche Zahl von Alkoholkranken und Drogenabhängigen auf längere Sicht behandlungsunwillig und nicht rehabilitationsfähig ist" (Bundesdrucksache, 1975). Auch die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen / psychosomatischen Bereich beschäftigte sich mit dieser Population und wies auf verschiedene Problembereiche und die oft langjährige Erkrankungsdauer hin: "Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit führen im Verlauf von mehreren Jahren in der Regel zu einer Vielfalt körperlicher, psychischer und sozialer Folgen" (Bundesminister für Jugend Familie Frauen und Gesundheit, 1988). Die Behandlungsansätze variierten sehr stark. Sie reichten von Forderungen nach dauerhafter stationärer Unterbringung für chronisch Alkoholkranke, die sich ihrer "Freiheit selbst beraubt" haben (Binder, 1980, S. 133-134), über Beschreibungen elaborierter stationärer Behandlungskonzepte, mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit einer längerfristigen ambulanten Betreuung und den Einbezug des sozialen Umfeldes nach Entlassung (Zeisel, 1977) bis hin zur Vorstellung erster erfolgreicher Versuche, die CMA-Klientel ambulant zu behandeln (Ruf & Andritsch, 1986). In diesem Ansatz wurden die Patienten durch das stationäre Personal (Krankenpflege und Sozialarbeit) über mehrere Monate ambulant betreut, das Konzept musste aber Kostengründen aufgegeben werden. Die aus

Operationalisierungsversuche der "therapieresistenten Endzustände", der "psychoorganisch beeinträchtigten", "hirnorganisch abgebauten", "krankheitsuneinsichtigen", "prognostisch ungünstigen" Alkoholiker blieben über die Veröffentlichungen stabil und umfassten psychische, körperliche und soziale Folgen der chronischen Alkoholabhängigkeit (Binder, 1980; Ruf & Andritsch, 1986; Schulz, 1992; Zeisel, 1977). Dabei wurde die Chronizität häufig angeführt, aber nur in einer Arbeit näher untersucht, die als Operationalisierung der Chronizität die Dauer der Suchterkrankung und die Häufigkeit der Aufnahmen in die Klinik vorschlug (Weithmann et al., 1989).

Die Entwicklung von drei Checklisten während der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts stellt abschließend den Versuch dar, die heterogenen Operationalisierungsvorschläge von CMA zu standardisieren. Der erste Artikel der vorliegenden Arbeit liefert die erste umfassende empirische Überprüfung dieser drei Meßinstrumente.

Die zweite Publikation der vorliegenden Dissertation nähert sich dem Thema der prognostischen Benachteiligung, indem der zur deutschen Forschungs- und Versorgungslandschaft gehörende CMA-Begriff verworfen wird und stattdessen das international gültige Komorbiditätsparadigma zugrunde gelegt wird.

Dieser Ansatz untersucht die komplexen Interaktionen zwischen Suchterkrankungen und anderen psychischen Störungen in epidemiologischen, klinischen und Behandlungsstudien. Dabei werden drei Hauptthemenbereiche unterschieden: (1) Analyse von spezifischen und gemeinsamen biologischen und umweltbezogenen Risikofaktoren für Sucht- und komorbide Störungen; (2) wechselseitige Beeinflussung von Sucht und komorbiden Störungen in Ätiologie und Verlauf und (3) die Evaluation der Behandlung von Patienten mit komorbiden Störungen. Innerhalb der ersten beiden Themenbereiche wurde während der letzten beiden Jahrzehnte eine große Anzahl von Untersuchungen vorgelegt, während der Bereich der Behandlung von Suchtpatienten mit komorbiden Störungen noch am Anfang steht. Es zeigen sich erste Hinweise, dass integrative Programme, die verhaltenstherapeutische Interventionen, Sozialarbeit, Psychopharmakotherapie und klassische Elemente der Suchttherapie vereinigen, erfolgversprechend sind (McHugo et al., 1999; Mueser & Kavanagh, 2001; Teague et al., 1998; Weiss et al., 1998).

Um sowohl der multifaktoriellen Konzeption von Komorbidität, als auch der Möglichkeit von Veränderungen über die Zeit hinweg Rechnung zu tragen, wurden im zweiten Artikel der vorliegenden Arbeit Daten auf verschiedenen Ebenen möglicher Beeinträchtigung zu mehreren Erhebungszeitpunkten zusammengetragen. Somit entstand eine differenzierte

Beschreibung der Patienten: Im Verlauf der zweijährigen Therapie wurden prospektiv Achse-I-Störungen und psychiatrische Symptombelastung zu vier Erhebungszeitpunkten, sowie die Schwere der Abhängigkeit zu drei Erhebungszeitpunkten erfasst. Als stabile Patientenmerkmale wurden zu Therapiebeginn die körperlichen Alkoholfolgekrankheiten, die soziodemographischen und suchtassoziierten Charakteristika, sowie die Achse-II-Störungen erfasst. Alkohol- und Drogenkonsum wurde engmaschig durch objektive Laborparameter über eine Zeitspanne von 4 Jahren erhoben.

So war es zunächst möglich, Veränderungen über den Therapiezeitraum differenziert darzustellen und prospektiv zu analysieren, ob sich Remissionen der komorbiden psychiatrischen Störungen, der Schwere der Abhängigkeit und der psychiatrischen Symptombelastung ergeben. Auf der Grundlage der Daten, die zu Beginn der Therapie erhoben wurden, konnte in einem zweiten Schritt untersucht werden, wie sich die Therapieergebnisse während eines 4-jahres Zeitraumes durch diverse Variablen der psychiatrischen Komorbidität und der Schwere der Abhängigkeit vorhersagen lassen. Mit der Suche nach Prädiktoren für den langfristigen Erfolg und Misserfolg der Therapie soll empirisch überprüft werden, welche Patientenmerkmale von zentraler Bedeutung für die Prognose der Teilnehmer von ambulanter Suchttherapie sind.

Zusammenfassend stellt die Studie zur Komorbidität eine eher internationale Annäherung an die Teilgruppe prognostisch benachteiligter Alkoholkranker dar, die Studie zum CMA-Konstrukt greift dagegen eine deutsche Diskussion auf, die seit knapp 30 Jahren von Fachleuten mehr oder weniger intensiv bearbeitet wird und sehr große versorgungspolitische Auswirkungen hat.

3 Prädiktion von Therapieerfolg und Überprüfung des CMA-Konstrukts

3.1 Einführung in die Fragestellung der 1. Untersuchung

Die erste Publikation der vorliegenden Dissertation untersucht die Operationalisierungsvorschläge der drei derzeit gebräuchlichen und bereits veröffentlichten Checklisten zur Erfassung von CMA. Übergeordnet sollen es alle drei Instrumente ermöglichen, die Schwere der Abhängigkeit, den Behandlungsbedarf und die Prognose von Suchtkranken zu erfassen (vgl. z. B. Arbeitsgruppe CMA, 1999). Ein umfassender und vergleichender Nachweis für die Validität der Instrumente liegt bis jetzt nicht vor.

In der vorliegenden Untersuchung sollen deshalb die drei bislang existierenden CMA-Instrumente im ersten Schritt ausführlich hinsichtlich ihrer grundlegenden teststatistischen Kennwerte untersucht werden (Itemkennwerte, Reliabilität, Kriterien-, Konstrukt- und Faktorielle Validität). Im zweiten Schritt wird der Fokus auf die prädiktive Validität gelegt.

(1) 112 alkoholkranke Patienten, die an den Rekrutierungsperioden 4, 5 und 6 von ALITA teilnahmen, wurden mit drei CMA-Checklisten (AG-CMA, BML, GAD-Liste) eingeschätzt. Die teststatistische Qualität der Erhebungsinstrumente und ihre Nützlichkeit sollen durch die Berechnung folgender Werte überprüft werden:

Itemkennwerte: Homogenität; Item-Trennschärfen; Item-Schwierigkeiten.

<u>Skalenkennwerte:</u> Mittelwert; Median; Modalwert; Standardabweichung; Minimum; Maximum; Schiefe; Kurtosis; Cronbach alpha.

Kriterien-, Konstrukt- und Faktorielle Validität: Übereinstimmung der drei Instrumente untereinander; Sensitivität und Spezifität der Cut-off-Werte; multiple Zusammenhänge mit Maßen der Chronizität der Störung, der psychiatrischen Komorbidität, der Sucht- und Sozialcharakteristika, sowie der alkoholassoziierten Probleme; faktorenanalytische Struktur.

(2) Zur Bestimmung der Prädiktiven Validität soll die Zeit bis zum Rückfall während der 4-Jahres-Katamnese durch die Diagnose CMA unter Berücksichtigung von psychiatrischer Komorbidiät und Chronizität der Abhängigkeit vorhergesagt werden.

Ergebnisse zu Fragestellung (1): Es zeigt sich, dass AG-CMA, BML und GAD-Liste eine sehr niedrige Itemhomogenität (Mediane der Iteminterkorrelationen: 0.13, 0.10 und 0.17) und eine zu geringe Reliabilität (Cronbach Alpha .62, .57 und .42) aufweisen. Für die AG-CMA

lässt sich eine faktorenanalytische Struktur konstruieren. Die hohen Korrelationenen der Skalen untereinander und die mittelhohen Assoziationen mit unterschiedlichen Maßen der psychiatrischen Komorbidität, der Schwere der Abhängigkeit und der Chronizität der Sucht geben Hinweise auf die in Ansätzen vorhandene Konstruktvalidität der Skalen.

Vor allem die kriterienbezogene Validität der Skalen erweist sich jedoch als unzureichend. Die AG-CMA hat eine zu niedrige Spezifität, d.h. sie diagnostiziert zu viele Patienten als CMA (73.2%), und die BML weist eine zu niedrige Sensitivität auf, d. h. es werden zu wenige Patienten als CMA klassifiziert (28.6%). Die GAD-Liste liegt mit ihrer Schätzung näher an der BML (41.1%) und weist sowohl eine zu geringe Sensitivität als auch eine unbefriedigende Spezifität auf.

Ergebnisse zu Fragestellung (2): Bei der Vorhersage des Rückfallgeschehens der Patienten im Langzeitverlauf zeigen die BML (Breslow-Statistik = .85, p = .36) und die GAD-Liste (Breslow-Statistik = .34, p = .56) überhaupt keine prädiktive Validität. Die AG-CMA erreicht zwar als alleiniger Prädiktor einen grenzwertig signifikanten Wert (Breslow-Statistik = 3.37, p = .07), dieser Effekt verschwindet jedoch unter dem deutlichen Einfluss der Chronizität der Sucht und der komorbiden Persönlichkeitsstörungen vollkommen. Es zeigt sich, dass sowohl die Komorbidität von Sucht und Persönlichkeitsstörungen (Breslow-Statistik = 10.22, p = .001), als auch die Chronizität der Abhängigkeit (Breslow-Statistik = 6.24, p = .01) einen starken negativen Einfluss auf den Langzeitverlauf der Abstinenz und somit eine sehr hohe prädiktive Validität haben. In der vorliegenden Studie stellen beide Variablen konkrete, voneinander unabhängige (r = .08) Faktoren der Schwere der Abhängigkeit dar.

Diese erste umfassende und vergleichende empirische Untersuchung der drei CMA-Instrumente zeigte, dass alle drei Checklisten eine zu geringe diagnostische Qualität aufweisen. Die Reliabilität und vor allem die kriterienbezogene und prädiktive Validität der drei Checklisten sind unbefriedigend. Somit werden sie dem an sie gerichteten Anspruch, die Schwere der Abhängigkeit, die Prognose und den Behandlungsbedarf alkoholkranker Patienten einschätzen zu können, nicht gerecht.

Obwohl sich die drei untersuchten Instrumente kaum in der Auswahl der erfassten Problembereiche unterscheiden, variieren sie sehr stark innerhalb der einzelnen Problembereiche hinsichtlich der Itemauswahl und deren Gewichtung. Als Folge entsteht eine starke Heterogenität der Skalen, die sowohl die Bildung von Summenscores als auch die Festlegung von cut-off Werten beträchtlich in Frage stellt. Internationale Studien der

vergangenen 20 Jahre haben gezeigt, dass eine differenzierte Patientencharakterisierung der Komplexität prognostischer Benachteiligung eher gerecht werden (Burtscheidt et al., 2001; Gsellhofer et al., 1999; McLellan et al., 1992; Project MATCH Research Group, 1997; Scheurich et al., 2000; Weisner et al., 2000).

Es wird deshalb im vorliegenden Artikel vorgeschlagen, das Konstrukt CMA zugunsten einer alternativen Schweregradbestimmung aufzugeben: als diagnostische Basis sollten suchtassoziierte und soziodemographische Charakteristika, sowie Merkmale der psychiatrischen Komorbidität unabhängig voneinander erfasst werden. Auf dieser ausführlichen Patientencharakterisierung aufbauend werden als prognostisch benachteiligt alkoholkranke Patienten bezeichnet, die eine komorbide Persönlichkeitsstörung und / oder einen Chronizitätsindex über .5 aufweisen. Sie haben einen erhöhten Bedarf an intensiver, umfassender und langfristiger Behandlung.

3.2 Originalartikel:

Wagner T*, Krampe H*, Stawicki S, Reinhold J, Galwas C, Aust C, Soyka M, Kröner-Herwig B, Küfner H, Ehrenreich H (2003) Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke" -Überprüfung des Konstrukts CMA im Rahmen der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke (ALITA). *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 5: 221-236.

^{*} Die Autoren trugen zu gleichen Anteilen zu der Arbeit bei

Originalarbeiten CMA

Originalarbeiten

"Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke" – Überprüfung des Konstrukts CMA im Rahmen der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke (ALITA)

Thilo Wagner^{1*}, Henning Krampe^{1*}, Sabina Stawicki¹, Jennifer Reinhold¹, Claudia Galwas¹, Carlotta Aust¹, Michael Soyka², Birgit Kröner-Herwig³, Heinrich Küfner⁴, Hannelore Ehrenreich¹

- ¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Georg-August-Universität und Max-Planck-Institut für experimentelle Medizin, Hermann-Rein-Str. 3, D-37075 Göttingen
- ²Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum Innenstadt, Nussbaumstr. 7, D-80336 München
- ³ Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Psychologisches Institut der Georg-August-Universität, Gosslerstr. 14, D-37075 Göttingen
- ⁴IFT Institut für Therapieforschung, Parzifalstr. 25, D-80804 München

Korrespondenzautorin: Prof. Dr. Dr. Hannelore Ehrenreich; E-Mail: ehrenreich@em.mpg.de

Zusammenfassung

Hintergrund: Der Begriff CMA soll Aufschluss geben über Schwere der Abhängigkeit, Behandlungsbedarf und Prognose von Suchtkranken. Empirische Nachweise für die Validität dieses Konstruktes fehlen weitgehend.

Fragestellung: Die vorliegende Studie untersucht Reliabilität und Validität von drei CMA-Checklisten, wobei der Fokus auf die prädiktive Validität gelegt wird.

Methode: 112 alkoholkranke Patienten, ALITA-Teilnehmer, wurden mit drei CMA-Checklisten (AG-CMA, BML, GAD-Liste) eingeschätzt. Die Instrumente wurden hinsichtlich Itemkennwerte, Cronbachs alpha, kriterienorientierter Validität und Konstruktvalidität analysiert. Zur Bestimmung der prädiktiven Validität wurde überprüft, ob CMA unter Kontrolle der Schwere der Abhängigkeit, der Chronizität der Suchtkrankheit und der psychiatrischen Komorbidität die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit während eines vierjährigen Zeitraumes vorhersagen kann.

Ergebnisse: Reliabilität und Validität der drei CMA-Instrumente sind unbefriedigend, kriterienbezogene Validität und prädiktive Validität unzureichend. Während keine der CMA-Listen sich als signifikanter Prädiktor der kumulativen Abstinenzwahrscheinlichkeit erwies, zeigten die Variablen "Mindestens eine komorbide Persönlichkeitsstörung" (p < 0,01) und "Chronizität der Suchtkrankheit" (p < 0,05) einen hohen prädiktiven Gehalt.

Schlussfolgerungen: Das Konstrukt CMA sollte zugunsten einer alternativen Schweregradbestimmung aufgegeben werden: als prognostisch benachteiligt werden Alkoholkranke bezeichnet, die eine komorbide Persönlichkeitsstörung und/oder einen Chronizitätsindex über 0,5 aufweisen. Sie haben erhöhten Bedarf an intensiver, umfassender und langfristiger Behandlung.

Schlagwörter: Chronizität; CMA; Persönlichkeitsstörung; psychiatrische Komorbidität; Schwere der Abhängigkeit

Chronic multimorbid addicts (CMA): evaluation of the construct CMA in the context of the outpatient long-term intensive therapy for alcoholics (OLITA)

Background: The concept CMA was developed to provide information about addiction severity, treatment needs and prognosis of addicted patients. However, empirical evidence of the validity of this construct is lacking.

Aims: Focusing on predictive validity, this study investigates reliability and validity of three CMA checklists.

Methods: 112 alcohol dependent patients, OLITA participants, were rated using three CMA checklists (AG-CMA, BML, GAD-checklist). The instruments were evaluated concerning item and reliability parameters, criterion and construct validity. To determine the predictive validity, prediction of cumulative abstinence probability by CMA was investigated during four year follow-up controlling for addiction severity, chronicity and psychiatric comorbidity.

Results: Reliability and validity of the three CMA instruments did not prove satisfactory. Particularly, criterion validity and predictive validity were insufficient. Whereas none of the CMA checklists delivered a significant prediction of cumulative abstinence probability, the variables "at least one personality disorder" (p < 0.01) and "chronicity of addiction" (p < 0.05) had strong predictive validity.

Conclusions: The construct CMA should be replaced by an alternative concept of addiction severity: prognostically handicapped alcoholics are characterized by a comorbid personality disorder and / or a chronicity index above 0.5. This patient group has an increased need for intensive, comprehensive and long-term treatment.

Keywords: Addiction severity; chronic multimorbid addicted patients; chronicity; personality disorder; psychiatric comorbidity

Abkürzungen: AG-CMA: Checkliste der Arbeitsgruppe CMA; ALITA: Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke; BML: Braunschweiger Merkmalsliste; CI: Chronizitätsindex; CMA: Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke; EuropASI: European Addiction Severity Index; IDCL-P: Internationale Diagnosen-Checkliste für Persönlichkeitsstörungen; GAD-Liste: Checkliste der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren; GSI: Global Severity Index; KMO-Kriterium: Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium; Mini-DIPS: Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen; SCL-90-R: Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version; SKID-I: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV-Achse I; phi: Phi-Koeffizient; p,: Itemschwierigkeit; r: Pearson-Korrelationen; r_n: Itemtrennschärfe; r_nb; punktbiseriale Korrelationen

Suchtmed **5** (4) 221 – 236 (2003)

⁷¹⁰⁰¹¹⁴⁰

^{*} Diese Autoren trugen zu gleichen Teilen zu der Arbeit bei

1 Einleitung

Der Begriff "Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA)" beschreibt chronisch suchtkranke Menschen, die zusätzlich zur Substanzabhängigkeit unter schweren persistierenden psychischen, körperlichen und sozialen Beschwerden leiden. Das Konstrukt lässt sich als ein Ansatz der Schweregradbestimmung der Abhängigkeit verstehen (Küfner 1999). Der Schweregrad wiederum soll Aufschluss über das Ausmaß der Behandlungsbedürftigkeit und die Prognose geben. Entsprechend werden neben einer klaren Begriffsdefinition geeignete Messinstrumente benötigt (AG-CMA 1999, Arnold et al. 1999, Böttger et al. 2001, 2002, Fleischmann 2001a,b, Fleischmann und Wodarz 1999, Hertrich und Lutz 2002, Hilge und Schulz 1999, Küfner 1999, Kuhlmann 2003, Müller-Mohnssen et al. 1999, Schlanstedt und Schu 1999, Schlanstedt et al. 2001, Schwoon et al. 2002).

Die drei bislang existierenden Instrumente erfassen folgende Problembereiche:

- Checkliste der Arbeitsgruppe CMA (AG-CMA): Konsumverhalten, Behandlungserfahrung, körperliche/psychische Folgen, soziale Folgen (Arbeitsgruppe CMA 1999).
- Braunschweiger Merkmalsliste (BML): Behandlungserfahrung, soziale Folgen, psychiatrisch/neurologische Folgen (Hilge und Schulz 1999).
- Checkliste der Gesellschaft gegen Alkohol und Drogengefahren (GAD): Psychische, soziale und körperliche Folgen (Böttger et al. 2001, 2002).

Die Chronizität, d.h. die ausgeprägt lange Dauer einer Störung (Weithmann et al. 1989), ist die zweite wesentliche Komponente des Konstrukts "chronisch mehrfach beeinträchtigt". Sie wird jedoch von keinem CMA-Instrument in der Auswahl der Items berücksichtigt.

Jede der drei Checklisten legt einen anderen Schwerpunkt, sodass wesentliche Probleme überhaupt nicht oder aber nur ungenau erfasst werden. Die Checkliste der AG-CMA erfasst weder die Langzeitarbeitslosigkeit noch die Einweisung mit richterlichem Beschluss; körperliche und psychiatrische Störungen werden zu einem einzigen Punkt zusammengefasst, und weniger belastende komorbide Störungen (z.B. einfache Phobie, Fettleber) werden als gleichwertig mit schweren komorbiden Störungen (z.B. psychotische Störungen, Leberzirrhose) angesehen. Die BML berücksichtigt weder den Problembereich Substanzkonsum noch die häufigsten komorbiden psychiatrischen Störungen; die Vielfalt der neuropsychiatrischen Folgeschäden wird auf das Delir, das Korsakoff-Syndrom und die Polyneuropathie beschränkt. Die Checkliste der GAD verzichtet vollkommen auf die Problembereiche Substanzkonsum, Behandlungserfahrung und juristische Probleme; die Einschätzung der psychiatrischen Komorbidität ist erschwert durch die Beurteilung von Entzugssymptomen und komorbiden Störungen in einem einzigen Wert und durch die Verwendung obsoleter Begriffe (z.B. Durchgangssyndrom, neurotische Fehlentwicklung); während die Schweregradbestimmung der psychiatrischen und körperlichen Probleme mit einer Reichweite von 1 bis 6 zwar wesentlich differenzierter ist als bei den anderen beiden Instrumenten, ist sie jedoch nur unscharf operationalisiert, weil sie ausschließlich auf der subjektiven Einschätzung des behandelnden Arztes beruht.

Als Folge der beträchtlichen Unterschiedlichkeit der Checklisten zeigen sich starke Schwankungen in den mit ihnen ermittelten Prävalenzraten für CMA. Sie reichen von 22% bzw. 40% (GAD-Liste; Böttger et al. 2001, 2002), über 49% (AGCMA; Fleischmann und Wodarz 1999) bis hin zu 75% (AGCMA; Schlanstedt und Schu 1999). Schwoon et al. (2002) schließlich verwendeten erstmals sowohl die AG-CMA als auch die BML an derselben Stichprobe; sie konnten zeigen, dass die AG-CMA mit 62% die Häufigkeit von CMA vermutlich überschätzt, während die BML sie mit 22% eher unterschätzt.

Die meisten empirischen Untersuchungen kommen zwar zu dem Schluss, dass die CMA-Listen nur einen provisorischen Charakter aufweisen, sie hinterfragen das Konstrukt CMA jedoch nicht grundsätzlich (Böttger et al. 2001, 2002, Fleischmann 2001b, Fleischmann und Wodarz 1999, Müller-Mohnssen et al. 1999, Schlanstedt et al. 2001, Schwoon et al. 2002). Um seiner offensichtlichen Heterogenität entgegenzukommen, werden stattdessen entweder unterschiedliche CMA-Typen vorgeschlagen oder aber spezifische Problembereiche als besonders wichtige Leitsyndrome für die Klassifikation von CMA hervorgehoben, z.B. das "hirnorganische Psychosyndrom" (Fleischmann 2001a,b, Fleischmann und Wodarz 1999) oder die soziale Desintegration (Böttger et al. 2001, 2002).

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

- 1. die CMA-Checklisten erfassen zwar ähnliche Problembereiche, weisen aber in ihren Itemzusammenstellungen sehr große Unterschiede auf;
- die Prävalenzschätzungen für CMA schwanken sehr stark;
- 3. der empirische Forschungsstand zu CMA ist eher spärlich und zugleich widersprüchlich.

Besonders auffällig ist jedoch, dass sämtliche in Deutschland verwendeten CMA-Instrumente nie einer umfassenden Reliabilitäts- und Validitätsüberprüfung unterzogen worden sind.

2 Fragestellung und Vorgehensweise

In der vorliegenden Untersuchung sollen deshalb die drei bislang existierenden CMA-Instrumente ausführlich hinsichtlich ihrer diagnostischen Qualität untersucht werden. Nachdem das Konstrukt CMA vor allem entwickelt worden ist, um den Schweregrad, den Behandlungsbedarf und die Prognose von suchtkranken Patienten abzuschätzen, soll bei der Beurteilung der klinischen Relevanz der CMA-Listen die Analyse der prädiktiven Validität ausschlaggebend sein (vgl. Akiskal 1989).

Die teststatistische Qualität der Erhebungsinstrumente und ihre Nützlichkeit sollen durch die Berechnung folgender Werte überprüft werden:

Itemkennwerte: Homogenität; Item-Trennschärfen; Item-Schwierigkeiten.

Skalenkennwerte: Mittelwert; Median; Modalwert; Stan-

Originalarbeiten CMA

dardabweichung; Minimum; Maximum; Schiefe; Kurtosis; Cronbach alpha.

Kriterien-, Konstrukt- und Faktorielle Validität: Übereinstimmung der drei Instrumente untereinander; Sensitivität und Spezifität der Cut-off-Werte; multiple Zusammenhänge mit Maßen der Chronizität der Störung, der psychiatrischen Komorbidität, der Sucht- und Sozialcharakteristika sowie der alkoholassoziierten Probleme; faktorenanalytische Struktur.

Prädiktive Validität: Vorhersage der Zeit bis zum Rückfall während der 4-Jahres-Katamnese durch die Diagnose CMA unter Berücksichtigung von psychiatrischer Komorbidiät und Chronizität der Abhängigkeit.

3 Methode

3.1 Setting

Die Daten wurden im Rahmen der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke (ALITA) erhoben. Dieses biopsychosoziale Therapiekonzept für schwer alkoholkranke Patienten folgt als zweijähriges ambulantes Behandlungsprogramm der stationären Entgiftung. Wesentliche Bestandteile sind: (1) Hochfrequente Kurzgespräche, anfangs täglich, mit langsamer Reduktion der Kontaktfrequenz bis auf eine einmal wöchentlich stattfindende ALITA-Gruppe. (2) Therapeutenrotation. (3) Unterstützung der sozialen Reintegration und aggressive Nachsorge. (4) Induktion von Alkoholunverträglichkeit durch Hemmstoffe der Acetaldehyd-Dehydrogenase. (5) Kontrolle durch überwachte Einnahme der Aversiva und regelmäßige Urin- und Blutuntersuchungen auf Alkohol und andere Suchtstoffe. ALITA wurde 1993 entwickelt und wurde im Sommer 2003 als Modellprojekt abgeschlossen. Eine ausführliche Darstellung des Therapiekonzepts und der Evaluation von ALITA findet sich bei Ehrenreich et al. (1997a, 2000, 2002), Krampe et al. (2001, 2003, im Druck), Wagner et al. (1999, 2001).

Das Therapieprogramm bietet die hervorragende Möglichkeit, die wichtigste Ergebnisvariable von Suchttherapie, "Abstinenz vs. Substanzkonsum", gesichert zu erfassen. Urinkontrollen werden während der ersten drei Therapiemonate täglich, während der Monate 4 bis 6 dreimal wöchentlich, während der Monate 7 bis 12 zweimal wöchentlich und während des zweiten Therapiejahres mindestens einmal pro Woche durchgeführt. Zusätzlich werden Blutuntersuchungen mindestens 14-tägig während der Monate 1 bis 3, einmal monatlich während der Monate 4 bis 12 und zweimonatlich bis zum Therapieende durchgeführt. Nach Beendigung der Therapie wurden Blutuntersuchungen mindestens zweimal jährlich, und Urinuntersuchungen wöchentlich bis vierteljährlich durchgeführt.

3.2 Stichprobe

Die Stichprobe umfasst insgesamt 112 alkoholkranke Patienten (Teilnehmer der ALITA Rekrutierungsphasen IV, V und VI), von welchen 2 vor der Erhebung der Persönlichkeitsstörungen (d.h. vor dem 3. Therapiemonat) ausschieden. Die Tabellen 1 und 2 zeigen ihre wesentlichen suchtassoziierten und soziodemographischen Merkmale. Zur Erfassung der

psychiatrischen Komorbidität der Patienten wurden Achse-I-Störungen und Achse-II-Störungen nach DSM-IV (Saß et al. 1996) erhoben.

69 der112 Patienten (62%) weisen *mindestens eine Achse-I-Störung* auf. Am häufigsten sind Angststörungen mit 44%, affektive Störungen mit 21% und Substanzabhängigkeiten neben Alkohol mit 10%. Weniger häufig sind somatoforme Störungen und Essstörungen mit jeweils 5%,sowie psychotische Störungen mit 3%. 71 von 110 Patienten (65%) weisen *mindestens eine Achse-II-Störung* auf. Davon haben 16% eine narzisstische, 16% eine nicht näher bezeichnete, 10% eine borderline, 9% eine dependente, 6% eine antisoziale, 6% eine vermeidend-selbstunsichere, 6% eine histrionische, 3% eine depressive, 2% eine paranoide, 1% eine schizotypische und 1% eine passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung (Wagner et al., eingereicht).

3.3 Instrumente

Die gesamte Datenerhebung im ALITA-Setting wurde prospektiv durchgeführt (EuropASI, Mini-DIPS, IDCL-P, SCL-90-R, semistrukturierte Sozialanamnese). Die Bündelung der so gesammelten Informationen im Sinne der unten erwähnten CMA-Instrumente (AG-CMA, BML, GAD-Liste) erfolgte sukzessiv im Verlauf der Studie.

Definitionsvorschlag der AG-CMA

Die AG-CMA-Liste besteht aus 4 Kriterienbereichen mit insgesamt 8 Items (ja/nein-Kodierung): Konsumverhalten (1 Item), Behandlungserfahrung (1 Item), gesundheitliche Situation (2 Items), soziale und rechtliche Situation (4 Items). Eingangskriterium ist die gesicherte Diagnose einer Substanzabhängigkeit. Der Gesamtwert reicht von 0 bis 8; sobald ein Patient in mindestens drei von vier Kriterienbereichen einen Punkt erreicht hat, wird er als CMA klassifiziert (AG CMA 1999).

BML

Die BML ist nach testtheoretischen Gesichtspunkten entwickelt worden. Sie umfasst 11 Items (ja/nein-Kodierung), von denen 4 positiv beantwortet sein müssen, um eine Zuordnung zur Gruppe der CMA zu treffen. Es werden drei Bereiche unterschieden: Soziale Situation (4 Items), Behandlungsvorgeschichte (4 Items) und psychiatrisch/neurologische Befunde (3 Items) (Hilge und Schulz 1999).

GAD-Checkliste

Die GAD-Checkliste besteht aus drei Items, die eine gleichgewichtete Erfassung der körperlichen, psychiatrischen und sozialen Beeinträchtigung ermöglichen sollen. Zur Einschätzung der Komorbidität soll der Urteiler zunächst ankreuzen, welche körperlichen Störungen (z.B. Hypertonie, epileptische Anfälle, Polyneuropathie, Oesophagusvarizen) bzw. psychiatrischen Störungen (z.B. Delir, Entzugssyndrom, neurotische und Persönlichkeitsfehlentwicklung) vorliegen. Dann schätzt er für beide Bereiche unabhängig voneinander auf einer Skala von 1 bis 6 ein, wie schwer das Störungsausmaß ist. Die soziale Beeinträchtigung wird nicht subjektiv beurteilt, sondern setzt sich aus einem Punktesystem zusammen:

Lebenssituation (maximal 2 Punkte, z.B. alleinlebend = 1 Punkt); *Wohnung* (maximal 2 Punkte, z.B. obdachlos = 2 Punkte); *Arbeit* (maximal 2 Punkte, z.B. Gelegenheitsarbeit = 1 Punkt, arbeitslos = 2 Punkte). Im körperlichen, psychia-

trischen und sozialen Problembereich können jeweils bis zu 6 Punkte erreicht werden, sodass der Gesamtwert von 0 bis 18 reicht. Patienten mit einem Wert ≥ 12 gelten als CMA (Böttger et al. 2001, 2002).

Tabelle 1: Suchtassoziierte Charakterisierung der Stichprobe (N = 112)

	Mittelwert [Standardabweichung] bzw. Anzahl (Prozent)
Chronizitätsmerkmale	
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	18,13 [7,34]
Alter bei Erstkontakt (Jahre)	43,58 [7,61]
CMA nach AG-CMA	82 (73,2%)
CMA nach BML	32 (28,6%)
CMA nach GAD-Liste	46 (41,1%)
Chronizitätsindex CI (Abhängigkeitsdauer/Alter bei Erstkontakt)	0,41 [0,13]
Patienten "Chronisch" (≥ Median CI)	56 (50%)
Behandlungserfahrung	
Stationäre Entgiftungen	7,49 [9,54]
Patienten ≤ 2 stationäre Entgiftungen	41 (36,6%)
Patienten 3-6 stationäre Entgiftungen	40 (35,7%)
Patienten ≥ 7 stationäre Entgiftungen	31 (27,7%)
Stationäre Langzeittherapien	0,77 [0,97]
Patienten 1 stationäre Langzeittherapie	35 (31,3%)
Patienten 2 stationäre Langzeittherapien	15 (13,4%)
Patienten 3-4 stationäre Langzeittherapien	6 (5,4%)
EuropASI	
EuropASI Composite Score Körperlicher Zustand	0,58 [0,38] a
EuropASI Composite Score Ökonomische Situation	0,56 [0,47] a
EuropASI Composite Score Zufriedenheit mit der Arbeitssituation	0,51 [0,37] a
EuropASI Composite Score Alkoholgebrauch	0,83 [0,11] a
EuropASI Composite Score Drogengebrauch	0,02 [0,06] a
EuropASI Composite Score Rechtliche Probleme	0,09 [0,20] a
EuropASI Composite Score Familiäre Beziehungen	0,59 [0,30] a
EuropASI Composite Score Andere Soziale Beziehungen	0,21 [0,29] ^a
EuropASI Composite Score Psychischer Zustand	0,46 [0,21] ^a
Alkoholkonsum	
Tage mit Alkoholgebrauch, Monat vor Indexentgiftung	26,66 [7,06] ^a
Trunkenheitstage, Monat vor Indexentgiftung	23,25 [8,61] ^a
Tägliche Alkoholmenge (g/Tag)	437,21 [175,46]
Körperliche Alkoholfolgeschäden und Suizidalität	
Patienten mit leichten Alkoholfolgeschäden	11 (9,8%)
(z.B. Steatosis Hepatis) Patienten mit deutlichen Alkoholfolgeschäden	32 (28,6%)
(z.B. Delirium, Entzugskrampfanfälle) Patienten mit schweren Alkoholfolgeschäden	56 (50,0%)
(z.B. Polyneuropathie, Chronische Pankreatitis, Hirnatrophie) Patienten mit schwersten Alkoholfolgeschäden (z.B. Leberzirrhose)	13 (11,6%)
(z.b. Leberziffficse) Patienten mit schweren Suizidversuchen in der Vorgeschichte	35 (31,3%)
^a N = 111	

Originalar beiten CMA

Tabelle 2: Soziodemographische Charakterisierung der Stichprobe (N = 112)

Geschlecht						
Männlich	81 (72%)					
Familienstand						
Verheiratet/feste Partnerschaft	60 (53,6%)					
Getrennt/geschieden	39 (34,8%)					
Überwiegend ohne Partner	13 (11,6%)					
Schulausbildung						
Sonderschule	15 (13,4%)					
Hauptschule	58 (51,8%)					
Realschule	22 (19,6%)					
Abitur/Fachabitur	17 (15,2%)					
Berufsausbildung	_					
Ungelernt	34 (30,4%)					
Lehre	60 (53,6%)					
Meister/Fachschule	12 (10,7%)					
UNI/FH	6 (5,4%)					
Beschäftigung						
Arbeitslos	64 (57,1%)					
Vorübergehend beschäftigt	7 (6,3%)					
Feste Anstellung	24 (21,4%)					
Feste Anstellung mit Abmahnung	17 (15,2%)					
Wohnverhältnisse						
Im Familienverbund	46 (41,1%)					
Mit Partner	17 (15,2%)					
Alleine mit Kindern	4 (3,6%)					
Alleine	45 (40,2%)					

Europ-ASI

Der EuropASI ist eine europäische Adaptation des ASI (Addiction Severity Index; McLellan et al. 1992). Dieses semistrukturierte Interview zur Erfassung der Schwere der Abhängigkeit bei drogen- und alkoholabhängigen Patienten hat sich als reliabel, valide und vergleichbar mit dem ASI erwiesen (Scheurich et al. 2000). Aus den Fragen, die sich auf den derzeitigen Zustand des Patienten bzw. die letzten 30 Tage unter Alkohol beziehen, lassen sich Composite Scores berechnen, die Werte zwischen 0,00 und 1,00 annehmen können. Diese Maße der Schwere der Abhängigkeit werden unabhängig voneinander für 9 spezifische Bereiche berechnet: Körperlicher Zustand, Ökonomische Situation, Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, Alkoholgebrauch, Drogengebrauch, Rechliche Probleme, Familiäre Beziehungen, Andere soziale Beziehungen und Psychischer Zustand (Gsellhofer et al. 1999).

Mini-DIPS

Das Mini-DIPS (Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen; Margraf 1994) ist eine Kurzfassung des DIPS (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen; Margraf und Schneider 1991). Es erfasst die Punktprävalenz folgender Achse-I-Störungen nach DSM-IV: Angststörungen, affektive Störungen, somatoforme Störungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit sowie ein Screening zum Ausschluss von psychotischen Störungen. Nach einem

positiven Screening für eine psychotische Störung erfolgte in der vorliegenden Untersuchung eine ausführliche Exploration des Patienten mit dem SKID-I-Interview, Modul für psychotische Störungen (Wittchen et al. 1997). Das Interview wurde erst nach einer mindestens vierwöchigen Alkoholabstinenz, d.h. nach gesichertem Ende des akuten Alkoholentzugssyndroms, durchgeführt.

IDCL-P

Folgende Persönlichkeitsstörungen wurden mit der IDCL-P (Internationale Diagnosen-Checkliste für Persönlichkeitsstörungen; Bronisch und Mombour 1998) durch zwei unabhängige Ratergruppen erhoben: Paranoid, Schizoid, Schizotypisch, Antisozial, Borderline, Histrionisch, Narzisstisch, Selbstunsicher, Dependent, Zwanghaft, Depressiv, Passiv-Aggressiv, Persönlichkeitsstörung n.n.B. (nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung, alkoholbedingte Persönlichkeitsstörung oder leichte geistige Behinderung).

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung wurde erst nach einer mindestens dreimonatigen Alkoholabstinenz und Beobachtung der Patienten durch die *Rater* über eine große Bandbreite verschiedener Situationen gestellt. Folgende Datenquellen wurden herangezogen: Verhalten während der Therapiegespräche (psychopathologischer Befund), aktueller körperlicher Befund, Sozial- und Suchtanamnese, Fremdanamnese, Mini-DIPS, EuropASI, Fragebogenuntersuchung, Videoaufnahmen der Therapiesitzungen, Aktenstudium (somatische und psychiatrische Vorbefunde). Zwei Patienten brachen die Therapie noch vor der 3-Monatsmarke ab; von ihnen wurden deshalb keine Achse-II-Störungen erhoben.

Zur Bestimmung der Rater-Übereinstimmung wurden Kappa-Koeffizienten für die Diagnosen der beiden unabhängigen Ratergruppen berechnet. Das Kappa für die Beurteilung "Mindestens eine Persönlichkeitsstörung" beträgt 0,82. Für die 13 spezifischen Persönlichkeitskategorien beträgt der Median der einzelnen Kappa-Koeffizienten 0,79. Diese Werte lassen sich als sehr gute Übereinstimmung interpretieren (Fleiss 1981). Bei widersprüchlichen Beurteilungen wurden die Entscheidungen durch Konsensdiagnosen beider Ratergruppen getroffen.

SCL-90-R

Die SCL-90-R (Franke 1995) ist eine Selbstbeurteilungsskala zur Erfassung der subjektiven psychischen Symptombelastung. Sie besteht aus 90 Items, die sich zu einem Globalwert der Belastung summieren lassen (GSI: global severity index). Das Instrument ist eine der international am häufigsten verwendeten Selbstbeurteilungsskalen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich.

Semistrukturierte Sozialanamnese

Die semistrukturierte Sozialanamnese stützt sich auf mehrere Informationsquellen. Neben dem Interview mit den Patienten werden auch die Angehörigen oder andere nahestehende Personen befragt. Weiterhin werden alle erreichbaren Vorbefunde gesammelt (Akten, Entlassungsbriefe, sonstige Vor-

befunde, aktuelle Befunde). In die vorliegende Untersuchung gehen folgende Daten der semistrukturierten Sozialanamnese ein: Dauer der Abhängigkeit, Anzahl früherer Entgiftungen, Anzahl früherer Langzeittherapien, Menge des täglichen Alkoholkonsums während der letzten 3 Monate vor der Indexentgiftung, körperliche Alkoholfolgeschäden, Alter bei Eintritt in die Therapie, Geschlecht, Bildung, Berufsausbildung, Beruf, Wohnumfeld, Familienstand, Beschäftigungsverhältnis und Arbeitslosigkeit.

Chronizitätsindex

Die Dauer der Abhängigkeit ist auch abhängig vom Lebensalter (vgl. Weithmann et al. 1989). Deshalb wurde die Chronizität der Alkoholerkrankung durch einen Chronizitätsindex berechnet, in dem die Dauer der Abhängigkeit durch das Lebensalter bei Eintritt in die Therapie geteilt wird. Der Chronizitätsindex reicht von > 0 bis < 1 und gibt den Prozentsatz an, den die Suchtkrankheit an der Lebenszeit eines Patienten ausmacht. Ein Wert von 0,4 bedeutet z.B., dass ein Patient 40% seiner Lebenszeit suchtkrank war.

3.4 Statistik

Alle statistischen Analysen wurden mit SPSS für Windows, Version 11, durchgeführt. Als Kenngrößen der Itemanalyse wurden berechnet: Iteminterkorrelation (r...), Itemtrennschärfe (r.,), Itemschwierigkeit (p.). Als Zusammenhangsmaße wurden berechnet: phi-Koeffizienten für Assoziationen zwischen kategorialen Variablen, punktbiseriale Korrelationen (rph) für Zusammenhänge zwischen kategorialen und intervallskalierten Variablen, Pearson-Korrelationen (r) für Zusammenhänge zwischen intervallskalierten Variablen. Als Maß für die Sensitivität wurde der prozentuale Anteil der richtig positiven Diagnosen an den gesamten positiven Diagnosen berechnet, für die Spezifität der Anteil der richtig negativen Diagnosen an den gesamten negativen Diagnosen; die Gesamteffizienz ist der Anteil der richtigen positiven und negativen Diagnosen an allen Fällen. Zur Berechnung der Rückfallkurven und der prädiktiven Validität der Patientenmerkmale wurden Methoden der Überlebensanalyse angewendet (vgl. Kleinbaum 1996, Marubini und Valsecchi 1995): Überlebenskurven wurden nach der Kaplan-Meier-Methode berechnet und mit Breslow-Tests verglichen. Mit Cox-Regressionsanalysen wurde der Einfluss zeitunabhängiger Prädiktoren auf den Rückfallverlauf getestet. Um ein akzeptables Verhältnis zwischen der Anzahl der Prädiktoren und der Stichprobengröße zu erhalten, wurden dabei verschiedene separate Regressionmodelle schrittweise berechnet (s.u.). Als abhängige Variable wurde festgelegt: Tage vom ersten ambulanten Kontakt bis zum Rückfall. Fälle gelten als zensiert, wenn sie das Ereignis (hier Rückfall) vor dem Ende der Beobachtungszeit noch nicht erlebt haben; dies umfasst auch eine Patientin, die abstinent verstorben ist.

4 Ergebnisse

4.1 Item-Analyse und Skalenkennwerte

Die Mediane der Item-Interkorrelationen von AG-CMA, BML und GAD-Liste (Tabellen 3, 4, 5) liegen bei 0,13, 0,10 und 0,17. Die Korrelationen zwischen den *vier Kriterienbereichen der AG-CMA* betragen: 0,09 (Konsumverhalten & Behandlungserfahrung), 0,09 (Konsumverhalten & soziale und rechtliche Situation), 0,18 (Konsumverhalten & gesundheitliche Situation), 0,25 (Behandlungserfahrung & soziale und rechtliche Situation), 0,25 (soziale und rechtliche Situation) & gesundheitliche Situation). Die Korrelationen zwischen den *drei Kriterienbereichen der BML* belaufen sich auf: 0,26 (Soziale Situation & Behandlungsvorgeschichte), 0,17 (Sozia-

Item 1.1 2.1 3.1 3.2 3.4 4.1 1.1 2.1 0,09 3.1 0,06 0,12 3.2 0,05 0,31 0,31 3.3 0,10 0,32 0,24 0,43 3.4 0,03 0,19 0,30 0,25 0,16 4.1 0,32 0,07 0,13 0,15 0,24 -0,03 4.2 -0,04 0,24 0,08 0,13 0,12 0,11 -0,01

Tabelle 3: Item-Interkorrelationen, AG-CMA (N = 112)

*phi, ρ < 0,05 (zweiseitig); ** phi, ρ < 0,01(zweiseitig)

Tabelle 4: Item-Interkorrelationen	, BML	(N =	112)
------------------------------------	-------	------	------

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2	0,21									
3	0,20	0,46**								
4	0,11	0,27	0,18							
5	0,21	0,16	0,19*	0,26						
6	0,10	0,10	0,06	0,08	0,26					
7	0,05	0,06	0,13	-0,06	0,14	0,07				
8	0,05	-0,04	0,09	-0,05	0,12	0,14	0,16			
9	-0,02	0,04	0,08	0,07	0,12	0,22	0,22	-0,10		
10	0,13	0,15	0,09	-0,05	0,12	0,25	0,04	0,09	-0,03	
11	0,05	0,08	0,21*	-0,02	-0,06	0,07	0,12	-0,09	0,21	0,16

*phi, ρ < 0,05 (zweiseitig); ** phi, ρ < 0,01(zweiseitig)

Originalarbeiten CMA

Tabelle 5: Item-Interkorrelationen, GAD-Liste (N = 112)

Item	1	2
1		
2	0,33	
3	0,17	0,08

^{**} phi, *p* < 0,01(zweiseitig)

le Situation & Psychiatrisch/neurologische Befunde), 0,19 (Behandlungsvorgeschichte & Psychiatrisch/neurologische Befunde). Die Korrelationen zwischen den *drei Problembereichen der GAD* sind identisch mit den Item-Interkorrelationen (Tabelle 5).

Sowohl die Item-Interkorrelationen als auch die niedrigen Korrelationen zwischen den einzelnen Kriterienbereichen weisen somit auf die deutliche Heterogenität der drei Instrumente hin (vgl. Bortz und Döring 1995, S. 201).

Die Item-Trennschärfen aller drei Instrumente sind niedrig bis mittelmäßig, wobei 3 Items der AG-CMA, 7 Items der BML und 1 Item der GAD-Liste eine sehr niedrige Trennschärfe (< 0,25) aufweisen. Während 4 Items der AG-CMA und 5 Items der BML außerhalb des als normal erachteten Bereiches für Item-Schwierigkeiten (0,20 bis 0,80) liegen, weisen die 3 Items der GAD-Liste keine extremen Schwierigkeitswerte auf (Tabellen 6, 7, 8) (vgl. Bortz und Döring 1995, S. 199f., Fisseni 1990, S. 50).

Für die AG-CMA und die BML lassen sich auch Trennschärfen der einzelnen Kriterienbereiche berechnen; bei beiden Instrumenten sind sie ähnlich niedrig. Für die AG-CMA: Konsumverhalten 0,14, Behandlungserfahrung 0,38, soziale und rechtliche Situation 0,39, gesundheitliche Situation 0,30. Für die BML: Soziale Situation 0,28, Behandlungsvorgeschichte 0,30, Psychiatrisch/neurologische Befunde 0,22.

Die Verteilung der Gesamtwerte der AG-CMA ist leicht linkssteil, diejenige der BML ist deutlich linkssteil, und diejenige der GAD-Liste ist minimal rechtssteil; die Verteilungen aller drei Skalen sind als leicht flachgipflig zu bewerten (Tabelle 7; vgl. Sachs 1997, S. 167f., SPSS 1999, S. 28). Das Reliabilitätsmaß Cronbachs alpha ist mit 0,62 für die AG-CMA, 0,57 für die BML und 0,42 für die GAD-Liste insgesamt niedrig (vgl. Lienert und Raatz 1994, S. 14, 269).

Tabelle 6: Item-Trennschärfen und Item-Schwierigkeiten, AG-CMA (N = 112)

Item		Trennschärfe	Schwierigkeit
1.1	Trinkexzesse, Spiegeltrinken	0,14	0,99
2.1	in der Vorgeschichte > 5 stationäre Entgiftungen oder > 2 Entwöhnungstherapien	0,38	0,46
3.1	EU-Rente, Sozialhilfe, unregelmäßige, illegale Einkünfte, Prostitution	0,33	0,31
3.2	Wohnungslosigkeit, Verwahrlosung, institutionalisiertes Wohnen	0,50	0,21
3.3	keine feste Partnerschaft, nur suchtbezogene Kontakte	0,47	0,51
3.4	mindestens 2 Jahre Haft bzw. > 5 Verurteilungen (bezogen auf gesamtes Leben)	0,30	0,08
4.1	mindestens 1 komorbide körperliche Störung aktuell oder in den letzten zwei Jahren	0,20	0,92
4.2	mindestens 1 komorbide psychiatrische Störung aktuell oder in den letzten zwei Jahren	0,20	0,88

Tabelle 7: Item-Trennschärfen und Item-Schwierigkeiten, BML (N = 112)

Item		Trennschärfe	Schwierigkeit
1.	Alleinstehend, ohne feste Partnerschaft	0,24	0,47
2.	Sozialhilfe	0,35	0,20
3.	≥ 52 Wochen kontinuierlich arbeitslos	0,40	0,54
4.	Obdachlos	0,21	0,04
5.	In der Vorgeschichte ≥ 6 stationäre Entgiftungen	0,32	0,35
6.	In der Vorgeschichte ≥ 1 Krankenhauseinweisung mit richterlichem Beschluss	0,29	0,12
7.	Aktuell oder in der Vorgeschichte unter gesetzlicher Betreuung	0,22	0,10
8.	Aktuell oder in der Vorgeschichte Heimunterbringung	0,07	0,06
9.	Aktuell oder in der Vorgeschichte Delir	0,19	0,33
10.	Aktuell oder in der Vorgeschichte Korsakoff-Syndrom	0,22	0,06
11.	Aktuell oder in der Vorgeschichte Polyneuropathie	0,18	0,30

Tabelle 8: Item-Trennschärfen und Item-Schwierigkeiten, GAD-Liste (N = 112)

Item		Trennschärfe	Schwierigkeit
1.	Soziale Situation	0,33	0,39
2.	Psychiatrische Beeinträchtigung	0,29	0,71
3.	Körperliche Beeinträchtigung	0,17	0,71

Tabelle 9: Skalenkennwerte von AG-CMA, BML und GAD-Liste (N = 112)

	AG-CMA	BML	GAD-Liste
Mittelwert	4,36	2,55	10,88
Median	4,00	2,00	11,00
Modalwert	4,00	2,00	10,00
Standardabweichung	1,59	1,86	2,80
Minimum	1	0	4
Maximum	8	8	17
Schiefe	0,40	0,55	-0,23
Standardfehler Schiefe	0,23	0,23	0,23
Kurtosis	-0,19	-0,22	-0,56
Standardfehler Kurtosis	0,45	0,45	0,45
Cronbachs alpha	0,62	0,57	0,42

4.2 Kriterienorientierte Validität und Konstruktvalidität

Während nach der AG-CMA 73,2% der Patienten als CMA klassifiziert werden, ermittelt die GAD-Liste 41,1% und die BML sogar nur 28,6% CMA-Patienten (Tabelle 10). Der starke Unterschied zwischen der AG-CMA und den anderen beiden Listen zeigt sich auch in dem nur mäßigen Zusammenhang der AG-CMA-Klassifikation mit den Klassifikationen nach BML (phi = 0,38) und nach GAD-Liste (phi = 0,42); die Diagnosen nach BML und GAD-Liste weisen jedoch einen deutlichen Zusammenhang auf (phi = 0,64). Auch die Korrelationen der Gesamtwerte der Skalen mit den Klassifikationen der jeweils anderen CMA-Instrumente erweisen sich als eher hoch (r_{pb} = 0,57 bis r_{pb} = 0,70).

Es finden sich insgesamt niedrige Assoziationen (Werte von 0,12 bis 0,37) zwischen den CMA-Klassifikationen bzw. den

Gesamtwerten der CMA-Listen und den Chronizitätsmaßen (Abhängigkeitsdauer, Chronizitätsindex, Einteilung "Chronisch vs. weniger chronisch"). Die AG-CMA weist hierbei höhere Assoziationsmaße auf als die GAD-Liste und die BML.

Teilt man die Patienten in eine stärker chronische Gruppe (mit Werten, die gleich oder über dem Median des Chronizitätsindex CI liegen) und eine weniger chronische Gruppe (mit Werten, die unter dem Median des CI liegen), und verwendet diese Einteilung als Kriterium für Chronizität, weisen AG-CMA und BML gegenläufige Muster für Sensitivität und Spezifität auf. Die AG-CMA identifiziert 85,7% der chronisch Kranken richtig, jedoch nur 39,3% der weniger chronisch Kranken, während die BML nur 33,9% der chronisch Kranken, aber 76,8% der weniger chronischen Patienten erfasst. Die GAD-Liste weist sowohl eine niedrige Sensitivität (51,8%) als auch eine mäßige Spezifität (69,6%) auf. Die Gesamteffizienz der drei Skalen ist dementsprechend niedrig.

Für die Konstruktvalidität der CMA-Instrumente gibt es positive Hinweise (Tabelle 11). Die Gesamtwerte der drei Skalen korrelieren hoch miteinander (r = 0,73, r = 0,78 und r = 0,81), und die Korrelationen der Skalengesamtwerte mit verschiedenen Maßen für die psychiatrische Komorbidität und die Schwere der Abhängigkeit liegen – bis auf einige Teilskalen des EuropASI – fast immer im mittleren Bereich. Weder das Alter der Patienten noch das Geschlecht weisen einen Zusammenhang mit den CMA-Instrumenten auf.

Auffällig ist, dass sich die drei CMA-Listen nicht hinsichtlich ihrer Assoziation mit der Achse-I-Komorbidität unterscheiden, jedoch Differenzen in ihrem Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen aufweisen. Die Variable "Mindes-

Tabelle 10: Kriterienbezogene Validität von AG-CMA, BML und GAD-Liste (N = 112)

	Diagnose CMA, AG-CMA	Diagnose CMA, BML	Diagnose CMA, GAD	AG-CMA Gesamt- score	BML-Gesamt- score	GAD-Gesamt- score
Anzahl Patienten CMA +	82 (73,2%)	32 (28,6%)	46 (41,1%)	-	-	-
Anzahl Patienten Non-CMA +	30 (26,8%)	80 (71,4%)	66 (58,9%)	_	_	_
Zusammenhang mit der Diagnose CMA nach AG-CMA	_	0,38**	0,42**	0,69**	0,57**	0,62**
Zusammenhang mit der Diagnose CMA nach BML	0,38**	_	0,64**	0,70**	0,82**	0,62**
Zusammenhang mit der Diagnose CMA nach GAD	0,42**	0,64**	_	0,58**	0,68**	0,82**
Korrelation mit Abhängigkeitsdauer	0,30**	0,15	0,18	0,28**	0,24*	0,27**
Korrelation mit Chronizitätsindex	0,34**	0,18	0,23*	0,37**	0,33**	0,36**
Zusammenhang mit der Einteilung "Chronisch vs. weniger chronisch" ++	0,28**	0,12	0,22*	0,32**	0,29**	0,32**
Sensitivität ++	85,7%	33,9%	51,8%	_	_	_
Spezifität ++	39,3%	76,8%	69,6%	_	_	_
Gesamteffizienz ++	62,5%	55,4%	60,7%	_	_	-

^{*} Pearson-Korrelation, punktbiseriale Korrelation oder phi, p < 0.05 (zweiseitig)

^{**} Pearson-Korrelation, punktbiseriale Korrelation oder phi, p < 0.01(zweiseitig)

Cut-off-Werte für Diagnose CMA nach AG-CMA: Erreichen eines Punktes in mindestens drei der vier Kriterienbereiche; nach BML: Gesamtwert > 3; nach GAD: Gesamtwert > 11

^{***} Kriterium für Chronizität: Einteilung der Stichprobe in eine weniger chronische Gruppe mit Werten < Median des Chronizitätsindex (N = 56) und eine stärker chronische Gruppe mit Werten ≥ Median des Chronizitätsindex (N = 56)

Originalarbeiten CMA

Tabelle 11: Konstrukt- und diskriminante Validität von AG-CMA, BML und GAD-Liste; Zusammenhang der Gesamtwerte untereinander, mit psychiatrischer Komorbidität, Sucht- und Sozialcharakteristika, sowie alkoholassoziierten Problemen (N = 112)

	Gesamtwert	Gesamtwert	Gesamtwert
	AG-CMA	BML	GAD-Liste
Gesamtwert AG-CMA	-	0,81**	0,73**
Gesamtwert BML	_	_	0,78**
Mindestens 1 komorbide Achse-I-Störung	0,33**	0,32**	0,31**
Mindestens 1 komorbide Achse-II-Störung ^a	0,41**	0,24*	0,27**
Aktuelles Befinden (SCL-90-R, GSI) b	0,38**	0,37**	0,42**
Mindestens 1 Suizidversuch in der Vorgeschichte	0,34**	0,36**	0,42**
Anzahl stationärer Entgiftungen	0,57**	0,52**	0,33**
Anzahl stationärer Langzeittherapien	0,41**	0,38**	0,41**
Tägliche Alkoholmenge (g/Tag)	0,35**	0,34**	0,29**
Körperliche Alkoholfolgeschäden	0,26**	0,37**	0,53**
Alter	-0,01	-0,04	-0,01
Geschlecht (1 = männlich, 2 = weiblich)	0,04	-0,05	0,05
Jahre in Ausbildung	-0,25**	-0,20*	-0,14
Beschäftigungsverhältnisse (0 = in Arbeit, 1 = arbeitslos)	0,46**	0,51**	0,57**
EuropASI Körperlicher Zustand °	0,28**	0,19*	0,26**
EuropASI Ökonomische Situation ^c	0,53**	0,58**	0,54**
EuropASI Zufriedenheit mit der Arbeitssituation c	0,08	0,13	0,18
EuropASI Alkoholgebrauch ^c	0,11	0,08	0,07
EuropASI Drogengebrauch ^c	0,11	0,13	0,12
EuropASI Rechtliche Probleme °	0,23*	0,21*	0,09
EuropASI Familiäre Beziehungen ^c	-0,02	-0,03	0,01
EuropASI Andere soziale Beziehungen ^c	0,27**	0,24**	0,24*
EuropASI Psychiatrischer Zustand °	0,23*	0,13	0,23*

a N = 110, b N = 108, c N = 111

tens 1 komorbide Achse-II-Störung" korreliert höher mit der AG-CMA (0,41) als mit der BML (0,24) und der GAD-Liste (0,27).

Für die AG-CMA und BML lassen sich faktorenanalytische Strukturen bestimmen (Hauptkomponentenanalyse, Varimaxrotation; KMO-Kriterium = 0,69 für die AG-CMA, "mittelmäßige Eignung"; KMO-Kriterium = 0,59 für die BML, "eher klägliche Eignung"; vgl. Backhaus et al. 1994). Die Faktorenanalyse der AG-CMA errechnet 3 Faktoren mit Eigenwerten > 1; sie klären zusammen 57,1% der Varianz auf. Markier-Items (Ladung auf dem markierten Faktor ≥ 0,4, Ladungsquadrat auf dem markierten Faktor größer als die Hälfte der Kommunalität des Markier-Items; vgl. Fürntratt 1969, Funke et al. 2001) beschreiben folgende Faktoren: Faktor I wird durch die Items 3.1 (a = 0.78), 3.2 (a = 0.57) und 3.4 (a = 0,72) markiert ("Soziale Beeinträchtigungen"); Faktor II weist hohe Ladungen auf den Items 2.1 (a = 0.74) und 4.2 (a = 0,73) auf ("Behandlungserfahrung, psychiatrische Komorbidität"); die Items 1.1 (a = 0,74) und 4.1 (a = 0,81) charakterisieren den Faktor III ("Exzessives Trinken und körperliche Folgeschäden").

Die Faktorenanalyse der BLM ergibt zunächst 5 Faktoren mit Eigenwerten > 1 (64,2% Varianzaufklärung). Nachdem

diese 5-Faktorenlösung nicht interpretierbar war und der kleinste Faktor mit einem Eigenwert von 1,07 die Varianzaufklärung eines Items kaum überschritt, wurden explorativ eine 4-Faktorenlösung (54,4% Varianzaufklärung) und eine 3-Faktorenlösung (43,9% Varianzaufklärung) berechnet. Nur die 3-Faktorenlösung ist interpretierbar. Die Markier-Items beschreiben folgende Faktoren: Faktor I wird durch die Items 1 (a = 0,46), 2 (a = 0,75), 3 (a = 0,66) und 4 (a = 0,64) markiert ("Soziale Beeinträchtigungen"); Faktor II lädt hoch auf den Items 5 (a = 0,52), 6 (a = 0,62), 8 (a = 0,65) und 10 (a = 0,48) ("Behandlungserfahrung"). Faktor III wird durch die Items 9 (a = 0,70) und 11 (a = 0,73) charakterisiert ("Neurologische Folgeschäden").

4.3 Prädiktive Validität

Während des vierjährigen Beobachtungszeitraumes wurden 31 der 112 ALITA Patienten rückfällig. Die kumulative Wahrscheinlichkeit, am Ende des Zeitraumes abstinent zu bleiben, beträgt nach der Kaplan-Meier-Methode 0,64 (Abb. 1). Um alle potenziellen Rückfallprädiktoren zu untersuchen und trotzdem die vergleichsweise kleine Stichprobengröße zu berücksichtigen, wurden systematisch mehrere Regressionsmodelle berechnet. Zunächst wurde in verschiedenen separa-

^{*} Pearson-Korrelation, punktbiseriale Korrelation oder phi, p < 0.05 (zweiseitig)

^{**} Pearson-Korrelation, punktbiseriale Korrelation oder phi, p < 0,01(zweiseitig)

ten Modellen überprüft, welche Patientenmerkmale aus dem Bereich der Schwere und Chronizität der Abhängigkeit signifikante Prädiktoren des Rückfallverlaufs darstellen; die CMA-Skalen wurden hier noch nicht einbezogen. Zuerst wurden vier getrennte Modelle durchgeführt für: (1) soziodemographische Variablen (Alter, Geschlecht, Ausbildung, Familienstand, Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit), (2) suchtassoziierte Variablen (Konsummenge, Anzahl Entgiftungen, Anzahl Langzeittherapien, körperliche Folgeschäden, Chronizität), (3) EuropASI-Skalen (Körper, Ökonomie, Beruf, Alkohol, Drogen, Recht, Familie, soziale Beziehungen, Psychiatrischer Zustand) und (4) Komorbiditätsvariablen (mindestens 1 Achse-I-Störung, mindestens 1 Achse-II-Störung, mindestens 1 Suizidversuch in der Vorgeschichte, SCL-R-90 GSI). Alle Variablen mit einem erhöhten Wald-Wert (p < 0,1) wurden dann in einem weiteren Modell getestet, von dem wiederum nur die signifikanten Variablen (p < 0.05) in ein abschließendes Modell aufgenommen wurden. Die meisten Variablen tragen nicht zur Vorhersage des Rückfallverlaufs bei. Lediglich die Variablen "Mindestens eine Achse-II-Störung" (p = 0.005) und "Chronizitätsindex" (p = 0.023) erweisen sich als signifikante Prädiktoren. In den folgenden Regressionsmodellen wurde untersucht, welche Vorhersagekraft die CMA-Skalen haben, wenn sie gemeinsam mit diesen beiden Variablen in das Regressionsmodell aufgenommen werden (Tabelle 12, die Ergebnisse für die Klassifikation nach AG-CMA, BML und GAD-Liste stehen vor den eckigen Klammern, die Ergebnisse der Gesamtwerte stehen in den eckigen Klammern). Es zeigt sich, dass sowohl die Klassifikation von CMA als auch die Gesamtwerte der CMA-Skalen unter dem starken Einfluss von komorbiden Persönlichkeitsstörungen und Chronizität keinen prädiktiven Gehalt aufweisen. Das Rückfallrisiko erweist sich als unabhängig von der Klassifikation "CMA vs. Non-CMA", steigt aber sowohl mit der Dauer der Chronizität, als auch für Patienten mit mindestens einer Persönlichkeitsstörung drastisch an.

Die Abb. 2 bis 4 zeigen graphisch, welche klinische Relevanz die statistisch formulierten Ergebnisse zur prädiktiven Validität der verschiedenen Konstrukte (Tabelle 12) haben.

Die AG-CMA, die unter dem Einfluss der Variablen "Persönlichkeitsstörung" und "Chronizität" keine prädiktive Validität aufweist (Tabelle 12), ermöglicht zumindest eine grenzwertig signifikante Vorhersage der Abstinenzkurven, wenn sie als einziger Prädiktor in das Regressionsmodell aufgenommen wird (Abb. 2a). Dieses Ergebnis spiegelt die leichte bis mittlere Korrelation der AG-CMA mit den Faktoren "Mindestens 1 Persönlichkeitsstörung" und "Chronizitätsindex" wider (Tabellen 10, 11). Die BML und die GAD-Liste erreichen weder unter dem Einfluss von Persönlichkeitsstörungen und Chronizität (Tabelle 12), noch als alleinige Prädiktoren eine signifikante Vorhersage der kumulativen Absti-

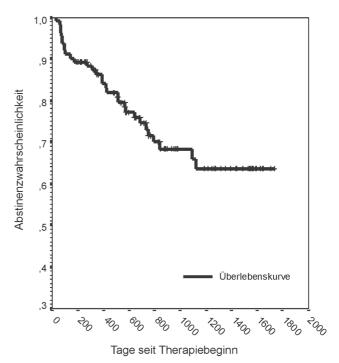


Abb. 1: Rückfallkurve der ALITA-Patienten (Kaplan-Meier-Methode). Die kumulative Wahrscheinlichkeit während der 4-jährigen Beobachtungszeit abstinent zu bleiben, beträgt 0,64 für die gesamte Stichprobe (N = 112). Zensierte Fälle sind durch Kreuze gekennzeichnet.

Tabelle 12: Vorhersage der Zeit bis zum Rückfall während der 4-Jahres-Katamnese durch CMA, psychiatrische Komorbidiät und Chronizität der Abhängigkeit (N = 110)

Prädiktoren	Cox Regressionsgewicht (RW)	Standardfehler RW	Wald (χ²)	p-Wert
CMA nach AG-CMA	0,25 [0,11]	0,52 [0,14]	0,23 [0,65]	0,631 [0,421]
Mind. 1 Achse-II-Störung	1,67 [1,59]	0,62 [0,63]	7,37 [6,35]	0,007 [0,012]
Chronizitätsindex	3,32 [3,10]	1,66 [1,69]	4,01 [3,36]	0,045 [0,067]
CMA nach BML	-0,21 [0,07]	0,41 [0,10]	0,27 [0,45]	0,607 [0,504]
Mind. 1 Achse-II-Störung	1,73 [1,65]	0,61 [0,62]	8,01 [7,15]	0,005 [0,008]
Chronizitätsindex	3,70 [3,29]	1,58 [1,63]	5,47 [4,05]	0,019 [0,044]
CMA nach GAD	-0,35 [-0,02]	0,39 [0,07]	0,79 [0,08]	0,375 [0,782]
Mind. 1 Achse-II-Störung	1,81 [1,74]	0,62 [0,63]	8,51 [7,80]	0,004 [0,005]
Chronizitätsindex	3,95 [3,69]	1,60 [1,62]	6,08 [5,18]	0,014 [0,023]

^{*} bei den Werten in eckigen Klammern wurden die Gesamtwerte von AG-CMA, BML und GAD-Liste in die Regressionsgleichung aufgenommen; alle χ²-Tests basieren auf einem Freiheitsgrad.

Originalar beiten CMA

nenzwahrscheinlichkeit (Abb. 2b, 2c). Die Abb. 3a zeigt, dass der Faktor "Mindestens eine Persönlichkeitsstörung" über die höchste prädiktive Validität verfügt: Patienten ohne Persönlichkeitsstörung haben eine deutlich höhere kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit (0,89) als Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (0,52).

Der Einfluss der intervallskalierten Variable "Chronizitätsindex" lässt sich nur durch den Vergleich der Kaplan-Meier-

Kurven von Extremgruppen graphisch veranschaulichen (Abb. 3b). Dazu wurden die Patienten hinsichtlich ihrer Werte im Chronizitätsindex in drei gleich große Gruppen aufgeteilt und das untere Drittel der Verteilung (Patienten mit einem CI von 0,05 bis 0,35) mit dem oberen Drittel verglichen (Patienten mit einem CI von 0,49 bis 0,69). Es ergeben sich deutlich unterschiedliche Abstinenzkurven für die Patienten mit leichter Chronizität (0,71) und die Patienten mit

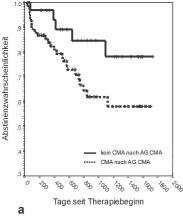
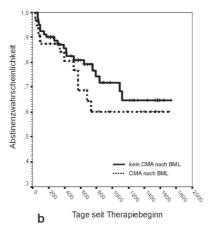
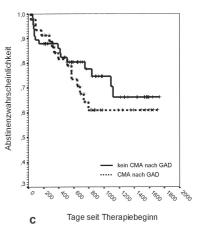


Abb. 2:
a) Rückfallkurve (Kaplan-Meier-Methode) der ALITA-Patienten mit CMA nach AG-CMA (N = 82, gepunktete Linie) und ohne CMA (N = 30, durchgezogene Linie). Die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit während der 4-jährigen Beobachtungszeit ist für die CMA-Patienten leicht niedriger (0,58) als für die Patienten ohne CMA (0,78) (Breslow-Statistik = 3,37, p = 0,07).



b) Rückfallkurve (Kaplan-Meier-Methode) der ALITA-Patienten mit CMA nach BML (N = 32, gepunktete Linie) und ohne CMA (N = 80, durchgezogene Linie). Die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit während der 4-jährigen Beobachtungszeit unterscheidet sich nicht für die CMA-Patienten (0,60) und für die Patienten ohne CMA (0,65) (Breslow-Statistik = 0,85, p = 0,36).



c) Rückfallkurve (Kaplan-Meier-Methode) der ALITA-Patienten mit CMA nach GAD (N = 46, gepunktete Linie) und ohne CMA (N = 66, durchgezogene Linie). Die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit während der 4-jährigen Beobachtungszeit unterscheidet sich nicht für die CMA-Patienten (0,61) und für die Patienten ohne CMA (0,66) (Breslow-Statistik = 0,34, p = 0,56). Zensierte Fälle sind durch Kreuze gekennzeichnet.

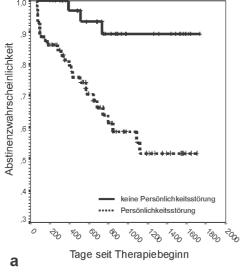
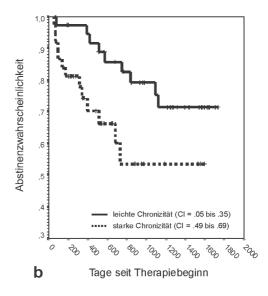


Abb. 3:a) Rückfallkurve (Kaplan-Meier-Methode) der ALITA-Patienten mit Persönlichkeitsstörung (N = 71, gepunktete Linie) und ohne Persönlichkeitsstörung (N = 39, durchgezogene Linie). Die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit während der 4-jährigen Beobachtungszeit ist für die Patienten ohne Persönlichkeitsstörung deutlich höher (0,89) als für die Patienten mit Persönlichkeitsstörung (0,52) (Breslow-Statistik = 10,22, p = 0,001).



b) Extremgruppen-Analyse: Rückfallkurve (Kaplan-Meier-Methode) der ALITA-Patienten mit starker Chronizität (N = 37, gepunktete Linie) und leichter Chronizität (N = 37, durchgezogene Linie). Die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit während der 4-jährigen Beobachtungszeit ist für die Patienten mit starker Chronizität (0,53) signifikant niedriger als für die Patienten mit leichter Chronizität (0,71) (Breslow-Statistik = 6,24, p = 0,01). Zensierte Fälle sind durch Kreuze gekennzeichnet.

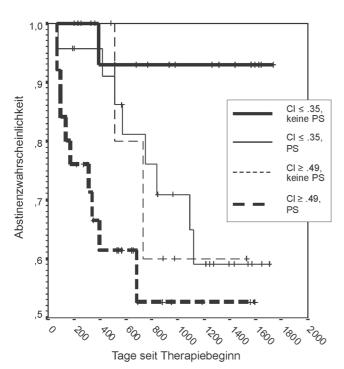


Abb. 4: Interaktion der Faktoren Persönlichkeitsstörung und Chronizität (Extremgruppen-Analyse). Die vier Abstinenzkurven unterscheiden sich signifikant voneinander (Breslow-Statistik = 10,36, p = 0,02). Im Einzelvergleich der Abstinenzkurven sind Patienten, die beide Risikofaktoren aufweisen, deutlich stärker rückfallgefährdet (0,53, N = 25, gestrichelte fette Linie) als Patienten, die keine Persönlichkeitsstörung und nur eine leichte Chronizität aufweisen (0,93, N = 14, durchgezogene fette Linie) (Breslow-Statistik = 5,5; p = 0,02). Die Abstinenzkurven der Patienten, die nur durch die Persönlichkeitsstörung (0,59; N = 23, einfache Linie) oder durch die starke Chronizität (0,60; N = 11, gestrichelte Linie) beeinträchtigt sind, nähern sich der Abstinenzkurve der Patienten an, die mit beiden Risikofaktoren belastet sind. Dies zeigt, dass die beiden Rückfallprädiktoren relativ unabhängig voneinander die Abstinenzwahrscheinlichkeit der Patienten senken. Zensierte Fälle sind durch Kreuze gekennzeichnet.

starker Chronizität (0,53). Aus der Tabelle 12 geht hervor, dass die Prädiktoren "Mindestens eine Achse-II-Störung" und "Chronizität" unabhängig voneinander einen negativen Einfluss auf die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit ausüben. Der Vergleich von vier Patientengruppen, die sich in der Ausprägung der beiden Prädiktoren unterscheiden, verdeutlicht dieses Ergebnis (Abb. 4). Die Abstinenzwahrscheinlichkeit von Patienten mit einer leichten Chronizität ohne Persönlichkeitsstörung und ist sehr hoch (0,93), während die Abstinenzwahrscheinlichkeit von Patienten mit Persönlichkeitsstörung und hoher Chronizität wesentlich niedriger ist (0,53). Patienten, die nur durch die Persönlichkeitsstörung (0,59) oder nur durch die starke Chronizität (0,60) beeinträchtigt sind, nähern sich der Abstinenzkurve der Patienten an, die mit beiden Risikofaktoren belastet sind.

5 Diskussion

Die vorliegende Studie stellt die erste umfassende empirische Untersuchung der diagnostischen Qualität der drei aktuellen Instrumente zur Erfassung von CMA bei Alkoholkranken dar. Es zeigt sich, dass AG-CMA, BML und GAD-Liste

eine sehr niedrige Itemhomogenität und eine zu geringe Reliabilität aufweisen. Für die AG-CMA lässt sich eine sinnvolle faktorenanalytische Struktur erkennen. Die mittelhohen Assoziationen mit unterschiedlichen Maßen der psychiatrischen Komorbidität, der Schwere der Abhängigkeit und der Chronizität der Sucht geben Hinweise auf die in Ansätzen vorhandene Konstruktvalidität der Skalen. Vor allem die kriterienbezogene Validität der Skalen erweist sich jedoch als unzureichend. Die AG-CMA hat eine zu niedrige Spezifität, d.h. sie diagnostiziert zu viele Patienten als CMA (73,2%), und die BML weist eine zu niedrige Sensitivität auf, d.h. es werden zu wenige Patienten als CMA klassifiziert (28,6%). Die GAD-Liste liegt mit ihrer Schätzung näher an der BML (41,1%) und weist sowohl eine zu geringe Sensitivität als auch eine unbefriedigende Spezifität auf. Bei der Vorhersage des Rückfallgeschehens der Patienten im Langzeitverlauf zeigen die BML und die GAD-Liste überhaupt keine prädiktive Validität. Die AG-CMA erreicht zwar als alleiniger Prädiktor einen grenzwertig signifikanten Wert, dieser Effekt verschwindet jedoch unter dem Einfluss der Chronizität der Sucht und der komorbiden Persönlichkeitsstörungen vollkommen.

Es zeigt sich, dass sowohl die Komorbidität von Sucht und Persönlichkeitsstörungen als auch die Chronizität der Abhängigkeit einen starken negativen Einfluss auf den Langzeitverlauf der Abstinenz und somit eine sehr hohe prädiktive Validität haben. In der vorliegenden Studie stellen beide Variablen konkrete, voneinander unabhängige (r = 0.08) Faktoren der Schwere der Abhängigkeit dar. Im Konstrukt CMA werden stattdessen schwache Korrelate der Chronizität, der psychiatrischen Komorbidität und andere, für das Rückfallgeschehen wenig relevante Variablen zu einer losen Sammlung von Items vermischt. Dieses heterogene Konstrukt ist kein sinnvolles Konzept, um die Schwere der Abhängigkeit zu operationalisieren. Zur Identifikation von prognostisch benachteiligten, schwer beeinträchtigten Suchtkranken stellen die Faktoren Chronizität und komorbide Persönlichkeitsstörungen valide Alternativen dar.

Vor einer ausführlichen Diskussion unseres Vorschlags soll die vorliegende Stichprobe mit Teilnehmern anderer Studien aus dem Bereich der Alkoholismusforschung verglichen werden.

Kennzeichnung der Stichprobe

Im Vergleich mit den Teilnehmern anderer klinischer Studien aus dem Alkoholismusfeld ergeben sich bei der vorliegenden Stichprobe – bis auf eine auffällig hohe Arbeitslosigkeit – kaum Unterschiede bzgl. der meisten soziodemographischen Variablen (vgl. z.B. Brown et al. 1997, Burtscheidt et al. 2001, Fisher et al. 1996, Project MATCH 1997, Randall et al. 2001, Scheurich et al. 2000, Schneider et al. 2001, Tomasson und Vaglum, 1995). Die deskriptiven Suchtcharakteristika (Tabelle 1) beschreiben insgesamt eine Patientengruppe mit schwerer Abhängigkeit (vgl. Bauer und Hasenöhrl 2000, Burtscheidt et al. 2001, Kiefer et al. 2003, Koller et al. 2002, Küfner & Feuerlein 1989, Stetter und Mann 1997, Soyka et al. 2003, Zemlin et al. 1999).

Verglichen mit den Studien zum CMA-Konstrukt, die eine separate Stichprobenbeschreibung von Alkoholabhängigen

Originalar beiten CMA

enthalten, zeigt unsere Stichprobe große Ähnlichkeiten hinsichtlich soziodemographischer, suchtspezifischer und psychiatrischer Variablen zur CMA-Stichprobe von Müller-Mohnssen et al. (1999) und Fleischmann (2001a). Sie ist jedoch weniger beeinträchtigt als die Konstruktionsstichprobe der Braunschweiger Merkmalsliste von Hilge und Schulz (1999).

Auch die Werte der international vergleichbaren ASI-Skalen weisen auf sehr schwere Suchtprobleme der ALITA-Patienten hin; ihre Scores sind beträchtlich hoch in den Skalen Körperlicher Zustand, Alkoholgebrauch, Familiäre Beziehungen, Andere soziale Beziehungen und Psychiatrischer Zustand; die Skalen Ökonomische Situation und Zufriedenheit mit der Arbeitssituation liegen im mittleren Bereich, während die Skalen Drogengebrauch und Rechtliche Probleme die typischen niedrigen Werte aufweisen, die bei alkoholabhängigen Patienten ohne weitere komorbide Suchterkrankungen zu erwarten sind (vgl. z.B. Cacciola et al. 1995, Dixon et al. 1997, McLellan et al. 1992, Project MATCH 1997, Randall et al. 2001, Scheurich et al. 2000, Verheul et al. 1999, Weisner et al. 2000). Sowohl die Prävalenz von mindestens einer komorbiden Achse-I-Störung (vgl. z.B. Driessen et al. 1996, Regier et al. 1990, Ross et al. 1988, Schneider et al. 2001) als auch die Prävalenz von mindestens einer komorbiden Achse-II-Störung (vgl. z.B. Morgenstern et al. 1997, Nace et al. 1991, Nurnberg et al. 1993, Rounsaville et al. 1998, Verheul et al. 1998, Verheul 2001, Woelwer et al. 2001) ist ähnlich hoch wie in anderen klinischen Stichproben mit alkoholkranken Patienten. Die Rate der Achse-II-Störungen deckt sich auch mit den Angaben der CMA-Studien von Fleischmann (2001a), Müller-Mohnssen (1999) und Schlanstedt und Schu (1999).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Stichprobe der vorliegenden Studie zum größten Teil aus schwer alkoholabhängigen Patienten mit einer hohen psychiatrischen und körperlichen Komorbidität und erheblichen sozialen Folgeschäden besteht. Sie kann als repräsentativ für die Patienten bewertet werden, die wiederholt Hilfe in stationären psychiatrischen Einrichtungen suchen.

6 Schlussfolgerungen

(1) Das Konstrukt CMA ist in seinen aktuell verwendeten Operationalisierungen zu wenig reliabel und valide erfassbar. Ist es demnach prinzipiell sinnvoll, weiterhin von "chronisch und mehrfach beeinträchtigten Suchtkranken" zu sprechen oder sollte das Konstrukt besser aufgegeben werden? Für letzteres spräche zunächst, dass sämtliche zeitgenössischen Suchtmodelle sowie die Operationalisierungen in der ICD-10 und im DSM-IV generell davon ausgehen, dass sich Abhängigkeitserkrankungen sowohl in der frühen Phase der Störungsentwicklung als auch im späteren Verlauf immer in Form von körperlichen, psychologischen und sozialen Problemen bemerkbar machen. Ferner trägt auch der Aufbau des ASI aus verschiedenen weitgehend voneinander unabhängigen medizinischen, psychologischen und sozioökonomischen Teilskalen, deren Werte nicht zu einem Gesamtscore addiert werden, der multifaktoriellen Konzeption von Sucht Rechnung (Gsellhofer et al. 1999, McLellan et al. 1992). Das Vorliegen von mehrfachen Beeinträchtigungen ist somit *per se* eines der zentralen Merkmale aller Suchtkrankheiten (und auch vieler anderer psychischer Störungen), eine einfach beeinträchtigte Suchtkrankheit gibt es offensichtlich nicht.

Damit ist jeder suchtkranke Mensch mehrfach beeinträchtigt, wobei die Schwere der Beeinträchtigungen in einzelnen Bereichen bei verschiedenen Patienten mitunter im Verlauf der individuellen Störungsentwicklungen beträchtlich variiert.

(2) Mit den CMA-Instrumenten werden auch zwei voneinander unabhängige Bereiche erfasst, die nicht auf jeden Suchtkranken zutreffen: die psychiatrische Komorbidität und – durch die Items zur Behandlungserfahrung – zumindest Teilaspekte der Chronizität.

Komorbide psychische Störungen bedeuten bei Suchtkranken nicht immer eine schlechtere Prognose. So ist z.B. bekannt, dass komorbide depressive Störungen auch einen protektiven Faktor für den Abhängigkeitsverlauf darstellen können (Kranzler et al. 1996, Lewis et al. 1995, O'Sullivan et al. 1988). In Übereinstimmung mit diesen Ergebnissen konnte in der Evaluation von ALITA gezeigt werden, dass Alkoholkranke, die zu Therapiebeginn unter einer höheren subjektiven psychiatrischen Symptombelastung leiden, eine bessere Abstinenzwahrscheinlichkeit aufweisen als Patienten, die weniger leiden (Wagner et al., eingereicht). Diese polyvalente Komplexität psychiatrischer Komorbidität wird von keiner der CMA-Listen berücksichtigt: Die BML vernachlässigt diesen Faktor ganz, die AG-CMA differenziert nicht zwischen verschiedenen psychischen Störungen, und das Komorbiditäts-Rating der GAD-Liste verwischt sogar bestehende Unterschiede. So hat möglicherweise ein Patient mit einem hohen Komorbiditäts-Score in der GAD-Liste, wie etwa schwere Depression, hoher subjektiver Leidensdruck und starke Angst während des Entzugs, eine größere Abstinenzwahrscheinlichkeit als ein Patient, der durch die GAD-Liste als weniger beeinträchtigt eingeschätzt wird, weil ihm seine Persönlichkeitsstörung zu Therapiebeginn nur einen geringen Leidensdruck verursacht.

Die psychiatrische Komorbidität ist somit nach wie vor ein sinnvolles Konstrukt zur Schweregradbestimmung und Behandlungsprognose, aber nur dann, wenn sie auch differenziert eingesetzt wird. Dazu gehört insbesondere die Berücksichtigung von Persönlichkeitsstörungen.

Gegen die Berücksichtigung von Persönlichkeitsstörungen bei der Ermittlung der Abhängigkeitsschwere ließe sich ihre aufwendige Diagnostik ins Feld führen. Persönlichkeitsstörungen schlagen sich in schwer erfassbaren Problemen auf der kognitiven, emotionalen und interpersonalen Ebene nieder. Für ihre Diagnostik sind klinisch erfahrene Experten und der Einsatz komplizierter Erhebungsinstrumente nötig (vgl. Livesley 2001). Auch die AG-CMA und die GAD-Liste fragen das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen ab; somit kann die Diagnose CMA nur nach einer sorgfältigen Erfassung der Persönlichkeitsstörungen gestellt werden. Der mögliche Einwand, das Konstrukt CMA biete im klinischen Alltag eine Erleichterung, zählt also nicht, es gibt keinen Effizienzvorteil der CMA-Listen.

Dagegen ist der hier vorgestellte Chronizitätsindex einfach zu handhaben. Die Chronizität lässt sich sehr konkret und valide operationalisieren als eine am Lebensalter des Patienten relativierte Dauer der Abhängigkeit. Ein weiterer Aspekt von Chronizität ist die Behandlungserfahrung, z.B. in der Häufigkeit früherer Entgiftungen (vgl. Böttger et al. 2001, 2002, Booth et al. 1991, 1992, Fleischmann 2001b, Powell et al. 1998, Wagner et al., eingereicht, Weithmann et al. 1989). Noch ist unklar, in welcher Weise sich die beiden korrelierenden Faktoren ergänzen.

(3) In der vorliegenden Untersuchung haben sich sowohl komorbide Persönlichkeitsstörungen als auch die Chronizität der Suchterkrankung als geeignete Variablen zur Kennzeichung der Schwere der Abhängigkeit erwiesen. Die Kombination dieser Faktoren ähnelt persönlichkeitspsychologischen Typologisierungen, die mit der Entwicklung der Alkoholkrankheit in Verbindung gebracht werden. Cox et al. (2001) zeigen in ihrem Review, dass sich sämtliche bewährte Typologisierungsansätze von Alkoholkranken auf zwei Grundtypen zurückführen lassen: Der eine ist genetisch stärker belastet, setzt früher ein, nimmt einen schnelleren und schwereren Verlauf, weist häufiger psychische Störungen auf und hat eine schlechte Prognose. Der andere setzt später ein, verläuft langsamer, zeigt geringere psychische Beeinträchtigungen, weniger Komplikationen und hat eine bessere Prognose. Die Variablen dieser Einteilung lassen sich verblüffend einfach den Faktoren Chronizität und Persönlichkeitsstörung zuordnen.

Wir schlagen für die klinische Praxis vor, als prognostisch benachteiligte alkoholkranke Patienten diejenigen zu bezeichnen, die durch komorbide Persönlichkeitsstörungen und/oder einen Chronizitätsindex über 0,5 belastet sind – eine Patientengruppe, auf die vermutlich die Erfinder des Konstruktes CMA aufmerksam machen wollten. Patienten mit diesen Beeinträchtigungen fallen häufig durch die Maschen des gegenwärtigen Suchthilfesystems, das überwiegend auf die Versorgung von mittelschwer abhängigen Patienten ausgerichtet ist. Wie alle chronisch psychisch kranken Menschen haben sie einen dringenden Bedarf an intensiver, umfassender und langfristiger Behandlung.

Danksagung

Dieses Projekt wurde unterstützt durch das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales.

7 Literatur

- Akiskal HS (1989): The classification of mental disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Eds: Comprehensive textbook of psychiatry (5th edition). Williams & Wilkins, Baltimore, S 583-598
- Arbeitsgruppe CMA (1999): Definitionsvorschlag zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen. Sucht 45, 6-13
- Arnold T, Schmid M, Simmedinger R (1999): Der CMA-Definitionsvorschlag in seiner Anwendung auf zwei Stichproben von Heroinabhängigen erste empirische Ergebnisse. Sucht 45, 14-21
- Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R (1994): Multivariate Analysemethoden. Springer, Berlin

Bauer U, Hasenöhrl A (2000): Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung und konventioneller Entgiftung. Sucht 46, 250-259

- Böttger G, Härtel F, Leonhardt HJ, Mühler K (2001): CMA Populationsgröße im Freistaat Sachsen, Arbeitspapier 4. Gesellschaft gegen die Alkohol- und Drogengefahren, Dresden
- Böttger G, Härtel F, Leonhardt HJ, Mühler K (2002): Struktur der CMA Population im Freistaat Sachsen, Arbeitspapier 5. Gesellschaft gegen die Alkohol- und Drogengefahren, Dresden
- Booth BM, Yates WR, Petty F, Brown K (1991): Patient factors predicting early alcohol-related readmissions for alcoholics: Role of alcoholism severity and psychiatric co-morbidity. J Stud Alcohol 52, 37-43
- Booth BM, Russell DW, Soucek S, Laughlin PR (1992): Social support and outcome of alcoholism treatment: An exploratory analysis. Am J Drug Alcohol Abuse 18, 87-101
- Bortz J, Döring N (1995): Forschungsmethoden und Evaluation. Springer, Berlin
- Bronisch T, Mombour W (1998): The modern assessment of personality disorders: II. Reliability and validity of personality disorders. Psychopathology 31, 293-301
- Brown RA, Evans DM, Miller IW, Burgess ES, Mueller TI (1997): Cognitive-behavioral treatment for depression in alcoholism. J Consult Clin Psychol 65, 715-726
- Burtscheidt W, Woelwer W, Schwarz R, Strauss W, Loell A, Luethcke H, et al. (2001): Out-patient behaviour therapy in alcoholism: Relapse rates after 6 months. Acta Psychiatr Scand 103, 24-29
- Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, Snider EC (1995): Treatment response of antisocial substance abusers. J Nerv Ment Dis 183, 166-171
- Cox WM, Yeates GN, Gilligan PAT, Hosier SG (2001): Individual differences. In: Heather NP, Timothy J, Eds: International handbook of alcohol dependence and problems. John Wiley & Sons Ltd, New York, pp 357-374
- Dixon L, McNary S, Lehman A (1997): One-year follow-up of secondary versus primary mental disorder in persons with comorbid substance use disorders. Am J Psychiatry 154, 1610-1612
- Driessen M, Arolt V, John U, Veltrup C, Dilling H (1996): Psychiatric comorbidity in hospitalized alcoholics after detoxification treatment. Eur Addict Res 2, 17-23
- Ehrenreich H, Mangholz A, Schmitt M, Lieder P, Völkel W, Rüther E, Poser W (1997): OLITA an alternative in the treatment of therapy-resistant chronic alcoholics. First evaluation of a new approach. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 247, 51-54
- Ehrenreich H, Krampe H, Wagner T, Jahn H, Jacobs S, Maul O, et al. (2000): Outpatient long-term intensive therapy for alcoholics, "OLITA": re-considering severe alcoholism, disease and treatment. Suchtmedizin 2, 221-222
- Ehrenreich H, Jahn H, Heutelbeck K, Reinhold J, Stawicki S, Wagner T, et al. (2002): ALITA Neue Wege in der ambulanten Intensivbehandlung von Alkoholabhängigen. In: Mann K, Hrsg: Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Pabst, Lengerich, S 107-118
- Ehrenreich H, Krampe H (2002): Der suchtkranke Mensch In unserer Mitte. In Elsner N, Schreiber HL, Hrsg: Was ist der Mensch? Wallstein, Göttingen, S 105-125
- Fisseni HJ (1990): Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Hogrefe, Göttingen
- Fisher MS, Bentley KJ (1996): Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. Psychiatr Serv 47, 1244-1250
- Fleischmann H (2001a): Chronisch mehrfach beeinträchtigte Alkoholabhängige (CMA) und Alkoholkranke in Entwöhnungstherapie (EWT) – zwei unterschiedliche Gruppen Alkohlabhängiger im psychiatrischen Krankenhaus. Sucht 47, 321-330

Originalar beiten CMA

- Fleischmann H (2001b): Chronisch mehrfach beeinträchtigte Alkoholabhängige (CMA) im psychiatrischen Krankenhaus. Definitionsprobleme, Selektionsprozesse und Ergebnisse, therapeutische Prinzipien. In: Olbrich R, Hrsg: Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen. Roderer, Regensburg, S 11-26
- Fleischmann H, Wodarz N (1999): "Chronisch mehrfachbeeinträchtigte Alkoholabhängige" Anwendbarkeit und psychometrische Aspekte eines Vorschlages zur operationalisierten Diagnostik. Sucht 45, 34-44
- Fleischmann H et al. (2001): Positionspapier der Leiter von Suchtabteilungen in bayerischen Bezirkskrankenhäusern zur Entzugsbehandlung von Alkoholkranken gem. § 3 der Empfehlungsvereinbarung vom 20.11.1978. Sucht 47, 446-451
- Fleiss JL (1981): Statistical methods for rates and proportions. John Wiley & Sons, New York
- Franke GH (1995): SCL-90-R: Die Symptom-Checkliste von Derogatis Deutsche Version. Beltz, Göttingen.
- Funke J, Funke W, Klein M, Scheller R (2001): Trierer Inventar für Medikamentenabhängige (TIM). Konzeption und erste Befunde. Sucht 47, 88-103
- Fürntratt E (1969): Zur Bestimmung der Anzahl interpretierbarer gemeinsamer Faktoren in Faktorenanalysen psychologischer Daten. Diagnostica 15, 62-75
- Gsellhofer B, Küfner H, Vogt M, Weiler D (1999): European Addiction Severity Index EuropASI. Schneider-Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler
- Hertrich R, Lutz S (2002): Über die Notwendigkeit zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen für die Gruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigten Alkoholabhängigen. Psychiatr Praxis 29, 34-40
- Hilge T, Schulz W (1999): Entwicklung eines Meßinstrumentes zur Erfassung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholabhängiger: die Braunschweiger Merkmalsliste (BML). Sucht 45, 55-68
- Kiefer F, Jahn H, Tarnashke T, Helwig H, Briken P, Holzbach R, et al. (2003): Comparing and combining naltrexone and acamprosate in relapse prevention of alcoholism. Arch Gen Psychiatry 60, 92-99
- Kleinbaum DG (1996): Survival analysis: a self-learning text. Springer, New York
- Koller G, Preuss UW, Bottlender M, Wenzel K, Soyka M (2002): Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 252, 155-160
- Krampe H, Küfner H, Wagner T, Ehrenreich H (2001): Die Therapeutenrotation – ein neues Element in der ambulanten Behandlung alkoholkranker Menschen. Psychotherapeut 46, 232-242
- Krampe H, Wagner T, Reinhold J, Stawicki S, Mahlke K, Galwas C, et al. (2003): Therapieprozesse bei ALITA (Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke): Multiple Beziehungsgestaltung in der integrativen Therapie chronisch psychisch kranker Menschen. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 34, 75-84
- Krampe H, Wagner T, Küfner H, Jahn H, Stawicki S, Reinhold J, et al. (im Druck): Therapist rotation a new element in the outpatient treatment of alcoholism. Subst Use & Misuse, 40.
- Kranzler HR, Del Boca FK, Rounsaville BJ (1996): Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: A posttreatment natural history study. J Stud Alcohol 57, 619-626
- Küfner H (1999): Chronisch mehrfach geschädigte Abhängige von psychotropen Substanzen. Sucht, 45, 4 5.
- Küfner H, Feuerlein W (1989): In-patient treatment for alcoholism. A multi-centre evaluation study. Springer, Berlin
- Kuhlmann T (2003): Tagungsbesprechung: 13. Suchtleitertagung

- der Bundesdirektorenkonferenz in Dortmund vom 30.-31. Januar 2003. Sucht 49, 134-135
- Lewis CE, Smith E, Kercher C, Spitznagel E (1995): Assessing gender interactions in the prediction of mortality in alcoholic men and women: A 20-year follow-up study. Alcohol Clin Exp Res 19, 1162-1172
- Lienert GA, Raatz U (1994): Testaufbau und Testanalyse. Beltz-PVU, Weinheim
- Livesley WJ (2001): Handbook of personality disorders. Guilford Press, New York
- Margraf J (1994): MiniDIPS. Springer, Berlin
- Margraf J, Schneider S, Eds (1991): Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. (DIPS). Springer, Berlin.
- Marubini E, Valsecchi MG (1995): Analysing survival data from clinical trials and observational studies. John Wiley, Chichester
- McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, et al. (1992): The fifth edition of the Addiction Severity Index. J Subst Abuse Treat 9, 199-213
- Morgenstern J, Langenbucher J, Labouvie E, Miller KJ (1997): The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: Prevalence and relation to alcohol typology variables. J Abnorm Psychol 106, 74-84
- Müller-Mohnssen M, Hoffmann M, Rothenbacher H (1999): Chronisch mehrfach geschädigt Abhängigkeitskranke (CMA) in der stationären psychiatrischen Behandlung diagnostische, soziale und Verlaufsmerkmale. Sucht 45, 45-54
- Nace EP, Davis CW, Gaspari JP (1991): Axis II comorbidity in substance abusers. Am J Psychiatry 148, 118-120
- Nurnberg HG, Rifkin A, Doddi S (1993): A systematic assessment of the comorbidity of DSM-III-R personality disorders in alcoholic outpatients. Compr Psychiatry 34, 447-454
- O'Sullivan K, Rynne C, Miller J, O'Sullivan S, Fitzpatrick V, Hux M, et al. (1988): A follow-up study on alcoholics with and without co-existing affective disorder. Br J Psychiatry 152, 813-819
- Powell BJ, Landon JF, Cantrell PJ, Penick EC, Nickel EJ, Liskow BI, et al. (1998): Prediction of drinking outcomes for male alcoholics after 10 to 14 years. Alcohol Clin Exp Res 22, 559-566
- Project MATCH Research Group (1997): Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH Posttreatment drinking outcomes. J Stud Alcohol 58, 7-29
- Randall CL, Thomas S, Thevos AK (2001): Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: A first step toward developing effective treatments. Alcohol Clin Exp Res 25, 210-220
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 264, 2511-2518
- Ross HE, Glaser FB, Germanson T (1988): The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. Arch Gen Psychiatry 45, 1023-1031
- Rounsaville BJ, Kranzler HR, Ball S, Tennen H, Poling J, Triffleman E (1998): Personality disorders in substance abusers: Relation to substance use. J Nerv Ment Dis 186, 87-95
- Sachs L (1997): Angewandte Statistik. Springer, Berlin
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. Hogrefe, Göttingen
- Scheurich A, Mueller MJ, Wetzel H, Anghelescu I, Klawe C, Ruppe A, et al. (2000): Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). J Stud Alcohol 61, 916-919
- Schlanstedt G, Schu M (1999): Empirische Überprüfung eines Vorschlags zur Definition "chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängiger". Sucht 45, 22-33

- Schlanstedt G, Schu M, Sommer L, Oliva H (2001): Zur Definition von "chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig" eine empirische Überprüfung anhand von Daten des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit. Sucht 47, 331-340
- Schneider U, Altmann A, Baumann M, Bernzen J, Bertz B, Bimber U, et al. (2001): Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. Alcohol Alcohol 36, 219-223
- Schwoon DR, Reymann G, Müller-Mohnssen M (2002): Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke. Probleme einer einfachen operationalen CMA- Definition. In: Wolfersdorf M, Mauerer C, Moos M, Eds.: Forschung im Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie. Roderer, Regensburg, S 80-89
- Soyka M, Hasemann S, Scharfenberg CD, Löhnert B, Bottlender M (2003): Prospektive Untersuchung zur Effizienz der ambulanten Entwöhnungstherapie bei alkoholabhängigen Patienten. Nervenarzt 74, 226-234
- SPSS, Ed (1999): SPSS base 10.0 Applications guide. SPSS, Chicago Stetter F, Mann K (1997): Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. Nervenarzt 68, 574-581
- Tomasson K, Vaglum P (1995): A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: A study of psychiatric comorbidity. Acta Psychiatr Scand 92, 378-385
- Verheul R (2001): Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. Eur Psychiatry 16, 274-282
- Verheul R, Vandenbrink W, Hartgers C (1998): Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. Addict Behav 23, 869-882
- Verheul R, Vandenbrink W, Koeter MWJ, Hartgers C (1999): Antisocial alcoholic patients show as much improvement at 14-month follow-up as non-antisocial alcoholic patients. Am J Addict 8, 24-33
- Wagner T, Poser W, Matthies U, Döring W, Herzenstiel MN, Krieg C, et al. (1999): ALITA: Ein neues Konzept der gemeindenahen

- Therapie Alkoholabhängiger. Sozialpsychiatr Informationen 29, 31-34
- Wagner T, Krampe H, Jahn H, Stawicki S, Heutelbeck K, Jacobs S, et al. (2001): Psychiatrische Komorbidität (Achse I Störungen) bei Alkoholabhängigen im Verlauf einer ambulanten Therapie Erste Ergebnisse einer prospektiven Studie. Suchtmedizin 3, 41-48
- Wagner T, Krampe H, Stawicki S, Reinhold J, Jahn H, Mahlke K, et al. (eingereicht). The course of comorbid psychiatric disorders in chronic alcoholics during integrated outpatient treatment results of a prospective study. Addiction
- Weisner C, McLellan AT, Hunkeler EM (2000): Addiction Severity Index data from general membership and treatment samples of HMO members: One case of norming ASI. J Subst Abuse Treat 19, 103-109
- Weithmann G, Lenz-Bücker U, Rothenbacher H (1989): Unterschiedliche Formen der Chronifizierung bei suchtkranken Patienten eines psychiatrischen Krankenhauses. Psychiatr Prax 16, 171-178
- Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M (1997): SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV- Achse I. Hogrefe, Göttingen
- Woelwer W, Burtscheidt W, Redner C, Schwarz R, Gaebel W (2001): Out-patient behaviour therapy in alcoholism: Impact of personality disorders and cognitive impairments. Acta Psychiatr Scand 103, 30-37
- Zemlin U, Herder F, Dornbusch P (1999): Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationären Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. Sucht aktuell 2, 16-32

Eingegangen am: 05.11.2003 Akzeptiert am: 19.11.2003

Ausschreibungen

Forschungspreis der DG-Sucht

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht e.V.) verleiht ab 2004 im zweijährigen Turnus einen Forschungspreis an Nachwuchswissenschaftler. Die Verleihung erfolgt erstmalig anlässlich der 15. Wissenschaftlichen Tagung in Essen (31.3.-2.4.2004). Die Forschungsergebnisse können sich auf neurobiologische, pharmakologische oder epidemiologische, therapeutische oder präventive, klinische oder nicht klinische Studien beziehen. Die Ergebnisse müssen in den letzten zwei Jahren publiziert oder

zur Publikation angenommen worden sein. Der Forschungspreis ist mit 3000 € dotiert. Bewerber/-innen sollten nicht älter als 40 Jahre sein.

Bewerbungen nimmt bis 15.02.2004 entgegen: DG-Sucht, Postfach 1453, 59004 Hamm, z.Hd. Herrn Prof. Dr. L.G. Schmidt, Präsident der DG-Sucht und Vorsitzender des Preisgutachtergremiums. Einzusenden sind: Publikation oder Manuskript, Publikationsliste des Bewerbers und Lebenslauf.

4 Remission komorbider psychiatrischer Störungen und suchtassoziierter Probleme während ALITA

4.1 Einführung in die Fragestellung der 2. Untersuchung

Die psychiatrische Komorbidität bei Alkoholkranken wird seit cirka 20 Jahren erforscht. Im Vordergrund standen zuerst epidemiologische (z. B. Kessler et al., 1997; Regier et al., 1990; Ross, 1995; Wittchen et al., 1992; Wittchen et al., 1998) und klinische Studien (z. B. Hasin et al., 1988; Hesselbrock et al., 1985; Penick et al., 1994; Ross et al., 1988; Schneider et al., 2001; Tomasson & Vaglum, 1995; Toneatto et al., 2000), Querschnitts- und Longitudinalstudien untersuchten ätiologische, neurobiologische und pathogenetische Interaktionen von Sucht und Angst- und affektiven Störungen (vgl. Kushner et al., 2000; Lepine & Pelissolo, 1998; Swendsen & Merikangas, 2000; Jacobsen et al., 2001).

Behandlungsstudien sind selten und beschränken sich zum einen auf umgrenzte komorbide Störungen bei Süchtigen wie z. B. Depression (Brown et al., 1997) oder Posttraumatische Belastungsstörungen (Najavits et al., 1998; Ouimette et al., 1998), aber auch auf prognostisch benachteiligte Patienten, die in hoch strukturierte gemeindenahe Behandlungskonzepte eingebunden werden (siehe Kranzler & Rounsaville, 1998; Lehman & Dixon, 1995; Ruiz et al., 2002; McHugo et al., 1999; McKay & McLellan, 1998; Mueser & Kavanagh, 2001; Teague et al., 1998; Weiss et al., 1998).

Die Frage, wie sich komorbide Störungen im Langzeitverlauf verändern, und welchen Einfluss sie auf das Therapieergebnis haben, wurde in bisherigen Studien nicht beantwortet. Deshalb werden in der vorliegenden prospektiven Langzeitstudie drei Fragestellungen untersucht:

- (1) Prävalenz und Verlauf komorbider Achse-I-Störungen nach DSM-IV, psychiatrischer Symptome und suchtassoziierter Probleme während der zwei Therapiejahre werden analysiert.
- (2) Dropouts werden mit Patienten verglichen, welche die Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, bzw. sich noch in Therapie befinden.
- (3) Komorbide Achse-I- und Achse-II-Störungen nach DSM-IV werden hinsichtlich der Vorhersage des Rückfallgeschehens während eines Vier-Jahreszeitraumes (zwei Jahre Therapie, zwei Jahre Katamnese) überprüft.

Es wurden umfassende psychiatrische, suchtassoziierte und soziodemographische Variablen von 89 Patienten der Rekrutierungsperioden 4 und 5 zu Behandlungsbeginn (t₁), nach sechs Monaten (t₂), nach 12 Monaten (t₃) und nach 24 Monaten (t₄) erhoben. Abstinenz und Substanzkonsum wurden durch regelmäßige Analyse von Urin- und Blutproben während des gesamten Vier-Jahreszeitraumes überprüft. Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit speziellen nonparametrischen Tests für Langzeituntersuchungen an kleinen Stichproben und mit Überlebensanalysen.

Ergebnisse zu Fragestellung (1): Zu Therapiebeginn wiesen 61.8% der Patienten mindestens Achse-I-Störung und 63.2% mindestens eine eine Achse-II-Störung (d.h. Persönlichkeitsstörung) auf. Die Häufigkeit von Achse-I-Störungen sank von t₁ (59.0%), über t₂ (38.5%), t₃ (28.2%) zu t₄ (12.8%) (p<.0001). Angststörungen remittierten eher langsam von t₁ (43.6%) zu t₃ (20.5%, p = .0086). Affektive Störungen fielen durch einen frühen Rückgang zwischen t_1 (23.1%) und t_2 (5.1%, p = .0387) auf, zeigten jedoch einen leichten Wiederanstieg zu t₃ (10.3%). Die psychiatrischen Symptome der Patienten sanken kontinuierlich während der vier Erhebungszeitpunkte (p<.0001 für alle fünf erfassten Symptomgruppen); auch die suchtassoziierten Probleme nahmen während der Therapie deutlich ab (p-Werte für neun verschiedene Problembereiche zwischen p = .04 und p < .001).

Ergebnisse zu Fragestellung (2): Sorgfältige Dropoutanalysen ergeben, wie sich die am stärksten benachteiligte Patientengruppe verhält: Dropouts zeigten im Vergleich zu Patienten, welche die Therapie abgeschlossen haben, und solchen, die sich noch in Therapie befanden, zu Beginn der Therapie signifikant höhere Belastungen im Hinblick auf Achse-II-Störungen (p = .0223), der Anzahl vorangegangener Entgiftungsbehandlungen (p = .0107) und der Dauer der Abhängigkeit (p = .0215). Die Häufigkeit von Achse-I-Störungen sank auch bei den Dropouts signifikant, die t₃ erreichten: von t₁ (82%), über t₂ (64%) zu t₃ (46%) (p = .0272). Ebenso erreichten sie in Teilbereichen der suchtassoziierten Probleme und der psychiatrischen Symptombelastung signifikante Verbesserungen.

Ergebnisse zu Fragestellung (3): Während des vierjährigen Untersuchungszeitraumes betrug die kumulative Wahrscheinlichkeit, nicht rückfällig zu werden, für die gesamte Stichprobe .59. Für Patienten, die keine Persönlichkeitsstörung aufweisen, ergibt sich eine kumulative Wahrscheinlichkeit, nicht rückfällig zu werden, von .88, für Patienten mit Achse-II-Störung von .45. Die meisten psychiatrischen, suchtassoziierten und soziodemographischen Variablen

wiesen keinen prädiktiven Wert für die kumulative Rückfallwahrscheinlichkeit auf. Zwei Faktoren konnten jedoch unabhängig voneinander sehr deutlich den Rückfallverlauf vorhersagen: die Anzahl früherer stationärer Entgiftungsbehandlungen (p = .0013) und das Vorliegen von mindestens einer Persönlichkeitsstörung (p = .0106).

Die vorliegende Studie zeigt, dass die intensive, umfassende und langfristige Behandlung bei ALITA mit einem deutlichen Rückgang komorbider Achse-I-Störungen bei abstinenten chronisch alkoholkranken Patienten assoziiert ist. Achse-I-Störungen haben keinen prädiktiven Gehalt für den langfristigen Rückfallverlauf. Komorbide Persönlichkeitsstörungen und die Anzahl an früheren Entgiftungen, die sich als Indikator der Chronizität und der Schwere der Abhängigkeit interpretieren lassen, können das Rückfallgeschehen im vierjährigen Untersuchungszeitraum klar prädizieren. Abschließend werden die Ergebnisse im Kontext der Literatur zur psychiatrischen Komorbidität bei alkoholkranken Patienten und zur Therapieergebnisforschung in der Alkoholismustherapie diskutiert. Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen sind zwar prognostisch benachteiligt; sie zeigen jedoch mit einer kumulativen Wahrscheinlichkeit von .45, im Verlauf von vier Jahren nicht rückfällig zu werden, innerhalb von ALITA ein hervorragendes Ergebnis (vgl Burtscheidt et al., 2001; Curran & Booth, 1999; Finney & Moos, 1991; Lewis et al., 1995; Moos et al., 1999; Ouimette et al., 1999; Powell et al., 1998; Project MATCH Research Group, 1997; Project MATCH Research Group, 1998). Auch die Patienten, die vor dem Therapieende herausfielen, profitierten im Hinblick auf eine Remission der Achse-I-Störungen, der suchtassoziierten Probleme und der psychiatrischen Symptombelastung.

Folgende Schlussfolgerungen lassen sich ziehen: (1) Die Behandlung chronisch alkoholkranker Patienten, auch derer, die aufgrund ihrer prognostischen Benachteiligung die Therapie nicht zu Ende bringen, verläuft erfolgreich, wenn eine entsprechende Dauer und Intensität der Behandlung gegeben ist. (2) Die herausragende Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für den Therapieerfolg erfordert eine effektive Erfassung dieses Problembereiches, was ohne Abstinenzorientierung nicht möglich ist, und eine entsprechende Berücksichtigung in der Suchttherapie.

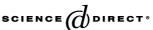
4.2 Originalartikel:

Wagner T*, Krampe H*, Stawicki S, Reinhold J, Jahn H, Mahlke K, Barth U, Sieg S, Maul O, Galwas C, Aust C, Kröner-Herwig B, Brunner E, Poser W, Henn F, Rüther E & Ehrenreich H (2004) Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment - results of a prospective study. *Journal of Psychiatric Research* 38 (6): 619-635.

^{*} Die Autoren trugen zu gleichen Anteilen zu der Arbeit bei



Available online at www.sciencedirect.com



www.elsevier.com/locate/jpsychires

JOURNAL OF

Psychiatric Research

Journal of Psychiatric Research 38 (2004) 619-635

Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment – results of a prospective study

Thilo Wagner^{a,1}, Henning Krampe^{a,1}, Sabina Stawicki^a, Jennifer Reinhold^a, Henriette Jahn^a, Kristin Mahlke^a, Ulrike Barth^a, Sonja Sieg^a, Oliver Maul^a, Claudia Galwas^a, Carlotta Aust^a, Birgit Kröner-Herwig^b, Edgar Brunner^c, Wolfgang Poser^a, Fritz Henn^d, Eckart Rüther^a, Hannelore Ehrenreich^{a,*}

Department of Psychiatry and Psychotherapy, Georg-August-University, and Max-Planck-Institute for Experimental Medicine, Göttingen, Germany
 Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Georg-August-University, Göttingen, Germany
 Department of Medical Statistics, Georg-August-University, Göttingen, Germany
 Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany

Received 6 April 2004; received in revised form 16 April 2004; accepted 22 April 2004

Abstract

It is far from clear how comorbidity changes during alcoholism treatment. This study investigates: (1) the course of comorbid Axis I disorders in chronic alcoholics over 2 years of controlled abstinence in the outpatient long-term intensive therapy for alcoholics (OLITA) and (2) the effect of comorbid Axis I and II disorders in this group of patients on subsequent drinking outcome over a four-year follow-up. This prospective treatment study evaluates psychiatric variables of 89 severely affected chronic alcohol dependent patients on admission (t_1), month 6 (t_2), 12 (t_3) and 24 (t_4). Drinking outcomes have been analyzed from 1998 to 2002. On admission, 61.8% of the patients met criteria for a comorbid Axis I disorder, 63.2% for a comorbid personality disorder. Axis I disorders remit from t_1 (59.0% ill), t_2 (38.5%), t_3 (28.2%) to t_4 (12.8%) (p < 0.0001). Anxiety disorders remit more slowly from t_1 (43.6%) to t_3 (20.5%, p = 0.0086), whereas mood disorders remit early between t_1 (23.1%) and t_2 (5.1%, p = 0.0387) with a slight transient increase at t_3 (10.3%). During the four-year follow-up, the cumulative probability of not having relapsed amounts to 0.59. Two predictors have a strong negative impact on abstinence probability: number of inpatient detoxifications (p = 0.0013) and personality disorders (p = 0.0106). The present study demonstrates a striking remission of comorbid Axis I disorders upon abstinence during comprehensive long-term outpatient alcoholism treatment. The presence of an Axis II rather than an Axis I disorder on admission strongly predicts drinking outcome over a four-year follow-up.

Keywords: Outpatient alcoholism treatment; Chronic alcohol dependence; Prognosis; Comorbid personality disorders; Chronicity; Chronic psychiatric illness

1. Introduction

1.1. Current research on psychiatric comorbidity in substance use disorders

Over 20 years, research on the complex interactions between substance use and other mental disorders has provided an impressive body of knowledge: cross-sectional studies have shown the high co-occurrence of substance abuse and dependence with other psychiatric

^{*}Corresponding author. Tel.: +49-551-3899628; fax: +49-551-3899670.

E-mail address: ehrenreich@em.mpg.de (H. Ehrenreich).

¹ These authors have contributed equally.

disorders in epidemiological (e.g., Kessler et al., 1997; Regier et al., 1990; Ross, 1995; Wittchen et al., 1992, 1998) and clinical samples (e.g., Hasin et al., 1988; Hesselbrock et al., 1985; Penick et al., 1994; Ross et al., 1988; Schneider et al., 2001; Tomasson and Vaglum, 1995; Toneatto et al., 2000). Cross-sectional and longitudinal studies have investigated etiological, neurobiological and pathogenetic interactions of substance use with comorbid anxiety and mood disorders (see, Kushner et al., 2000; Lepine and Pelissolo, 1998; Swendsen and Merikangas, 2000; Jacobsen et al., 2001).

Three main areas have been considered in studies of comorbidity in addiction: (1) unique and shared genetic, biological and environmental risk factors, (2) consequences of comorbidity for etiology and course of substance use disorders and (3) consequences of substance use disorders for etiology and course of comorbid disorders.

1.2. Research on treatment of alcoholism and comorbid disorders

On treating the "dual diagnosis patient", an integrated treatment approach has proven to be a particularly successful therapeutic alternative (see, Kranzler and Rounsaville, 1998; Lehman and Dixon, 1995; Ruiz et al., 2002; McHugo et al., 1999; McKay and McLellan, 1998; Mueser and Kavanagh, 2001; Teague et al., 1998; Weiss et al., 1998). Treatment programs for alcoholic patients with comorbid disorders indicate that cognitive behavior psychotherapy (CBT) is successful in treating alcohol-dependent or abusing patients suffering from comorbid depression (Brown et al., 1997), posttraumatic stress disorder (Najavits et al., 1998; Ouimette et al., 1998), schizophrenia (see Drake et al., 1998, 2001), bipolar disorder (Weiss et al., 2000), personality disorders (Fisher and Bentley, 1996), and social phobia (Thevos et al., 2000). Dual diagnosis treatment orientation (i.e., careful integration of supportive approaches, well-organized program structure, clear rules, social work, psychopharmacotherapy and cognitive behavioral addiction treatment) had a positive effect on psychiatric outcomes of patients with alcohol or drug dependence and concurrent psychotic or non-psychotic disorders (Moggi et al., 1999a,b). In contrast, two randomized clinical trials on comorbid anxiety disorders found no difference between CBT and regular alcoholism treatment of alcoholics with comorbid panic disorder (Bowen et al., 2000), or even worsened drinking outcomes upon simultaneous treatment of social phobia and alcohol dependence (Randall et al., 2001). There are, however, no follow-up studies which consider both, the course of a spectrum of comorbid disorders during integrated long-term treatment and their relationship to substance use outcome. Thus, comorbidity research in the addiction field, despite progress concerning epidemiology, pathogenesis and development of concurrent disorders, is only beginning to deal with treatment issues. It remains unclear, how comorbid disorders change during successful long-term alcoholism treatment (see Kushner et al., 2000). This study contributes to the latter topic. Its purpose is: (1) to investigate the course of the most frequent comorbid Axis I disorders in a sample of severely affected chronic alcoholics during the two-year period of the outpatient long-term intensive therapy for alcoholics (OLITA) and (2) to examine whether comorbid Axis I and II disorders are significant predictors of drinking outcome during a four-year follow-up period.

2. Materials and methods

2.1. Setting and design

The study is part of an on-going research project which has been approved by the Ethics Board of the University of Göttingen. This project investigates the effectiveness of OLITA which was initiated in 1993 and has included a total of 180 severely affected chronic alcoholics assigned to recruitment cohorts 1-6. The success rate, expressed as continuously abstinent patients after termination of the two-year OLITA program, amounts to approximately 50% (Ehrenreich et al., 1997a, 2000). The current prospective study includes recruitment cohorts 4 and 5. During 2-3 weeks of inpatient detoxification, OLITA-therapists visited patients daily for motivational interventions. After having passed the most obvious withdrawal symptoms, patients came to first "taster sessions" in the OLITA rooms. Following written informed consent, subjects participated in detailed baseline assessment sessions (t₁). To prevent any overtaxing of their capacity, they were allowed to arrange duration and frequency of the assessment sessions within a given framework (see Table 1). Three follow-up assessments were scheduled 6 (t₂), 12 (t₃), and 24 months (t₄) after first therapeutic outpatient contact. Follow-up visits containing collection of urine specimens and blood samples were taken in regular intervals up to 4 years (see Table 1).

2.2. Treatment

OLITA is a four-step program of integrated outpatient care aiming at immediate social re-integration. Following inpatient detoxification, it extends over two years. The therapeutic phases of OLITA consist of an inpatient period (detoxification; 2–3 weeks; daily individual sessions, 15 min), the outpatient period I (intensive phase; 3 months; daily individual sessions, 15 min), the outpatient period II (stabilizing phase; 3–4 months according to individual need; three times a week

Table 1 Study design (instrument and follow-up times)

Variables	Assessment instruments	Assessment times	Follow-up
DSM-IV Axis I disorders	MiniDIPS (Margraf, 1994), if necessary SCID module "Psychotic disorders" (Wittchen et al., 1997) (45 min)	At least four weeks after cessation of substance use (t_1) , month 6 (t_2) , month 12 (t_3) , month 24 (t_4)	2 years
Psychiatric symptoms	SCL-90-R (Derogatis, 1977; Franke, 1995) (15 min)	Day 14 to day 21 after inpatient admission (t_1) , month 6 (t_2) , month 12 (t_3) , month 24 (t_4)	2 years
Addiction severity, physical sequelae	Medical examination and history (40 min)	Day 1 to day 14 after inpatient detoxification	-
Socio-demographic charac teristics	Semistructured history (30 min)	Month 2 to month 3	-
Addiction severity, stable characteristics	Semistructured history (60 min)	Month 2 to month 3	-
Addiction severity, state variables	Europ-ASI (Gsellhofer et al., 1999) (20 min)	At least four weeks after cessation of substance use (t ₁), month 12 (t ₃), month 24 (t ₄)	2 years
DSM-IV Axis II disorders	IDCL-P (Bronisch and Mombour, 1998) (45 min)	At least after month 3	-
Alcohol intake	Urine specimen	According to the OLITA program: daily during months 1–3, three times a week during months 4–6, two times a week during months 7–12, at least weekly during months 13–24, weekly to quarterly after termination of OLITA up to 4 years	4 years
Alcohol intake	Blood sample	According to the OLITA program: at least every two weeks during months 1–3, monthly during months 4–12, bimonthly until the end of therapy, at least twice a year after termination of OLITA up to 4 years	4 years

individual sessions, 15 min), the outpatient period III (weaning-off phase; 6 months; twice a week individual sessions, 30 min), and the outpatient period IV (after care phase; 12 months; once weekly group session; initially once weekly individual session (30 min) which is gradually tapered). High-frequency short-term individual therapeutic contacts (initially daily for 15 min, on seven days a week) in an atmosphere of warmth and acceptance as essential elements of the therapy consider the patients' limited biological tolerance for stress (Ehrenreich et al., 1997b; Doering et al., 2003). This "structured guarded attachment" supports development of coping and problem-solving skills. Daily therapeutic contacts are tapered to resolve in a group session once weekly, preparing for regular attendance of self-help groups after termination of OLITA. Initially, psychotherapy is supportive and non-demanding: in every contact the word "alcohol" has to be mentioned at least once. This prevents a "fading of the alcohol problem" against the background of overwhelming acute psychosocial difficulties and helps the patients to develop a stable awareness of their alcohol dependence. Apart from that, patients determine the topics while therapists deliberately refrain from deep exploration. After six months, when patients' tolerance level for stress has stabilized, therapy gets more profound: Focus is now on coping with serious interaction and communication problems, social skills training, explicit treatment of concurrent mental disorders, marital and family therapy. Persisting co-morbid disorders are treated according to an eclectic cognitive-behavioral therapy approach, e.g., exposure in case of anxiety disorders, as well as activity scheduling and restructuring of dysfunctional thinking in case of mood disorders.

Another central element of therapy is the Therapist Rotation, i.e., the patients are treated jointly by an interdisciplinary team consisting of a psychiatrist, psychologist, physician, social worker, nurse or doctoral student. All therapists are equally responsible for all patients and change in irregular order between therapeutic sessions (see Krampe et al., 2004). Further ingredients of the therapeutic setting comprise social support, regular urine and blood tests for alcohol and other drugs of abuse, supervised intake of deterrent medication to induce alcohol intolerance (calcium carbimide or disulfiram), add-on psychopharmacotherapy (e.g., antidepressants and neuroleptics), house visits, crisis interventions, assistance round the clock in case of emergency, "aggressive after care" for immediate interruption of drinking and prevention of threatening relapses. From the perspective of addiction research, OLITA is characterized by three striking advantages which provide a most valid distinction between relapse, lapse and abstention: long duration of treatment, regular follow-up visits of patients after treatment completion, and urine or blood tests after every therapeutic contact. Therefore, the OLITA setting offers the unique opportunity to study alcohol-associated psychological and physical pathology and processes of recovery upon continuous controlled long-term abstinence.

2.3. Subjects

2.3.1. Selection procedure

Between March 1998 and September 2001, 89 patients were consecutively admitted. Inclusion criteria were alcohol dependence (DSM-IV), domicile near-by, health insurance-covered treatment costs; exclusion criteria were age over 60 years, Korsakoff syndrome, acute concurrent substance dependence other than alcohol (with the exception of caffeine and nicotine). Of 239 patients to whom the program was presented and who fulfilled eligibility criteria, 119 (49.8%) were inpatients referred from different wards, 59 (24.7%) picked up from the emergency room, 32 (13.4%) outpatients coming on own initiative, 18 (7.5%) referred by external institutions (general practitioners, addiction counselors and probation service), 11 (4.6%) inpatients on own initiative. Of all 239 patients, 118 kept appointments during inpatient detoxification; 107 came for first outpatient "taster sessions" after discharge; 94 patients decided to participate in OLITA. Data of three Eastern European participants were not used due to language barriers; two patients were illiterates. Of the final 89 subjects, 40 (44.9%) were referred from different wards, 22 (24.7%) outpatients on own initiative, 12 (13.5%) from emergency room, 8 (9%) referred by external institutions and 7 (7.9 %) inpatients on own initiative.

2.3.2. Sociodemographic and addiction severity characteristics

Subjects were 43.73 ± 7.60 years old (mean \pm SD); 64 (71.9%) male; 11.66 ± 3.36 years (mean \pm SD) of education; 51 (57.3%) married or with partner, 27 (30.3%) divorced or separated, 11 (12.4%) single; 15 (16.9%) shared household with a partner, 37 (41.6%) with their

family, 35 (39.3%) were alone, 2 (2.2%) alone with children; 51 (57.3%) were unemployed, 4 (4.5%) temporarily employed and 34 (38.2%) employed. Addiction severity characteristics, revealing a severely affected sample of alcoholics are presented in Table 2.

2.3.3. Dropout-rate during treatment

Of the 89 patients, 79 (88.76%) have passed month 6 (t₂), 73 (82.02%) month 12 (t₃), and 39 (43.82%) have already completed treatment (t₄, month 24). Ten (11.24%) patients dropped out before t₂, 4 (4.49%) patients between t₂ and t₃, and 11 (12.36%) between t₃ and t₄. Two (2.25%) patients have not yet reached t₃ and 23 (25.84%) not yet completed the second year of OLITA. Altogether, 25 (28.09%) patients dropped out, 25 (28.09%) are currently in therapy, 39 (43.82%) have completed the two years of treatment. Twenty of the 25 dropouts terminated OLITA with a relapse, 5 dropped out sober but refused to prove abstinence by follow-up interviews. Therefore, all dropouts are treated as relapses.

After complete description of the study to the subjects, written informed consent was obtained.

2.4. Assessment instruments and main outcome measures

2.4.1. Assessment instruments

Follow-up assessments t_1 - t_4 included the instruments presented in Table 1. Patients administered SCL-90-R, a 5-point scale (0 = absence of symptom and 4 = maximum intensity) for assessment of current (last 7 days) psychiatric symptoms (Derogatis, 1977; Franke, 1995), comprising 90 items organized within 10 categories: somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety,

Table 2 Patients' characteristics of addiction severity (N = 89)

Duration of dependence (years)	17.39 [2-35] ^a
Number of previous inpatient detoxifications	7.17 [0-41] ^a
≤2 previous inpatient detoxifications	32 (36%)
3–6 previous inpatient detoxifications	33 (37%)
≥ 7 previous inpatient detoxifications	24 (27%)
Number of previous inpatient longterm therapies	0.75 [0-4] ^a
1 previous inpatient longterm therapy	28 (31.5%)
2 previous inpatient longterm therapies	11 (12.4%)
3–4 previous inpatient longterm therapies	5 (6.6%)
Daily alcohol intake (g/day)	420.5 [96-800] ^a
EuropASI alcohol use composite score in the month prior to detoxification ^b	0.83 [0.33-1] ^a
Days drinking in the month prior to detoxification ^b	26.61 [1-30] ^a
Days intoxicated in the month prior to detoxification ^b	23.30 [1-30] ^a
Number of patients with minor sequelae of alcoholism (e.g. steatosis hepatis)	9 (10.1%)
Number of patients with serious sequelae of alcoholism (e.g. hepatomegalia and steatosis hepatis, delirium, epileptic seizures)	28 (31.5%)
Number of patients with very serious sequelae of alcoholism (e.g. polyneuropathy, chronic pancreatitis, brain atrophy)	42 (47.2%)
Number of patients with severe sequelae of alcoholism (e.g. liver cirrhosis)	10 (11.2%)
Number of patients with previous suicide attempts	26 (29.2%)

^a Mean [minimum, maximum].

 $^{^{\}rm b}(N=88 {\rm due to missing data}).$

paranoid ideation, psychoticism, and a category "additional". Of the three global indices, the Global Symptom Index (GSI, sum of the item scores divided by 90) is used in this study. Subjects completed SCL-90-R under supervision of a research assistant non-involved in subsequent psychiatric interviews. DSM-IV Axis I disorders were diagnosed with the MiniDIPS, a German adaptation of the Anxiety Disorders Interview Schedule (DiNardo and Barlow, 1988; Barlow, 1988; Margraf, 1994). The MiniDIPS, a structured interview, enquiries anxiety, mood, somatoform, eating, substance use disorders, and contains a screening for psychotic disorders. To prevent wrong diagnoses due to withdrawal symptoms, only the seven-day prevalence was investigated in the baseline interview (t_1) . In the follow-up interviews (t_2, t_3, t_4) , the 4-week prevalence was asked. A positive screening result for psychotic symptoms led to application of the module referring to psychotic disorders of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) (German version) (Wittchen et al., 1997). For assessment of addiction severity, the EuropASI (German version) (Gsellhofer et al., 1999), a semistructured interview with good psychometric properties (Scheurich et al., 2000), comparable to the international version, ASI (McLellan et al., 1992), was used. EuropASI assesses functioning in nine categories related to substance use: medical status, economic status, job satisfaction, alcohol use, drug use, legal status, family relationships, social relationships, psychiatric status. The interview (at t_1 , t_3 , t₄) was restricted to the 55 items used for ASI composite score calculation. Composite scores (0 = no problem to1 = extreme impairment) assess current (last 30 days) functioning. At baseline interview, patients evaluated the last month prior to detoxification; at t₃ and t₄, the last 4 weeks before assessment. ASI and MiniDIPS interviews were conducted by five clinical psychologists/ psychiatrists, three of them with >5 years, 2 with 1 year of clinical experience. Interviewers were blind to the results of the SCL-90-R. All interviewers were involved in the treatment of the interviewed subjects and participated in finding the final diagnoses. DSM-IV Axis II disorders were diagnosed using the International Diagnostic Checklists for Personality Disorders (IDCL-P) (Bronisch and Mombour, 1998). Two prerequisites were required for diagnosis: (1) the rater had to have observed a subject throughout a variety of situations over several months; (2) diagnosis of personality disorder was made only for patients who had passed the third abstinent month (N = 87) to avoid misinterpretation of temporary withdrawal-related dysfunctions as symptoms of personality disorders. Ratings (based on (semi)structured interviews, questionnaires, therapeutic records, videotapes of therapy sessions, patient files, information by other therapists and relatives) were performed by the same clinicians, who carried out EuropASI and MiniDIPS. Interrater agreement was determined between independent judgements of 1 rater, equally familiar with all 87 patients, and a group of three raters finding consensus judgements based on variable personal knowledge of individual patients. Pairwise kappa values (rater 1 vs. 2, 3, 4) for 14 categories of personality disorders (median kappa 0.80) were good to excellent (see Fleiss, 1981): at least one personality disorder (0.85), paranoid (1.00), schizoid (-), schizotypal (-), antisocial (0.78), borderline (0.82), histrionic (1.00), narcissistic (0.84), avoidant (0.64), dependent (0.64), obsessive—compulsive (-), depressive (-), passive–aggressive (0.66), personality disorder NOS (0.71). Whereas 13 categories were defined by specific DSM-IV criteria, diagnosis of personality disorder NOS comprised alcohol-induced personality impairment and/ or mild mental retardation.

2.4.2. Alcoholism characteristics and sociodemographic data

Alcoholism characteristics and sociodemographic data were obtained from semistructured history, information of relatives, and patient files. Daily alcohol intake was calculated from self-reports on alcoholic drinks over 30 days before admission (g/day). Two independent physicians assessed physical sequelae of alcoholism (Table 2), rating every patient on a 4-point scale recording minor (e.g., steatosis hepatis), serious (e.g., hepatomegalia and steatosis hepatis, delirium and epileptic seizures), very serious (e.g., polyneuropathy, chronic pancreatitis and brain atrophy) and severe sequelae (e.g., liver cirrhosis); the interrater-agreement amounts to 0.93 (intraclass correlation coefficient, two-way mixed model, absolute agreement, average measure; p < 0.0001).

2.4.3. Primary prediction variables and outcome measures Objective of the study is to investigate (I) the course of psychiatric disorders during OLITA and (II) the association of psychiatric and addiction-related problems with the four-year drinking outcome. (I) required three steps: (1) To determine validity of interview diagnoses, the most frequent MiniDIPS categories and the corresponding SCL-90-R scores are correlated at t₁, t₂, t₃, t₄. (2) To analyze predisposing effects (Domhof et al., 2002), admission values of treatment completers, dropouts and patients currently in therapy are compared: (a) concerning ordinal variables: SCL-90 GSI, ASI scores, age upon entering OLITA, duration of dependence, sequelae of alcoholism, number of previous detoxifications, number of previous inpatient long-term therapies, amount of daily alcohol intake, years of education; (b) concerning categorical variables: at least 1 comorbid Axis I, at least 1 comorbid Axis II disorder, at least 1 previous suicide attempt, sex, partnership status, living conditions as well as employment status. (3) Finally, course of comorbid disorders and addiction severity is

investigated in treatment completers: Frequency of the different disorders as well as mean SCL-90-R scores are compared between t_1 , t_2 , t_3 and t_4 ; mean EuropASI composite scores between t_1 , t_3 and t_4 (see Table 1). To explore whether dropouts show some or no improvement or deterioration, the outcomes of those 11 patients who reached t_3 are compared between t_1 , t_2 , and t_3 considering the category "at least one Axis I disorder" and the SCL-90-R scales, as well as between t_1 and t_3 considering the EuropASI composite scores.

(II) To answer the second main question of the paper - the association of psychiatric and addiction-related problems with the four-year drinking outcome (see Table 1) – predictive values of several parameters at t_1 (see statistical analysis) for two dependent variables are determined. Dependent variables are (1) time until first alcohol consumption and (2) time until relapse. Alcohol consumption is defined as every intake of an alcoholic beverage, reaching from so-called "mini lapses" (one single drink by accident) over lapses (every re-emergence of drinking which exceeds one day but can be coped with) to full-blown relapses. A relapse is interpreted as recurrence of an addictive drinking pattern which results in a premature termination of treatment or cessation of post-treatment follow-up visits. Blood or urine samples positive for alcohol or other drugs of abuse are counted as (re)lapse as are self-reports of substance use even if not confirmed by laboratory analysis.

2.5. Statistical analyses

The statistical programs SPSS for Windows, release 11, and SAS for Windows, release 8.2, are used for statistical analyses. All statistical tests are two-tailed. Pearson correlations and point biserial correlations are calculated to analyze bivariate associations. Kruskal-Wallis-tests, Wilcoxon two-sample tests and χ^2 -tests are carried out to compare completers, dropouts and patients currently in therapy; for these analyses, adjustment of p-values is not necessary since the closure testing principle is used (Marcus et al., 1976). To investigate the course of DSM-IV disorders, mean SCL-90-R GSI scores and ASI composite scores during t_1 , t_2 , t₃ and t₄, the LDF1-test is used. This special nonparametric procedure for comparing repeated measures data with small sample sizes can be used for metric as well as ordered categorical data (Brunner and Langer, 2000; Brunner et al., 2002). If the overall comparison of a variable between all times is significant, single twotime comparisons are carried out for t₁ vs. t₂, t₁ vs. t₃, t₁ vs. t_4 , t_2 vs. t_3 , t_2 vs. t_4 and t_3 vs. t_4 ; to maintain the 5% error rate for multiple comparisons, the stepwise rejecting Holm-procedure is used (Holm, 1979). Survival analysis (Kleinbaum, 1996; Marubini and Valsecchi, 1995) is used to investigate two time-to-event measures: (1) days from first outpatient contact to first alcohol consumption; (2) days from first outpatient contact to relapse. The corresponding survival curves of (1) remaining without any alcohol use (i.e., having neither mini lapse, nor lapse, nor relapse) and of (2) remaining without relapse are obtained with Kaplan-Meier estimates. Cox proportional hazard models are used to examine effects of time-invariant predictors. Cases are censored if they have not experienced an event by the end of follow-up, including one patient who has died. As the sample size is too small to include all predictors in one model, we choose the following procedure to construct a valid set of predictors: In the first step, four separate prediction models are calculated for (1) psychiatric variables (at least one Axis I disorder, at least one Axis II disorder, SCL-90-R GSI score, previous suicide attempts), (2) ASI composites (medical status, economic status, job satisfaction, alcohol use, drug use, legal status, family relationships, social relationships, psychiatric status), (3) alcoholism characteristics (duration of dependence, number of previous detoxifications, number of previous long-term inpatient therapies, amount of previously consumed alcohol, sequelae of alcoholism), and (4) sociodemographic variables (age, sex, years of education, partnership status, living conditions, employment status). In the second step, all predictors with a p-value ≤ 0.2 are included in a model consisting of psychiatric predictors, ASI composites, alcoholism characteristics and sociodemographic variables. In the last step, predictors which have shown pvalue >0.2 in the second step are excluded and a final model with the remaining variables is calculated. This procedure is carried out for the prediction of time to first alcohol consumption and for the prediction of time to relapse.

To describe the results, mean and minimum/maximum of the variables are given instead of mean \pm standard deviation since most of the distributions are skewed (Tables 2 and 4).

3. Results

3.1. Diagnostic characteristics of the patients

Of the 87 patients who were evaluated for Axis II disorder diagnoses, 55 (63.2%) met criteria for at least one comorbid personality disorder. Fourteen (16.1%) patients had narcissistic personality disorder, 12 (13.8%) personality disorder NOS, 7 (8%) dependent personality disorder. Avoidant, antisocial, borderline and histrionic personality disorder were each diagnosed in 6 (6.9%) patients. Two (2.3%) patients had depressive personality disorder. Paranoid, schizotypal and passive-aggressive personality disorder were assigned for one patient each (1.1%). Six (6.9%) patients met criteria for two personality disorders.

At the beginning of therapy, 55 (61.8%) of the 89 patients received a diagnosis of at least one Axis I disorder with anxiety disorders being the most frequent disorders, followed by mood disorders and substance abuse disorders other than alcoholism (for details see Table 5). At least one eating disorder, at least one psychotic disorder and at least one somatoform disorder were diagnosed in 4 (4.5%), 3 (3.4%) and 3 (3.4%) patients respectively.

3.2. Association between interview diagnosis of comorbid disorder and self-rating of psychiatric symptoms during the course of OLITA

Correlations between diagnostic categories of Axis I disorders and corresponding self-ratings are moderate, with the median of 36 correlations amounting to 0.44 (Table 3). Correlations consistently increase towards t_3 and t_4 . These results are supported by significant associations between EuropASI psychiatric status composite scores and both categories "at least one disorder" at t_1 (r = 0.37, p = 0.0003, N = 88), t_3 (r = 0.52, p < 0.0001, N = 73), t_4 (r = 0.44, p = 0.0047, N = 39), as well as "number of comorbid disorders" at t_1 (r = 0.47, p < 0.0001, N = 88), t_3 (r = 0.52, p < 0.0001, N = 73) and t_4 (r = 0.31, p = 0.0528, N = 39).

3.3. Initial comparison of completers, dropouts and patients currently in therapy

At least one Axis II disorder is found significantly more in dropouts than completers and patients currently in therapy who exhibit greater values on almost all measures of addiction severity at the beginning of therapy (Table 4). The differences in duration of dependence and number of previous inpatient detoxifications reach statistical significance.

3.4. Course of comorbid disorders, psychiatric symptoms and addiction severity

There is a significant reduction of patients with at least one Axis I disorder from t₁ to t₄ (Fig. 1). This significant decrease is reflected in the summarizing categories "at least one anxiety disorder", "at least one mood disorder", and "at least one substance abuse disorder other than alcoholism" (Table 5). Current psychiatric distress of the patients decreased steadily during the two years of therapy with respect to the SCL-90-R scales GSI (F = 11.7, df = 2.8, p < 0.0001, anxiety (F = 10.6, df = 2.8,p < 0.0001), phobic anxiety (F = 13.6, df = 2.7, p < 0.0001) 0.0001), interpersonal sensitivity (F = 10.4, df = 2.8, p <0.0001) and depression (F = 13.6, df = 2.8, p < 0.0001). Europ ASI composite scores also decreased consistently between t_1 and t_4 for all scales: medical status (F = 17.8, df = 1.8, p < 0.0001), economic status (F = 15.0, df = 1.5, p < 0.0001), job satisfaction (F = 30.1, df = 1.9, p < 0.0001), alcohol use (F = 1029.7, df = 1.0, p < 0.0001), drug use (F = 4.3, df = 1.0, p < 0.0372), legal status (F = 4.6, df = 1.4, p = 0.0211), family relationships (F = 30.7, df = 1.8, p < 0.0001), social relationships (F = 4.1, df = 2.0, p = 0.0163), psychiatric status (F = 34.6, df = 1.8, p < 0.0001).

After adjustment of significance levels, single comparisons between two time points reveal three main

Table 3
Association between diagnoses of axis I disorders (MiniDIPS) and patients' self-rating of psychiatric symptoms (SCL-90-R) during the course of OLITA

	t_1	t_2	t_3	t_4
SCL-90-R, GSI				
At least 1 disorder	0.44**	0.34**	0.43**	0.52**
Number of disorders	0.41**	0.38**	0.61**	0.70**
SCL-90-R, Anxiety				
At least 1 anxiety disorder	0.24*	0.45**	0.50**	0.55**
Number of anxiety disorders	0.33**	0.41**	0.58**	0.65**
SCL-90-R, Phobic anxiety				
At least 1 anxiety disorder	0.24*	0.53**	0.38**	0.50**
Number of anxiety disorders	0.39**	0.58**	0.58**	0.70**
SCL-90-R, Interpersonal sensitivity				
At least 1 anxiety disorder	0.24*	0.33**	0.46**	0.62**
Number of anxiety disorders	0.33**	0.31**	0.46**	0.64**
SCL-90-R, Depression				
At least 1 mood disorder	0.34**	0.46**	0.35**	0.21

 t_1 at least 4 weeks after last alcohol consumption, N = 88 (one patient was unable to read the SCL-R-90 Items).

 t_2 end of month 6, N = 79.

 t_3 end of month 12, N = 73.

 t_4 end of month 24, N=38 (one patient refused to complete the SCL-R-90).

^{*}r, p < 0.05 (two-tailed).

^{**} r, p < 0.01 (two-tailed).

Table 4 Comparison of completers (a), patients currently in therapy (b) and dropouts (c) at the beginning of treatment (t_1)

	Completers ^a $N = 39$ mean [min–max]	Patients currently in therapy ^b $N = 25$ mean [min-max]	Dropouts ^c $N = 25 \text{ mean}$ [min-max]	Kruskal–Wallis test (overall comparison: a–b–c); Wilcoxon Two sample test (pairwise single comparisons: a–b, a–c, b–c ^A)
SCL-90 GSI score	0.56 [0.03-1.71] ^B	0.52 [0.04–1.49]	0.60 [0.07-1.74] ^C	n.s.
EuropASI medical status	0.57 [0-1]	0.46 [0–1]	0.51 [0-1] ^C	n.s.
EuropASI economic status	0.50 [0-1]	0.48 [0–1]	0.67 [0-1] ^C	n.s.
EuropASI job satisfaction	0.50 [0-1]	0.60 [0–1]	0.44 [0-1] ^C	n.s.
EuropASI alcohol use	0.80 [0.33-0.96]	0.84 [0.63–1]	0.85 [0.57–0.99] ^C	n.s.
EuropASI drug use	0.02 [0-0.33]	0.00 [–]	$0.03 [0-0.33]^{C}$	n.s.
EuropASI legal status	0.04 [0-0.55]	0.10 [0-0.6]	0.15 [0-0.82] ^C	n.s.
EuropASI family relationships	0.51 [0-1]	0.61 [0-0.96]	0.58 [0-1] ^C	n.s.
EuropASI social relationships	0.21 [0-0.83]	0.20 [0-0.77]	0.24 [0-1] ^C	n.s.
EuropASI psychiatric status	0.43 [0-0.82]	0.45 [0.22–0.73]	0.52 [0-0.82] ^C	n.s.
Age upon entering OLITA	43.54 [26–64]	43.96 [28–59]	43.81 [35–63]	n.s.
Duration of dependence	14.90 [6–30]	18.84 [2–34]	19.84 [10–35]	Overall comparison a-b-c:
•				$\chi^2 = 7.7, \text{df} = 2, p = 0.0215$
				Pairwise comparisons: $a < b$, $Z = 2.1$, $p = 0.0345$;
				a < c, Z = 2.5, p = 0.0141; b-c, n.s.
Number of previous inpatient detoxifications	5.54 [1–26]	4.56 [0–36]	12.32 [1–41]	Overall comparison a–b–c: $\chi^2 = 9.1$, df = 2, $p = 0.0107$
				Pairwise comparisons: $a > b$, $Z = -2.1$, $p = 0.0387$ $b < c$, $Z = 2.8$, $p = 0.0059$; a - c , n .s.
Number of previous inpatient longterm therapies	0.67 [0-4]	0.76 [0-3]	0.88 [0-4]	n.s.
Daily consumption of alcohol within the year before admission (g/day)	408.77 [160–800]	394.08 [96–800]	465.2 [224–768]	n.s.
Physical sequelae of alcoholism (1 = minor, 2 = serious, 3 = very serious, 4 = severe)	2.49 [1–4]	2.64 [1–4]	2.72 [1–4]	n.s.
Years of education	11.92 [8-19]	12.40 [8–19]	10.52 [8-19]	n.s.
	Completers ^a	Patients currently in therapy ^b	Dropouts ^c	χ²-Test (overall comparison:
	N = 39	N=25	N = 25	a-b-c; pairwise single comparisons: a-b, a-c, b-c ^A
	percentage	percentage	percentage	,
Number of patients with at least one Axis I disorder	23/39 (59.0%)	13/25 (52.0%)	19/25 (76.0%)	n.s.
Number of patients with at least one Axis II disorder		14/25 (56%)	20/23 ^D (87%)	Overall comparison a–b–c: $\chi^2 = 7.6$, df = 2, $p = 0.0223$; Pairwise comparisons: a < c, $\chi^2 = 7.1$, df = 1, $p = 0.0078$; b < c, $\chi^2 = 5.6$, df = 1, $p = 0.0184$; a–n.s.
Number of patients with previous suicide attempts	11/39 (28.2%)	5/25 (20%)	10/25 (40%)	n.s.
Number of male patients	28/39 (71.8%)	19/25 (76.0%)	17/25 (68.0%)	n.s.

13/25 (52.0%) n.s.	8/25 (32.0%)	(16.0%)	10/25 (40.0%) n.s.	2/25 (8.0%)	13/25 (52.0%)	17/25 (68.0%) n.s.	(32.0%)
1 = 13/2	2 = 8/25	3 = 4/25 (16.0%)	1 = 10/2	2 = 2/25	3 = 13/2	1 = 17/2	2 = 8/25 (32.0%)
1 = 16/25 (64.0%)	2 = 9/25 (36.0%)	3 = 0/25 (0.0%)	1 = 9/25 (36.0%)	2 = 8/25 (32.0%)	3 = 8/25 (32.0%)	1 = 15/25 (60.0%)	2 = 10/25 (40.0%)
1 = 22/39 (56.4%)	$2 = 10/39 \ (25.6\%)$	3 = 7/39 (17.9%)	1 = 18/39 (46.2%)	2 = 5/39 (12.8%)	3 = 16/39 (41.0%)	1 = 19/39 (48.7%)	2 = 20/39 (51.3%)
Partnership status $(1 = \text{married/close relationship})$	2 = divorced/separated, 3 = single		Living conditions $(1 = with more than one supportive)$	relative, $2 = \text{with partner}$, $3 = \text{alone/alone with}$	children)	Employment status (1 = unemployed, 2 = fulltime job/ 1 = 19/39 (48.7%)	temporarily employed)

Adjustment of *p*-values is not necessary since the closure testing principle is used (Marcus et al., 1976) B (N = 38 due to missing data). C (N = 24 due to missing data). D (N = 23 due to missing data).

features of the recovery process: (1) A significant remission of all disorders and global distress throughout therapy: nearly all single comparisons are significant for "at least one axis I disorder" (Table 5) and for SCL-90-R GSI (t_1-t_2) : t = -2.2, df = 37, $p_{adjust} = n.s.$; t_1-t_3 : t = -5.1, df = 37, $p_{\text{adjust}} < 0.0001$; $t_1 - t_4$: t = -5.9, df = 37, $p_{adjust} < 0.0001$; t_2-t_3 t = -2.5, df = 37, $p_{\text{adjust}} = 0.0477$; $t_2 - t_4$ t = -2.6, df = 37, $p_{\text{adjust}} = 0.0574$; t₃-t₄ n.s.); all single comparisons are significant for EuropASI medical, economic, and psychiatric status (ranging from t = -7.8, df = 38, $p_{\text{adjust}} < 0.0001$ to t = -2.1, df = 38, $p_{\text{adjust}} = 0.0470$). (2) The category "at least one anxiety disorder" does not decrease significantly from t_1 to t_2 but from t_1 to t_3 (Table 5). A similar course can be observed concerning the SCL-90-R anxiety scales: the variables "anxiety", "phobic anxiety" and "interpersonal sensitivity" show stronger decreases between t_1 and t_3 (ranging from t = -5.5, df = 37, $p_{\text{adjust}} < 0.0001$ to t = -4.3, df = 37, $p_{\text{adjust}} = 0.0006$) than between t_1 and t_2 (ranging from t = -3.4, df = 37, $p_{\text{adjust}} < 0.007 \text{ to } t = -2.3, \text{ df} = 37, p_{\text{adjust}} = 0.0502$). (3) The category "at least one mood disorder" shows a significant remission between t₁ and t₂ but due to a nonsignificant increase from t₂ to t₃ not between t₁ and t₃ (Table 5).

Outcome analysis of the 11 dropouts who reached t₃ reveal significant remission of "at least one Axis I disorder" from t_1 (82%) over t_2 (64%) to t_3 (46%) (F = 3.8, df = 1.8, p = 0.0272). These dropouts show improvement between t₁, t₂ and t₃ in the SCL-90-R scales GSI (F = 11.3, df = 2.0, p < 0.0001), anxiety (F = 12.4, df = 1.5, p < 0.0001), phobic anxiety(F = 9.0, df = 2.0, p = 0.0001), interpersonal sensitivity (F = 17.5, df = 1.9, p < 0.0001) and depression (F = 9.1, df = 1.6, p = 0.0004). Dropouts also decrease in EuropASI composite scores between t₁ and t₃ with respect to medical status (t = -3.9, df = 10.0,p = 0.0029), economic status (t = -4.4, df = 10.0, p = 0.0014), job satisfaction (t = -2.6, df = 10.0, alcohol use (t = -11.1, df = 10.0,p = 0.0260), p < 0.0001), family relationships (t = -3.7, df = 10.0, p = 0.0041), psychiatric status (t = -7.2,and df = 10.0, p = 0.0001), but not to drug use, legal status and social relationships.

3.5. Prediction of abstinence during the four-year followup period

During the four-year follow-up, 47 of the 89 patients have consumed alcohol (6 mini lapses, 12 lapses and 29 relapses). The Kaplan-Meier estimate of cumulative probability of not having consumed any alcohol during the follow-up period amounts to 0.31 (Fig. 2(a)), of remaining without a relapse to 0.59 (Fig. 2(b)). To investigate the impact of initial psychiatric and addiction-related problems on the time

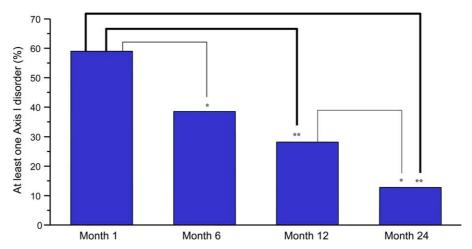


Fig. 1. Two-year course of comorbid Axis I disorders during OLITA; overall comparison: F = 13.2; df = 2.6; p < 0.0001; single two time comparisons: bold bracket **, $p_{\text{adjust}} < 0.01$; thin bracket: *, $p_{\text{adjust}} < 0.05$; N = 39; compare Table 5 for details.

until first alcohol consumption, several Cox proportional hazard models were calculated (see statistical analysis). The final model consisted of five predictors (Table 6). The variables "number of previous inpatient detoxifications" and "at least one personality disorder" reduce the time to first alcohol consumption, whereas number of previous inpatient long-term therapies and SCL-90-R GSI prolong it. The Cox proportional hazard models for the prediction of time to relapse show quite consistent results with the final model consisting of three predictors (Table 6). Again, the variables "number of previous inpatient detoxifications" and "at least one personality disorder" are associated with a shorter time to relapse, whereas SCL-90-R GSI reaches borderline significance in increasing time to relapse. Plotting separate Kaplan-Meier estimates for the groups "no personality disorder" versus "at least one personality disorder" illustrates the positive effect of having no personality disorder on both the cumulative probability of not consuming any alcohol (Fig. 2(c)) and the cumulative probability of remaining without relapse (Fig. 2(d)) during the four-year follow-up period.

4. Discussion

This study represents the first attempt to prospectively investigate 1) the course of the most frequent comorbid Axis I disorders in a sample of severely affected chronic alcoholics during a two-year period of an integrated outpatient treatment and 2) the impact of a variety of psychiatric and addiction related variables on abstinence/drinking outcome over a four-year follow-up period. The results clearly demonstrate a striking remission of comorbid disorders during therapy. Correspondingly, the patients show a consistent

decrease of psychiatric distress and addiction related problems.

Dropouts compared to completers and patients currently in therapy are characterized by more personality disorders and previous inpatient detoxifications. This has an important clinical implication: the risk of dropping out of treatment is considerably increased by these two variables. However, even dropouts show significant improvement between admission and month 12 in nearly all outcome variables.

4.1. Characterization of the study sample

Previous research investigated whether psychiatric comorbidity affects the course of alcoholism and its treatment, thereby relying on self reports of patients, collateral informants and sporadic breathalyzer or laboratory analyses. In contrast, the present study used regular urine and blood analyses within the framework of high frequency therapeutic contacts assuring highest validity of the main outcome variable. Despite being comprehensible from a clinical perspective, our data are, as outlined below, in some contrast to previous research. The question arises, whether this sample is comparable to samples of other studies in the alcoholism field. Considering sociodemographic variables, the OLITA patients are similar to samples of clinical studies with (e.g. Brown et al., 1997; Fisher and Bentley, 1996; Randall et al., 2001) or without (e.g. Schneider et al., 2001; Tomasson and Vaglum, 1995; Scheurich et al., 2000; Burtscheidt et al., 2001; Project MATCH Research Group, 1997) focus on treatment of comorbid disorders. A noticeable difference is that the unemployment rate of OLITA patients at admission is higher compared to that reported in other German studies (e.g. Schneider et al., 2001; Scheurich et al., 2000; Burtscheidt et al., 2001).

Table 5 Two-year course of comorbid disorders during OLITA (t_1-t_4)

	t_1	t_2	t_3	t_4	Multiple comparisons of completers ($N = 39$) over all 4 times (1–2–3–4) and for all pairwise comparisons (1–2 to 3–4)						
					1-2-3-4	1–2	1–3	1–4	2–3	2-4	3–4
At least one Axis I disorder	55/89 (61.8%) ^a 23/39 (59.0%) ^b 13/25 (52.0%) ^c 19/25 (76.0%) ^d	31/79 (39.2%) ^a 15/39 (38.5%) ^b 6/25 (24.0%) ^c 10/15 (66.7%) ^d	22/73 (30.1%) ^a 11/39 (28.2%) ^b 6/23 (26.0%) ^c 5/11 (45.5%) ^d	5/39 (12.8%) ^b	F = 13.2, df = 2.6, p < 0.0001	$t=-2.7,$ df = 38, $p_{ m adjust}=0.0285$	t = -3.7, df = 38, $p_{adjust} = 0.0035$	$t = -5.7,$ $df = 38,$ $p_{adjust} < 0.0001$	n.s.	t = -3.2, df = 38, $p_{adjust} = 0.0107$	$t = -2.6,$ $df = 38,$ $p_{adjust} = 0.0246$
At least one anxiety disorder	41/89 (46.1%) ^a 17/39 (43.6%) ^b 9/25 (36.0%) ^c 15/25 (60.0%) ^d	23/79 (29.1%) ^a 12/39 (30.8%) ^b 3/25 (12.0%) ^c 8/15 (53.3%) ^d	17/73 (23.3%) ^a 8/39 (20.5%) ^b 4/23 (17.4%) ^c 5/11 (45.5%) ^d	4/39 (10.3%) ^b	F = 10.2, df = 2.5, p < 0.0001	n.s.	$t = -3.4$, df = 38, $p_{\text{adjust}} = 0.0086$	$t = -4.4,$ $df = 38,$ $p_{adjust} = 0.0006$	n.s.	t = -3.1, df = 38, $p_{adjust} = 0.0134$	n.s.
At least one mood disorder	17/89 (19.1%) ^a 9/39 (23.1%) ^b 3/25 (12.0%) ^c 5/25 (20.0%) ^d	8/79 (10.1%) ^a 2/39 (5.1%) ^b 3/25 (12.0%) ^c 3/15 (20.0%) ^d	5/73 (6.8%) ^a 4/39 (10.3%) ^b 1/23 (4.3%) ^c 0/11 (0.0%) ^d	1/39 (2.6%) ^b	F = 4.6, df = 2.1, p = 0.0088	t = -2.9, df = 38, $p_{adjust} = 0.0387,$	n.s.	$t = -2.7$, df = 38, $p_{\text{adjust}} = 0.0476$,	n.s.	n.s.	n.s.
At least one substance abuse disorder other than alcoholism	11/89 (12.4%) ^a 6/39 (15.4%) ^b 0/25 (0.0%) ^c 5/25 (20.0%) ^d	3/79 (3.8%) ^a 1/39 (2.6%) ^b 0/25 (0.0%) ^c 2/15 (13.3%) ^d	0/73 (0.0%) ^a 0/39 (0.0%) ^b 0/23 (0.0%) ^c 0/11 (0.0%) ^d	0/39 (0.0%) ^b	F = 5.9, df = 1.3, $p = 0.0088$	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-

 t_1 at least 4 weeks after last alcohol consumption, N = 89.

 t_2 end of month 6, N = 79.

 t_3 end of month 12, N = 73.

 t_4 end of month 24, N = 39.

^a Entire sample at t_1 (N = 89), t_2 (N = 79), t_3 (N = 73).

^b Subsample of patients who have completed the two years of treatment at t₁ (N = 39), t₂ (N = 39), t₃ (N = 39), t₄ (N = 39).

^c Subsample of patients who are currently in therapy at t_1 (N = 25), t_2 (N = 25), t_3 (N = 23).

^d Subsample of patients who have dropped out during treatment at t_1 (N = 25), t_2 (N = 15), t_3 (N = 11).

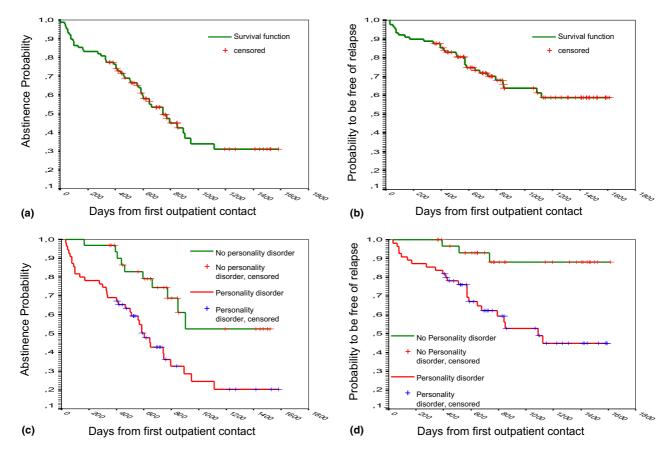


Fig. 2. Time to first alcohol consumption and time to relapse in the complete study sample versus subgroups with and without personality disorder. Kaplan–Meier estimates; cases are censored if they have not experienced an event (lapse or relapse, respectively) by the end of follow-up. (a) The probability of not having consumed any alcohol during the four-year follow-up is 0.31 for the complete sample (N = 89). (b) The probability of not having relapsed during the four-year follow-up is 0.59 for the complete sample (N = 89). (c) The probability of not having consumed any alcohol during the four-year follow-up calculated separately for subgroups of patients with comorbid personality disorder (N = 55, red line) and without comorbid personality disorder (N = 32, green line). Patients without personality disorder are much more likely to remain without any alcohol consumption (abstinence probability is 0.52) and show delayed time to first alcohol consumption compared to patients with comorbid personality disorder (N = 35, red line) and without comorbid personality disorder (N = 32, green line). Patients without personality disorder are much more likely to remain without relapse (probability is 0.88) and show delayed time to relapse compared to patients with comorbid personality disorder (probability is 0.45). (For interpretation of the references to color in this figure legend, the reader is referred to the web version of this article.)

Table 6
Prediction of time to first alcohol consumption and time to relapse [data in brackets] during the four-year follow-up period

Predictor	Cox Regression Weight (RW)	Standard Error of RW	Wald (χ^2)	p value
SCL-90-R GSI, t ₁	-0.825 [-0.896]	0.422 [0.502]	3.834 [3.193]	0.0502 [0.0739]
At least one personality disorder	1.050 [1.619]	0.390 [0.633]	7.254 [6.530]	0.0071 [0.0106]
At least one Axis I disorder	0.591 [–]	0.366 [–]	2.601 [-]	0.1068 [-]
Number of previous detoxifications	0.081 [0.067]	0.021 [0.021]	15.184 [10.293]	< 0.0001 [0.0013]
Number of previous inpatient longterm therapies	-0.443 [-]	0.208 [–]	4.541 [–]	0.0331 [-]

Note: N = 86 (personality disorder diagnoses are missing from two patients, SCL-90-R score is missing from one patient); all χ^2 -tests are based on one degree of freedom.

Since variables to characterize alcohol problems vary considerably among studies, we limit the comparison of addiction severity to those articles using ASI composite scores. Considering medical status, alcohol use, family relationships, social relationships and psychiatric status, the addiction severity of the present sample (completers as well as patients currently in therapy and dropouts) is remarkably higher than that of alcohol dependent patients applying for or attending alcoholism treatment programs; the composite scores economic status and job

satisfaction are in the middle range, whereas drug use and legal status show the typically low values of alcoholics without concurrent substance dependence (Randall et al., 2001; Scheurich et al., 2000; McLellan et al., 1992; Cacciola et al., 1995; Dixon et al., 1997; Project MATCH Research Group, 1997; Verheul et al., 1999; Weisner et al., 2000).

The prevalence of at least one comorbid Axis II disorder is quite similar to that reported in recent articles (Morgenstern et al., 1997; Nace et al., 1991; Nurnberg et al., 1993; Rounsaville et al., 1998; Verheul et al., 1998; Verheul, 2001; Woelwer et al., 2001). However, distribution of specific personality disorders differs from other studies. Whereas previous research has found antisocial, borderline, avoidant and paranoid personality disorders to be the most frequent diagnoses (Morgenstern et al., 1997; Nace et al., 1991; Nurnberg et al., 1993; Rounsaville et al., 1998; Verheul, 2001), in this study narcissistic personality disorder, personality disorder NOS and dependent personality disorder are the most prevalent. This difference might be explained by the late assessment time (at least 3 months after admission) of Axis II disorders. After having observed patients for a longer time of abstinence and across a variety of situations, the clinicians of this study may have judged interpersonal behavior patterns and personality traits of the patients differently than they would have done in single cross sectional interviews during the early weeks of abstinence.

Whereas rate and quality of comorbid Axis I disorders (anxiety disorders, mood disorders, substance abuse disorders other than alcoholism, eating disorders, psychotic disorders, somatoform disorders) upon admission resemble other studies on psychiatric or general alcoholism treatment populations (e.g. Regier et al., 1990; Ross et al., 1988; Schneider et al., 2001; Driessen et al., 1996) self ratings of psychiatric distress of OLITA patients are lower than SCL-90-R profiles of a representative, although less affected sample of alcoholics (Mercier et al., 1992). Correlations between Axis I disorders and corresponding SCL-90-R scores being high at all assessment times in these patients, the lower SCL-90-R values might reflect underestimation of own psychiatric problems, obviously contrasting to high psychiatric ASI ratings. This underestimation, in turn, may even worsen prognosis: Survival analysis revealed that a higher GSI score represents a protective factor for long-term abstinence. Altogether, the sample of the present study is representative of severely affected alcoholism treatment populations.

4.2. Remission of Axis I disorders during treatment

The remission of comorbid disorders upon alcohol abstinence during the two-year follow-up period of this prospective study is a new finding. Etiological and pathogenetic research has demonstrated that alcoholism and comorbid anxiety or mood disorders can be mutual risk factors (Kushner et al., 2000; Lepine and Pelissolo, 1998; Swendsen and Merikangas, 2000; Hasin and Grant, 2002; Kendler et al., 1995; Maier and Merikangas, 1996; Merikangas et al., 1998; Preisig et al., 2001; Prescott et al., 2000). Strict maintenance of long-term abstinence may thus explain recovery from both alcohol related problems and comorbidity. Several prospective studies deal with mood disorders and alcoholism, whereas long-term observations of course and interactions between anxiety and addictive disorders in clinical samples are lacking. In agreement with prospective studies on depression and drinking outcomes in dual diagnosis patients, the OLITA sample shows a general remission of depression within the two years of treatment. Abstinence depression occurring in four patients after the first year of OLITA was treated successfully. Current alcoholism has a deleterious effect on recovery from depression (Mueller et al., 1994), substance-induced and abstinence-related depression are risk factors for alcohol relapse (Curran and Booth, 1999; Greenfield et al., 1998; Hasin et al., 2002; Loosen et al., 1990). Recovery from depression increases the chance of recovery from alcoholism, reducing relapse risk (Hasin et al., 1996). Since alcoholics with current mood disorders have more contacts with health care, prospective long-term studies predict better drinking outcome in case of current comorbid depression (Kranzler et al., 1996; Lewis et al., 1995; O'Sullivan et al., 1988). Comprehensive long-term treatment of both disorders may be the best strategy to interrupt the vicious circle of lifelong miseries seen in these patients.

4.3. Prediction of alcohol consumption during four year follow-up

In this study, the presence of an Axis II rather than of an Axis I disorder on admission was a strong predictor of time to first alcohol consumption. This may explain the contradictory results seen in the literature. These results range from clear negative prediction of drinking outcome by different measures of comorbidity, e.g. number of comorbid diagnoses or presence of at least one Axis II disorder (Verheul et al., 1998; Woelwer et al., 2001; Kranzler et al., 1996) to a lack of effect of comorbidity (Cacciola et al., 1995; Verheul et al., 1999; O'Sullivan et al., 1988; Powell et al., 1992; Longabaugh et al., 1994). In a 10-year and a 20-year follow-up study, antisocial personality disorder was associated with worse results for drinking outcome and mortality, respectively (Lewis et al., 1995; Hunter et al., 2000; Powell et al., 1998).

In contrast to these studies, lacking objective information on drinking status, the present results are based on most conservative outcome measures and strict

long-term control, consisting of frequent contacts during therapy and follow-up visits after its termination, stand-by setting for crisis interventions, laboratory controls, deterrent medication. Under these conditions, only two patient characteristics were strong predictors of worse drinking outcome: concurrent personality disorders and number of previous inpatient detoxifications.

The adverse impact of personality disorders on treatment outcome has also been described for diverse Axis I disorders and challenges both general psychotherapy and addiction therapy (Massion et al., 2002; Reich and Green, 1991; Reich and Vasile, 1993). This means in practical terms that (1) training of addiction counselors and psychotherapists has to specifically include personality disorder treatment and (2) treatment centers will have to provide the respective adequate setting. Much less is known on the effect of prior detoxification treatments on risk of relapse. In a long-term study, 27% of patients dying during follow-up had more prior detoxifications than patients completing follow-up (Powell et al., 1998). In two different patient cohorts, the number of previous alcoholism-related hospitalizations was a predictor of alcohol-related readmission to medical centers (Booth et al., 1991; Booth et al., 1992). A telephone interview-based long-term study of the same authors failed to prove associations between previous treatments for alcoholism and abstinence (Curran and Booth, 1999). In the present study prior inpatient detoxifications but not inpatient long-term therapies predicted times to first drink and relapse. This difference indicates that rather than treatment experience, the relapse process itself underlies the impact of prior detoxifications. Frequent detoxifications reflect ambivalence between drinking and abstinence, rapid loss of control during relapse or a dissociation between intention and skills to stay abstinent.

4.4. Methodological limitations

An inherent problem of this kind of studies (longitudinal observation of psychiatric comorbidity upon alcohol abstinence) is the lack of adequate control groups: (1) Non-treated severely affected alcoholics would be difficult to follow over months, would not allow valid diagnosis of comorbid disorders, and even after detoxification, would exhibit a very high spontaneous relapse rate. (2) Patients with comparable severity of alcoholism on lower frequency contacts or short term-therapies would make a strict abstinence control impossible and certainly hamper long-term follow-up.

Another methodological limitation is the relatively small sample size followed in this study. In fact, it is high enough to statistically analyze the course of comorbidity, and to determine the strongest predictors of treatment dropout. However, it is too small to further compare subsamples.

4.5. Clinical implications

The probability of not having relapsed during the four-year follow-up period amounts to 0.59 for the whole sample: only 0.45 for patients with at least one comorbid personality disorder but 0.88 for patients without personality disorder. The results for both patient groups can be interpreted as very successful compared to the short- and long-term abstinence rates of other alcoholism treatment studies (e.g. Burtscheidt et al., 2001; Project MATCH Research Group, 1997, 1998; Curran and Booth, 1999; Lewis et al., 1995; Powell et al., 1998; Finney and Moos, 1991; Moos et al., 1999; Ouimette et al., 1999). Particularly patients without personality disorder performed exceptionally well. This reflects both the intensity and the long-term duration of OLITA. These two factors can improve alcoholism treatment enormously by preventing occasional lapses from growing to full-blown relapses.

The global decrease of comorbid disorders, psychiatric distress and addiction related problems during therapy is characterized by two specific features of the recovery process: 1) Anxiety disorders show a delayed remission, i.e. they do not change significantly until the first year of therapy. (2) The early remission of mood disorders during the first six months harbors the risk of re-occurrence of major depression during long-term abstinence. These data suggest that effective treatment of dual diagnosis patients comprises two basic elements: (a) long-term duration as prerequisite of gradual remission of anxiety and protective factor against recidivism of mood disorders; (b) comprehensive and careful integration of dual diagnosis interventions considering temporary impairments of coping skills and the imminent danger to overtax current patient resources. Simple addition of some treatment elements for comorbid disorders to short-term alcoholism therapy has no effect (Bowen et al., 2000) or even causes negative outcome (Randall et al., 2001). The results of the present study support and expand promising findings of pilot studies on integrated treatment of alcoholic patients with comorbid disorders (e.g. McHugo et al., 1999; Brown et al., 1997; Najavits et al., 1998; Weiss et al., 1999, 2000; Fisher and Bentley, 1996; Moggi et al., 1999a,b). In accordance with these pilot studies and recent reviews (McKay and McLellan, 1998; Mueser and Kavanagh, 2001; Teague et al., 1998; Weiss et al., 1998) we suggest elements of integrated outpatient treatment, e.g. comprehensive and structured long-term therapy and strict abstinence orientation, as realized in OLITA, to be important factors for treatment success in dual diagnosis patients.

In conclusion, the present study demonstrates that under guarded long-term abstinence alcoholic patients show a dramatic recovery from comorbid depression and anxiety disorders. The presence or absence of a personality disorder represents a major predictor of drinking outcome over a four-year follow-up and significantly adds to disease severity.

References

- Barlow DH. Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. New York: The Guilford Press; 1988.
- Booth BM, Russell DW, Soucek S, Laughlin PR. Social support and outcome of alcoholism treatment: an exploratory analysis. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1992;18(1):87–101.
- Booth BM, Yates WR, Petty F, Brown K. Patient factors predicting early alcohol-related readmissions for alcoholics: role of alcoholism severity and psychiatric co-morbidity. Journal of Studies on Alcohol 1991;52(1):37–43.
- Bowen RC, D'Arcy C, Keegan D, Senthilselvan A. A controlled trial of cognitive behavioral treatment of panic in alcoholic inpatients with comorbid panic disorder. Addictive Behaviors 2000;25(4): 593–7
- Bronisch T, Mombour W. The modern assessment of personality disorders: II. Reliability and validity of personality disorders. Psychopathology 1998;31(6):293–301.
- Brown RA, Evans DM, Miller IW, Burgess ES, Mueller TI. Cognitivebehavioral treatment for depression in alcoholism. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1997;65(5):715–26.
- Brunner E, Domhof S, Langer F. Nonparametric analysis of longitudinal data in factorial experiments. New York: John Wiley; 2002.
- Brunner E, Langer F. Nonparametric analysis of ordered categorical data in designs with longitudinal observations and small sample sizes. Biometrical Journal 2000;42:663–75.
- Burtscheidt W, Woelwer W, Schwarz R, Strauss W, Loell A, Luethcke H, et al. Out-patient behaviour therapy in alcoholism: relapse rates after 6 months. Acta Psychiatrica Scandinavica 2001;103(1): 24–9.
- Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, Snider EC. Treatment response of antisocial substance abusers. Journal of Nervous and Mental Disease 1995;183(3):166–71.
- Curran GM, Booth BM. Longitudinal changes in predictor profiles of abstinence from alcohol use among male veterans. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1999;23(1):141–3.
- Derogatis LR. SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual 1. Baltimore, MD: Clinical Psychometrics Research, 1977.
- DiNardo PA, Barlow DH. Anxiety Disorders Interview Schedule Revised ADIS-R. Albany, NY: Graywind Publications; 1988.
- Dixon L, McNary S, Lehman A. One-year follow-up of secondary versus primary mental disorder in persons with comorbid substance use disorders. American Journal of Psychiatry 1997;154(11):1610–2
- Doering WK, Herzenstiel M-N, Krampe H, Jahn H, Pralle L, Sieg S, et al. Persistent alterations of vasopressin and NT-pro-ANP plasma levels in long-term abstinent alcoholics. Alcoholism Clinical and Experimental Research 2003;27(5):849–61.
- Domhof S, Brunner E, Osgood DW. Rank procedures for repeated measures with missing values. Sociological Methods and Research 2002;30(3):367–93.
- Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, et al. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. Psychiatric Services 2001;52(4):469–76.
- Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. Schizophrenia Bulletin 1998;24(4):589–608.
- Driessen M, Arolt V, John U, Veltrup C, Dilling H. Psychiatric comorbidity in hospitalized alcoholics after detoxification treatment. European Addiction Research 1996;2:17–23.

- Ehrenreich H, Krampe H, Wagner T, Jahn H, Jacobs S, Maul O, et al. Outpatient long-term intensive therapy for alcoholics, OLITA: reconsidering severe alcoholism, disease and treatment. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 2000;2(4):221–2.
- Ehrenreich H, Mangholz A, Schmitt M, Lieder P, Völkel W, Rüther E, et al. OLITA: an alternative in the treatment of therapy-resistant chronic alcoholics. First evaluation of a new approach. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 1997;247(1):51–4.
- Ehrenreich H, Schuck J, Stender N, Pilz J, Gefeller O, Schilling L, et al. Endocrine and hemodynamic effects of stress versus systemic CRF in alcoholics during early and medium term abstinence. Alcoholism Clinical and Experimental Research 1997;21(7):1285–93
- Finney JW, Moos RH. The long-term course of treated alcoholism: I. Mortality, relapse and remission rates and comparisons with community controls. Journal of Studies on Alcohol 1991;52(1):44–54.
- Fisher MS, Bentley KJ. Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. Psychiatric Services 1996;47(11):1244–50.
- Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. New York: Wiley; 1981.
- Franke GH. SCL-90-R: Die Symptom-Checkliste von Derogatis Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test; 1995.
- Greenfield SF, Weiss RD, Muenz LR, Vagge LM, Kelly JF, Bello LR, et al. The effect of depression on return to drinking: a prospective study. Archives of General Psychiatry 1998;55(3):259–65.
- Gsellhofer B, Küfner H, Vogt M, Weiler D. European Addiction Severity Index – EuropASI. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren; 1999.
- Hasin DS, Grant BF, Endicott J. Lifetime psychiatric comorbidity in hospitalized alcoholics: subject and familial correlates. International Journal of the Addictions 1988;23(8):827–50.
- Hasin DS, Grant BF. Major depression in 6050 former drinkers Association with past alcohol dependence. Archives of General Psychiatry 2002;59(9):794–800.
- Hasin DS, Liu X, Nunes E, McCloud S, Samet S, Endicott J. Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. Archives of General Psychiatry 2002;59(4):375–80.
- Hasin DS, Tsai W-Y, Endicott J, Mueller TI, Coryell W, Keller M. The effects of major depression on alcoholism: five-year course. American Journal on Addictions 1996;5(2):144–55.
- Hesselbrock MN, Meyer RE, Keener JJ. Psychopathology in hospitalized alcoholics. Archives of General Psychiatry 1985;42(11):1050–5.
- Holm S. A simple sequentially rejective multiple test procedure. Scandinavian Journal of Statistics 1979;6:65–70.
- Hunter EE, Powell BJ, Penick EC, Nickel EJ, Liskow BI, Cantrell PJ, et al. Comorbid psychiatric diagnosis and long-term drinking outcome. Comprehensive Psychiatry 2000;41(5):334–8.
- Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. American Journal of Psychiatry 2001;158(8):1184–90.
- Kendler KS, Walters EE, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. Archives of General Psychiatry 1995;52(5):374–83.
- Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DS M-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 1997;54(4):313–21.
- Kleinbaum DG. Survival analysis: a self-learning text. New York: Springer; 1996.
- Krampe H, Wagner T, Küfner H, Jahn H, Stawicki S, Reinhold J, et al. Therapist rotation a new element in the outpatient

- treatment of alcoholism. Substance Use and Misuse 2004;39(1):135–78.
- Kranzler HR, Del Boca FK, Rounsaville BJ. Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: a posttreatment natural history study. Journal of Studies on Alcohol 1996;57(6):619–26.
- Kranzler HR, Rounsaville BJ, editors. Dual Diagnosis and treatment. New York: Marcel Dekker; 1998.
- Kushner MG, Abrams K, Borchardt C. The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. Clinical Psychology Review 2000;20(2):149–71.
- Lehman AF, Dixon LB, editors. Double jeopardy: chronic mental illness and substance use disorders. Chur: Harwood Academic Publishers; 1995.
- Lepine J-P, Pelissolo A. Social phobia and alcoholism: a complex relationship. Journal of Affective Disorders 1998;50:S23–8.
- Lewis CE, Smith E, Kercher C, Spitznagel E. Assessing gender interactions in the prediction of mortality in alcoholic men and women: a 20-year follow-up study. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1995;19(5):1162–72.
- Longabaugh R, Rubin A, Malloy P, Beattie M, Clifford PR, Noel N. Drinking outcomes of alcohol abusers diagnosed as antisocial personality disorder. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1994;18(4):778–85.
- Loosen PT, Dew BW, Prange AJ. Long-term predictors of outcome in abstinent alcoholic men. American Journal of Psychiatry 1990;147(12):1662–6.
- Maier W, Merikangas K. Co-occurrence and cotransmission of affective disorders and alcoholism in families. British Journal of Psychiatry 1996;168(Suppl 30):93–100.
- Marcus R, Peritz E, Gabriel KR. On closed testing procedures with special reference to ordered analysis of variance. Biometrika 1976;63:655–60.
- Margraf J. MiniDIPS: Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen. Berlin: Springer; 1994.
- Marubini E, Valsecchi MG. Analysing survival data from clinical trials and observational studies. Chichester: John Wiley; 1995.
- Massion AO, Dyck IR, Shea MT, Phillips KA, Warshaw MG, Keller MB. Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia and panic disorder. Archives of General Psychiatry 2002;59(5):434–40.
- McHugo GJ, Drake RE, Teague GB, Xie H. Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. Psychiatric Services 1999;50(6):818–24
- McKay JR, McLellan AT. Deciding where to start: working with polyproblem individuals. In: Miller WR, Heather N, editors. Treating addictive behaviors. New York, London: Plenum Press; 1998, pp. 173–86.
- McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, et al. The fith edition of the Addiction Severity Index. Journal of Substance Abuse Treatment 1992;9(3):199–213.
- Mercier C, Brochu S, Girard M, Gravel J, Ouellet R, Paré R. Profiles of alcoholics according to the SCL-90-R: a confirmative study. International Journal of the Addictions 1992;27(11):1267–82.
- Merikangas KR, Stevens DE, Fenton B, Stolar M, O'Malley S, Woods SW, et al. Co-morbidity and familial aggregation of alcoholism and anxiety disorders. Psychological Medicine 1998;28(4):773–88.
- Moggi F, Ouimette PC, Finney JW, Moos RH. Effectiveness of treatment for substance abuse and dependence for dual diagnosis patients: a model of treatment factors associated with one-year outcomes. Journal of Studies on Alcohol 1999;60(6):856–66.
- Moggi F, Ouimette PC, Moos RH, Finney JW. Dual diagnosis patients in substance abuse treatment: relationship of general coping and substance-specific coping to 1-year outcomes. Addiction 1999;94(12):1805–16.

- Moos RH, Finney JW, Ouimette PC, Suchinsky RT. A comparative evaluation of substance abuse treatment: I. Treatment orientation, amount of care, and 1-year outcomes. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1999;23(3):529–36.
- Morgenstern J, Langenbucher J, Labouvie E, Miller KJ. The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence and relation to alcohol typology variables. Journal of Abnormal Psychology 1997;106(1):74–84.
- Mueller TI, Lavori PW, Keller MB, Swartz A, Warshaw M, Hasin D, et al. Prognostic effect of the variable course of alcoholism on the 10-year course of depression. American Journal of Psychiatry 1994;151(5):701–6.
- Mueser KT, Kavanagh D. Treating comorbidity of alcohol problems and psychiatric disorder. In: Heather N, Peters TJ, Stockwell T, editors. International handbook of alcohol dependence and problems. Chichester: Wiley; 2001. p. 627–47.
- Nace EP, Davis CW, Gaspari JP. Axis II comorbidity in substance abusers. American Journal of Psychiatry 1991;148(1):118–20.
- Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR, Muenz LR. Seeking safety: outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. Journal of Traumatic Stress 1998;11(3):437–56.
- Nurnberg HG, Rifkin A, Doddi S. A systematic assessment of the comorbidity of DSM-III-R personality disorders in alcoholic outpatients. Comprehensive Psychiatry 1993;34(6):447–54.
- O'Sullivan K, Rynne C, Miller J, O'Sullivan S, Fitzpatrick V, Hux M, et al. A follow-up study on alcoholics with and without coexisting affective disorder. British Journal of Psychiatry 1988;152: 813–9
- Ouimette PC, Gima K, Moos RH, Finney JW. A comparative evaluation of substance abuse treatment IV. The effect of comorbid psychiatric diagnoses on amount of treatment, continuing care, and 1-year outcomes. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1999;23(3):552–7.
- Ouimette PR, Brown PJ, Najavits LM. Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. Addictive Behaviours 1998;23:785–95.
- Penick EC, Powell BJ, Nickel EJ, Bingham SF, Riesenmy KR, Read MR, et al. Co-morbidity of lifetime psychiatric disorder among male alcoholic patients. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1994;18(6):1289–93.
- Powell BJ, Landon JF, Cantrell PJ, Penick EC, Nickel EJ, Liskow BI, et al. Prediction of drinking outcomes for male alcoholics after 10 to 14 years. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1998;22(3):559–66.
- Powell BJ, Penick EC, Nickel EJ, Liskow BI, Riesenmy KR, Campion SL, et al. Outcomes of co-morbid alcoholic men: a 1-year follow-up. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1992;16(1):131–8.
- Preisig M, Fenton BT, Stevens DE, Merikangas KR. Familial relationship between mood disorders and alcoholism. Comprehensive Psychiatry 2001;42(2):87–95.
- Prescott CA, Aggen SH, Kendler KS. Sex-specific genetic influences on the comorbidity of alcoholism and major depression in a population-based sample of US twins. Archives of General Psychiatry 2000;57(8):803–11.
- Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH Posttreatment drinking outcomes. Journal of Studies on Alcohol 1997;58(1):7–29.
- Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1998;22(6):1300–11.
- Randall CL, Thomas S, Thevos AK. Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2001;25(2): 210–20.

- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 1990;264(19):2511–8.
- Reich JH, Green AI. Effect of personality disorders on outcome of treatment. Journal of Nervous and Mental Disease 1991;179(2):74–82
- Reich JH, Vasile RG. Effect of personality disorders on the treatment outcome of Axis I conditions: an update. Journal of Nervous and Mental Disease 1993;181(8):475–84.
- Ross HE. DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. Drug and Alcohol Dependence 1995;39(2):111–28.
- Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. Archives of General Psychiatry 1988;45(11):1023–31.
- Rounsaville BJ, Kranzler HR, Ball S, Tennen H, Poling J, Triffleman E. Personality disorders in substance abusers: relation to substance use. Journal of Nervous and Mental Disease 1998;186(2):87–95.
- Ruiz P, Lile B, Matorin AA. Treatment of a dually diagnosed gay male patient: a psychotherapy perspective. American Journal of Psychiatry 2002;159(2):209–15.
- Scheurich A, Mueller MJ, Wetzel H, Anghelescu I, Klawe C, Ruppe A, et al. Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). Journal of Studies on Alcohol 2000;61(6):916–9.
- Schneider U, Altmann A, Baumann M, Bernzen J, Bertz B, Bimber U, et al. Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. Alcohol and Alcoholism 2001;36(3):219–23.
- Swendsen JD, Merikangas KR. The comorbidity of depression and substance use disorders. Clinical Psychology Review 2000;20(2): 173–89
- Teague GB, Bond GR, Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. American Journal of Orthopsychiatry 1998;68(2):216–32.
- Thevos AK, Roberts JS, Thomas SE, Randall CL. Cognitive behavioral therapy delays relapse in female socially phobic alcoholics. Addictive Behaviors 2000;25(3):333–45.
- Tomasson K, Vaglum P. A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: a study of psychiatric comorbidity. Acta Psychiatrica Scandinavica 1995;92(5):378–85.

- Toneatto T, Negrete JC, Calderwood K. Diagnostic subgroups within a sample of comorbid substance abusers: correlates and characteristics. American Journal on Addictions 2000;9(3):253–64
- Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. European Psychiatry 2001;16(5):274–82
- Verheul R, van den Brink W, Koeter MWJ, Hartgers C. Antisocial alcoholic patients show as much improvement at 14-month follow-up as non-antisocial alcoholic patients. American Journal on Addictions 1999;8(1):24–33.
- Verheul R, Vandenbrink W, Hartgers C. Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. Addictive Behaviors 1998;23(6):869–82
- Weisner C, McLellan AT, Hunkeler EM. Addiction Severity Index data from general membership and treatment samples of HMO members: one case of norming ASI. Journal of Substance Abuse Treatment 2000;19(2):103–9.
- Weiss RD, Griffin ML, Greenfield SF, Najavits LM, Wyner D, Soto JA, et al. Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: results of a pilot study. Journal of Clinical Psychiatry 2000;61(5):361–7.
- Weiss RD, Najavits LM, Greenfield SF. A relapse prevention group for patients with bipolar and substance use disorders. Journal of Substance Abuse Treatment 1999;16(1):47–54.
- Weiss RD, Najavits LM, Mirin SM. Substance abuse and psychiatric disorders. In: Frances RJ, Miller SI, editors. Clinical textbook of addictive disorders. New York, London: The Guilford Press; 1998, pp. 291–318.
- Wittchen H-U, Essau CA, von Zerssen D, Krieg J-C, Zaudig M. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up Study. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 1992;241(4):247–58.
- Wittchen H-U, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. Psychological Medicine 1998;28(1):109–26.
- Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M. SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV- Achse I. Göttingen: Hogrefe; 1997.
- Woelwer W, Burtscheidt W, Redner C, Schwarz R, Gaebel W. Outpatient behaviour therapy in alcoholism: impact of personality disorders and cognitive impairments. Acta Psychiatrica Scandinavica 2001;103(1):30–7.

5 Resümee

Die erste Publikation der vorliegenden Dissertation untersuchte aus testtheoretischer Sicht drei gebräuchliche Checklisten Erfassung chronischer derzeit zur von Mehrfachbeeinträchtigung bei Suchtkranken. Es konnte gezeigt werden, dass die Reliabilität und die Validität, insbesondere die prädiktive und kriterienbezogene Validität, der drei CMA-Listen unbefriedigend sind. Somit werden die Instrumente ihrem Anspruch, die Schwere der Abhängigkeit, den Behandlungsbedarf und die Prognose von Suchtkranken einschätzen zu können, nicht gerecht. Besonders kritisch ist anzumerken, dass durch die starre und dichotom klassifikatorische Einteilung in CMA und Non-CMA mittels cut-off Werten der Eindruck erweckt wird, es handle sich um treffsichere diagnostische Zuordnungen, auf deren Basis weitere Behandlungsstrategien abgeleitet werden könnten. Es konnte gezeigt werden, dass dieses Vorgehen zu kurz greift und deshalb in Frage gestellt werden muss. Die Instrumente erfassen zwar ähnliche Problembereiche, aber innerhalb der erfassten Problembereiche ergeben sich gravierende Unterschiede in der Gewichtung der einzelnen Items. Der multifaktoriellen Konzeption von Sucht, wie sie sich z. B. im Aufbau des ASI (Gsellhofer et al., 1999) findet, wird so nicht ausreichend Rechnung getragen (weitgehend voneinander unabhängige medizinische, psychologische und sozioökonomische Teilskalen, die nicht zu einem Gesamtwert addiert werden).

Die psychiatrische Komorbidität wird von allen drei Instrumenten nur halbherzig berücksichtigt. Man erfasst zwar diverse Achse-I- und Achse-II-Störungen in einer beliebig wirkenden Art und Weise, trägt aber der polyvalenten Komplexität psychiatrischer Komorbidität nicht ausreichend Rechnung. Es wird z. B. nicht berücksichtigt, dass manche komorbiden psychiatrischen Störungen eine bessere, andere wiederum eine schlechtere Prognose bedingen. Obwohl die Chronizität von Sucht die begriffliche Grundlage des CMA-Konstruktes bildet, findet sie sich in den drei Instrumenten nur unzureichend wieder. Sie wird lediglich durch die Anzahl vorangegangener Entgiftungen oder Anzeichen einer schweren Abhängigkeit, wie z. B. Delir in der Vorgeschichte, auf "Umwegen" teilweise in den drei Instrumenten erfasst. Die Dauer der Abhängigkeit wird leider nicht erhoben.

Die vorliegende Originalarbeit kommt zu dem Schluss, das CMA-Konstrukt zugunsten einer alternativen Schweregradbestimmung aufzugeben: als prognostisch benachteiligt werden Alkoholkranke bezeichnet, die eine komorbide Persönlichkeitsstörung und/oder einen

Chronizitätsindex über 0.5 aufweisen - eine Patientengruppe, auf die vermutlich die Erfinder des CMA-Konstrukts aufmerksam machen wollten.

Der erste vorliegende Originalartikel macht deutlich, wie wichtig es in Zukunft ist, bei der Beschreibung von Suchtpatienten umfassend und wertfrei Daten zu erheben, um der multimodalen Beeinträchtigung von Sucht Rechnung zu tragen. Die Chronizität der Sucht ist einfach durch klinische Exploration und Fremdanamnese zu erheben. Die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen bereitet größere Schwierigkeiten. Sie erfordert eine mehrmonatige Abstinenz und erfahrene Diagnostiker, die z. B. in der Lage sind, die Internationale Diagnosen Checkliste für Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P, Bronisch & Mombour, 1998) oder das SKID-II Interview (Fydrich et al., 1997) valide durchzuführen. Um zukünftig die interaktionellen und kommunikativen Merkmale von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu erfassen, könnte man neben Fremdeinschätzungen auch Selbstbeurteilungsinstrumente wie das TIPI (Trierer Integriertes Persönlichkeitsinventar, Becker, 2003) oder das IIP-D (Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, Horowitz et al., 2000) einsetzen. Hier böte sich in der zukünftigen Forschung die Möglichkeit, klinische Diagnosen und Selbstbeurteilung zu vergleichen und im Therapieprozess Veränderungsmessungen auf der Persönlichkeitsebene durchzuführen.

In der zweiten Publikation der vorliegenden Dissertation wurde gezeigt, dass schwer alkoholabhängige Patienten von ALITA profitieren. Es kam während der zweijährigen Therapie zu einem deutlichen Rückgang komorbider Achse-I-Störungen, psychiatrischer Symptome und suchtassoziierter Probleme bei abstinenten chronisch alkoholkranken Patienten. Selbst Dropouts zeigten in den wichtigsten Problembereichen signifikante Verbesserungen. Auch die erreichten Langzeit-Abstinenzraten sowohl für Patienten ohne, und vor allem für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind überdurchschnittlich. Dies zeigt sich eindrücklich, wenn man den Outcome der vorliegenden Studie mit anderen Arbeiten vergleicht. Es gibt ausreichende Belege dafür, dass 12-Schritt-Programme und kognitivbehaviorale Therapieansätze Abstinenzraten von lediglich 25% bis 30% innerhalb des ersten Jahres nach Behandlung erreichen (Moos et al., 1999; Project MATCH Research Group, 1997). Dagegen ist die Befundlage zum Langzeitverlauf von Alkoholismustherapie uneinheitlich: bei objektiver Erfassung des Trinkstatus reichen die Abstinenzraten im zweijährigen Follow-up von 6% bis 18% (Burtscheidt et al., 2002). Dagegen werden in Studien, die sich auf Selbstauskünfte zum Trinkstatus stützen, Abstinenzraten von annährend

30% zwei bis drei Jahre nach Behandlung berichtet (Miller et al., 2001; Project MATCH Research Group, 1998).

Von den vielen überprüften Patientenmerkmalen haben sich im zweiten Originalartikel der vorliegenden Arbeit lediglich das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung und die Anzahl an früheren Entgiftungen als bedeutsame Prädiktoren für den langfristigen Therapieerfolg bewährt. Im CMA-Artikel (erster Originalartikel der vorliegenden Arbeit), der eine Erweiterung der Stichprobe umfasste, wurde der negative **Einfluss** Persönlichkeitsstörungen auf das Therapieergebnis bestätigt. Der Einfluss der Entgiftungen bleibt initial, verschwindet jedoch unter dem Einfluss des Chronizitätsindex. Dies stellt eine Weiterentwicklung des wissenschaftlichen Vorgehens dar. Die Dauer der Abhängigkeit wurde beiden Originalarbeiten erfasst, der Chronizitätsindex (Relativierung Abhängigkeitsdauer am Lebensalter) wurde jedoch erst bei der Auseinandersetzung mit dem Begriff der chronischen Mehrfachbeeinträchtigung entwickelt.

Folgende weiterführende Fragestellungen lassen sich aus der vorliegenden Arbeit entwickeln:

- (1) Es sollte überprüft werden, ob sich der Einfluss des Chronizitätsindex auf den Verlauf der Abstinenz auch bei anderen Stichproben, z. B. bei leichter beeinträchtigten Patienten, im Zusammenhang mit wesentlichen suchtassoziierten Variablen (z. B. Behandlungserfahrung, Menge des getrunkenen Alkohols, kognitive Beeinträchtigung) bewährt. Hierbei wäre auch der Einsatz neu entwickelter Fragebögen zur Erfassung der Schwere der Abhängigkeit wünschenswert (John et al., 2001).
- (2) An der vorliegenden Stichprobe sollte nachuntersucht werden, wie sich Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im Hinblick auf psychiatrische Symptome, suchtassoziierte Probleme und Achse-I Störungen im Verlauf entwickeln, und ob sie sich von Patienten ohne Persönlichkeitsstörung unterscheiden. An neuen Stichproben im Rahmen der geplanten multizentrischen Überprüfung des ALITA-Konzeptes könnte man auch Instrumente wie das TIPI oder das IIP-D einsetzten, um den Verlauf diverser Persönlichkeitsmerkmale und Interaktionsprobleme in der Selbstbeurteilung zu untersuchen.
- (3) Im Rahmen der derzeit laufenden Prozessstudie (Stawicki, 2004), sollte man untersuchen, ob sich Patienten mit oder ohne Persönlichkeitsstörung hinsichtlich wichtiger Prozessvariablen wie z. B. Problembearbeitung, therapeutische Allianz, Krankheitskonzept oder Suchtprozesse unterscheiden.

6 Literatur

- Arbeitsgruppe CMA (1999). Definitionsvorschlag zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen. *Sucht*, 45, 6-13.
- Becker, P. (2003). Trierer integriertes Persönlichkeitsinventar (TIPI). Göttingen: Hogrefe.
- Binder, S. (1980). Menschenwürdige Versorgung Suchtkranker mit therapieresistenten Endzuständen. In W. Keup (Ed), *Folgen der Sucht* (127-135). Stuttgart: Thieme.
- Bronisch, T. & Mombour, W. (1998). The modern assessment of personality disorders: II. Reliability and validity of personality disorders. *Psychopathology*, 31, (6), 293-301.
- Brown, R.A., Evans, D.M., Miller, I.W., Burgess, E.S. & Mueller, T.I. (1997). Cognitive-behavioral treatment for depression in alcoholism. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65, (5), 715-726.
- Bundesdrucksache (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. "Psychiatrie-Enquete". 7/4200, Bonn.
- Bundesminister für Jugend Familie Frauen und Gesundheit (1988). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn: BMG.
- Burtscheidt, W., Woelwer, W., Schwarz, R., Strauss, W. & Gaebel, W. (2002). Out-patient behaviour therapy in alcoholism: Treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, (3), 227-232.
- Burtscheidt, W., Woelwer, W., Schwarz, R., Strauss, W., Loell, A., Luethcke, H., Redner, C. & Gaebel, W. (2001). Out-patient behaviour therapy in alcoholism: Relapse rates after 6 months. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, (1), 24-29.
- Curran, G.M. & Booth, B.M. (1999). Longitudinal changes in predictor profiles of abstinence from alcohol use among male veterans. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 23, (1), 141-143.
- Doering, W.K., Herzenstiel, M.-N., Krampe, H., Jahn, H., Pralle, L., Sieg, S., Wegerle, E., Poser, W. & Ehrenreich, H. (2003). Persistent alterations of vasopressin and NT-pro-ANP plasma levels in long-term abstinent alcoholics. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 27, (5), 849-861.
- Ehrenreich, H., Jahn, H., Heutelbeck, K., Reinhold, J., Stawicki, S., Wagner, T., Wolff-Menzler, C., Ahrens, T., Haase, A., Mahlke, K., Maul, O., Rusteberg, W. & Krampe, H. (2002). ALITA Neue Wege in der ambulanten Intensivbehandlung von Alkoholabhängigen. In K. Mann (Ed), *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen* (107-118). Lengerich: Pabst.
- Ehrenreich, H. & Krampe, H. (2003). Über den sozialpolitischen Umgang mit innovativen ambulanten Therapiekonzepten am Beispiel von ALITA. *Zeitschrift fur Allgemeinmedizin*, 79, 613-617.
- Ehrenreich, H. & Krampe, H. (2004). Does disulfiram have a role in alcoholism treatment today? Not to forget about disulfiram's psychological effects. *Addiction*, 99, (1), 26-27.
- Ehrenreich, H., Krampe, H., Wagner, T., Jahn, H., Jacobs, S., Maul, O., Sieg, S., Driessen, M., Schneider, U., Kunze, H., Rusteberg, W., Havemann-Reinecke, U., Rüther, E. & Poser, W. (2000). Outpatient long-term intensive therapy for alcoholics, "OLITA": reconsidering severe alcoholism, disease and treatment. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 2, (4), 221-222.
- Ehrenreich, H., Mangholz, A., Schmitt, M., Lieder, P., Völkel, W., Rüther, E. & Poser, W. (1997a). OLITA: An alternative in the treatment of therapy-resistant chronic alcoholics.

- First evaluation of a new approach. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 247, (1), 51-54.
- Ehrenreich, H., Schuck, J., Stender, N., Pilz, J., Gefeller, O., Schilling, L., Poser, W. & Kaw, S. (1997b). Endocrine and hemodynamic effects of stress versus systemic CRF in alcoholics during early and medium term abstinence. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 21, (7), 1285-93.
- Finney, J.W. & Moos, R.H. (1991). The long-term course of treated alcoholism: I. Mortality, relapse and remission rates and comparisons with community controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, (1), 44-54.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II)*. Göttingen: Hogrefe.
- Gsellhofer, B., Küfner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999). *European Addiction Severity Index EuropASI*. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Hasin, D.S., Grant, B.F. & Endicott, J. (1988). Lifetime psychiatric comorbidity in hospitalized alcoholics: Subject and familial correlates. *International Journal of the Addictions*, 23, (8), 827-850.
- Hasselblatt, M., Krieg-Hartig, C., Hüfner, M., Halaris, A. & Ehrenreich, H. (2003). Persistent disturbance of the hypothalamic-pituitary-gonadal axis in abstinent alcoholic men. *Alcohol and Alcoholism*, 38, (3), 239-242.
- Hasselblatt, M., Martin, F., Maul, O. & Ehrenreich, H. (2001). Persistent macrocytosis following abstinence from chronic alcohol use. *Jama: Journal of the American Medical Association*, 286, (23), 2946.
- Hesselbrock, M.N., Meyer, R.E. & Keener, J.J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42, (11), 1050-1055.
- Horowitz, L.M., Strauss, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)*. Weinheim: Beltz.
- Hüttner, E., Matthies, U., Nikolova, T. & Ehrenreich, H. (1999). A follow-up study on chromosomal aberrations in lymphocytes of alcoholics during early, medium, and long-term abstinence. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 23, (2), 344-348.
- Jacobsen, L.K., Southwick, S.M. & Kosten, T.R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 158, (8), 1184-1190.
- John, U., Hapke, U. & Rumpf, H.-J. (2001). SESA Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe.
- Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J. & Anthony, J.C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, (4), 313-321.
- Krampe, H., Jahn, H., Wagner, T., Schwabe, U., Sieg, S., Heutelbeck, K., Stawicki, S., Maul, O., S., J., Poser, W. & Ehrenreich, H. (2001). ALITA Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke: Plädoyer für eine Reform der Suchtkrankenhilfe. In G. Wienberg & M. Driessen (Eds), *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit, Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkohlproblemen* (180-190). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Krampe, H., Wagner, T., Küfner, H., Jahn, H., Stawicki, S., Reinhold, J., Timner, W., Kröner-Herwig, B. & Ehrenreich, H. (2004). Therapist rotation a new element in the outpatient treatment of alcoholism. *Substance Use & Misuse*, 39, (1), 135-178.
- Krampe, H., Wagner, T., Reinhold, J., Stawicki, S., Mahlke, K., Galwas, C., Barth, U., Aust, C., Haase, A., Jahn, H., Kröner-Herwig, B. & Ehrenreich, H. (2003). Therapeutenrotation erfolgreich für Alkoholkranke erleichternd für Therapeuten. Therapieprozesse bei

- ALITA (Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke): Multiple Beziehungsgestaltung in der integrativen Therapie chronisch psychisch kranker Menschen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 34, 75-84.
- Kranzler, H.R. & Rounsaville, B.J. (Eds.). (1998). *Dual Diagnosis and treatment*. New York: Marcel Dekker.
- Kushner, M.G., Abrams, K. & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: A review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20, (2), 149-171.
- Lehman, A.F. & Dixon, L.B. (Eds.). (1995). *Double jeopardy: Chronic mental illness and substance use disorders*. Chur: Harwood Academic Publishers.
- Lepine, J.-P. & Pelissolo, A. (1998). Social phobia and alcoholism: A complex relationship. *Journal of Affective Disorders*, 50, S23-S28.
- Lewis, C.E., Smith, E., Kercher, C. & Spitznagel, E. (1995). Assessing gender interactions in the prediction of mortality in alcoholic men and women: A 20-year follow-up study. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 19, (5), 1162-1172.
- McHugo, G.J., Drake, R.E., Teague, G.B. & Xie, H. (1999). Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services*, 50, (6), 818-824.
- McKay, J.R. & McLellan, A.T. (1998). Deciding where to start: Working with polyproblem individuals. In W.R. Miller & N. Heather (Eds), *Treating addictive behaviors (Second)* (173-186). New York, London: Plenum Press.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992). The fith edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, (3), 199-213.
- Miller, W.R., Meyers, R.J., Tonigan, J.S. & Grant, K.A. (2001). Community reinforcement and traditional approaches: findings of a controlled trial. In R.J. Meyers & W.R. Miller (Eds), *A community reinforcement approach to addiction treatment* (79-103). Cambridge: Cambridge University Press.
- Moos, R.H., Finney, J.W., Ouimette, P.C. & Suchinsky, R.T. (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment: I. Treatment orientation, amount of care, and 1-year outcomes. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 23, (3), 529-536.
- Mueser, K.T. & Kavanagh, D. (2001). Treating comorbidity of alcohol problems and psychiatric disorder. In N. Heather, T.J. Peters & T. Stockwell (Eds), *International handbook of alcohol dependence and problems* (627-647). Chichester: Wiley & Sons.
- Najavits, L.M., Weiss, R.D., Shaw, S.R. & Muenz, L.R. (1998). "Seeking safety": Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress*, 11, (3), 437-456.
- Ouimette, P.C., Gima, K., Moos, R.H. & Finney, J.W. (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment IV. The effect of comorbid psychiatric diagnoses on amount of treatment, continuing care, and 1-year outcomes. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 23, (3), 552-557.
- Ouimette, P.R., Brown, P.J. & Najavits, L.M. (1998). Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviours*, 23, 785-795.
- Penick, E.C., Powell, B.J., Nickel, E.J., Bingham, S.F., Riesenmy, K.R., Read, M.R. & Campbell, J. (1994). Co-morbidity of lifetime psychiatric disorder among male alcoholic patients. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 18, (6), 1289-1293.
- Powell, B.J., Landon, J.F., Cantrell, P.J., Penick, E.C., Nickel, E.J., Liskow, B.I., Coddington, T.M., Campbell, J.L., Dale, T.M., Vance, M.D. & Rice, A.S. (1998). Prediction of drinking outcomes for male alcoholics after 10 to 14 years. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 22, (3), 559-566.

- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH Posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, (1), 7-29.
- Project MATCH Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 22, (6), 1300-1311.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. & Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264, (19), 2511-2518.
- Ross, H.E. (1995). DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: Results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. *Drug & Alcohol Dependence*, 39, (2), 111-128.
- Ross, H.E., Glaser, F.B. & Germanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, (11), 1023-1031.
- Ruf, G. & Andritsch, F. (1986). Die Versorgung psycho-organisch beeinträchtigter und sonstiger sogenannter therapieresistenter Alkoholiker im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg. *Suchtgefahren*, 32, 210-214.
- Ruiz, P., Lile, B. & Matorin, A.A. (2002). Treatment of a dually diagnosed gay male patient: A psychotherapy perspective. *American Journal of Psychiatry*, 159, (2), 209-215.
- Scheurich, A., Mueller, M.J., Wetzel, H., Anghelescu, I., Klawe, C., Ruppe, A., Loerch, B., Himmerich, H., Heidenreich, M., Schmid, G., Hautzinger, M. & Szegedi, A. (2000). Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). *Journal of Studies on Alcohol*, 61, (6), 916-919.
- Schmitt, M., Gleiter, C.H., Nichol, J.L., Pralle, L., Hasselblatt, M., Poser, W. & Ehrenreich, H. (1999). Haematological abnormalities in early abstinent alcoholics are closely associated with alterations in thrombopoietin and erythropoietin serum profiles. *Thrombosis & Haemostasis*, 82, (5), 1422-1427.
- Schneider, U., Altmann, A., Baumann, M., Bernzen, J., Bertz, B., Bimber, U., Broese, T., Broocks, A., Burtscheidt, W., Cimander, K.F., Degkwitz, P., Driessen, M., Ehrenreich, H., Fischbach, E., Folkerts, H., Frank, H., Gurth, D., Havemann-Reinecke, U., Heber, W., Heuer, J., Hingsammer, A., Jacobs, S., Krampe, H., Lange, W., Lay, T., Leimbach, M., Lemke, M.R., Leweke, M., Mangholz, A., Massing, W., Meyenberg, R., Porzig, J., Quattert, T., Redner, C., Ritzel, G., Rollnik, J.D., Sauvageoll, R., Schlafke, D., Schmid, G., Schroder, H., Schwichtenberg, U., Schwoon, D., Seifert, J., Sickelmann, I., Sieveking, C.F., Spiess, C., Stiegemann, H.H., Stracke, R., Straetgen, H.D., Subkowski, P., Thomasius, R., Tretzel, H., Verner, L.J., Vitens, J., Wagner, T., Weirich, S., Weiss, I., Wendorff, T., Wetterling, T., Wiese, B. & Wittfoot, J. (2001). Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. *Alcohol & Alcoholism*, 36, (3), 219-223.
- Schulz, W. (1992). Empirische Studie zur Häufigkeit, Charakteristik und Behandlung prognostisch ungünstiger Alkoholiker in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus. *Sucht*, 38, 386-397.
- Stawicki, S. (2004). Entwicklung und Überprüfung eines Codiersystems zur Beurteilung von Prozessvariablen in therapeutischen Kontakten: erste Untersuchungen zur Reliabilität. Universität Göttingen: unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Swendsen, J.D. & Merikangas, K.R. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, (2), 173-189.

- Teague, G.B., Bond, G.R. & Drake, R.E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, (2), 216-232.
- Tomasson, K. & Vaglum, P. (1995). A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: A study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, (5), 378-385.
- Toneatto, T., Negrete, J.C. & Calderwood, K. (2000). Diagnostic subgroups within a sample of comorbid substance abusers: Correlates and characteristics. *American Journal on Addictions*, 9, (3), 253-264.
- Wagner, T., Krampe, H., Stawicki, S., Reinhold, J., Galwas, C., Aust, C., Soyka, M., Kröner-Herwig, B., Küfner, H. & Ehrenreich, H. (2003). Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke" -Überprüfung des Konstrukts CMA im Rahmen der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke (ALITA). Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 5, 221-236.
- Wagner, T., Krampe, H., Stawicki, S., Reinhold, J., Jahn, H., Mahlke, K., Barth, B., Sieg, S., Maul, O., Galwas, C., Aust, C., Kröner-Herwig, B., Brunner, E., Poser, W., Henn, F., Rüther, F. & Ehrenreich, H. (2004). Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment results of a prospective study. *Journal of Psychiatric Research*, 38, (6), 619-635.
- Wagner, T., Poser, W., Matthies, U., Döring, W., Herzenstiel, M.N., Krieg, C., Martin, F., Oechsle, A., Rusteberg, W. & Ehrenreich, H. (1999). ALITA: Ein neues Konzept der gemeindenahen Therapie Alkoholabhängiger. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 29, 31-34.
- Weisner, C., McLellan, A.T. & Hunkeler, E.M. (2000). Addiction Severity Index data from general membership and treatment samples of HMO members: One case of norming ASI. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, (2), 103-109.
- Weiss, R.D., Najavits, L.M. & Mirin, S.M. (1998). Substance abuse and psychiatric disorders. In R.J. Frances & S.I. Miller (Eds), *Clinical textbook of addictive disorders (Second)* (291-318). New York, London: The Guilford Press.
- Weithmann, G., U., L.-B. & Rothenbacher, H. (1989). Unterschiedliche Formen der Chronifizierung bei suchtkranken Patienten eines psychiatrischen Krankenhauses. *Psychiatrische Praxis*, 16, 171-178.
- Wienberg, G. (2001). Die "vergessene Mehrheit" heute Teil I: Ein Blick zurück nach vorn. In G. Wienberg & M. Driessen (Eds), *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit* (17-45). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wienberg, G. & Driessen, M. (Eds.). (2001). *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wittchen, H.-U., Essau, C.A., von Zerssen, D., Krieg, J.-C. & Zaudig, M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up Study. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 241, (4), 247-258.
- Wittchen, H.-U., Nelson, C.B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, (1), 109-126.
- Zeisel, B. (1977). Die Behandlung hirnorganisch abgebauter, krankheitsuneinsichtiger Alkoholiker. *Psychiatrische Praxis*, 4, 108-113.

7 Kurze Darstellung laufender Forschungsprojekte und Publikationsverzeichnis

Im Rahmen des ALITA-Projektes ist der Autor derzeit bei weiteren psychologischen Teilprojekten maßgeblich beteiligt. Diese finden in der vorliegenden Dissertation keine ausführliche Erwähnung, stehen jedoch eng mit den hier untersuchten Fragestellungen in Verbindung. Hier sind vor allem zwei aktuelle Studien zu nennen:

- (1) die Entwicklung des videobasierten Monitoring Therapeutischer Prozesse bei chronischen psychiatrischen Störungen (VMTP), mit dem Prozessvariablen von Therapiegesprächen im Langzeitverlauf erfasst werden sollen.
- (2) die Erforschung der Therapieprozesse bei ALITA-Teilnehmern mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen und schwerer Chronizität.

Die bereits zum Abschluss gebrachten Fragestellungen, an denen der Autor beteiligt war, sind der folgenden Publikationsliste zu entnehmen:

Originalartikel

- Mangolz A, Poser W, Matthies U, **Wagner T**, Ehrenreich H (**1997**) ALITA: Ein neuer Weg in der Therapie der Alkoholabhängigkeit. *Niedersächsisches Ärzteblatt* 70: 4-6.
- **Wagner T**, Poser W, Matthies U, Döring W, Herzenstiel M-N, Krieg C, Martin F, Oechsle A, Rusteberg W, Ehrenreich H (**1999**) ALITA Ein neues Konzept der gemeindenahen Therapie Alkoholabhängiger. *Sozialpsychiatrische Informationen* 29: 31-34.
- Ehrenreich H, Krampe H, Wagner T, Jahn H, Jacobs S, Maul O, Sieg S, Driessen M, Schneider U, Kunze H, Rusteberg W, Havemann-Reinecke U, Rüther E, Poser W (2000) Outpatient long-term intensive therapy for alcoholics, "OLITA": re-considering severe alcoholism, disease and treatment. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 2: 221-222.
- Krampe H, Küfner H, **Wagner T**, Ehrenreich H (**2001**) Die Therapeutenrotation ein neues Element in der ambulanten Behandlung alkoholkranker Menschen. *Psychotherapeut* 46: 232-242.
- Krampe H, Küfner H, **Wagner T**, Ehrenreich H (**2001**) ALITA (Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke) die Wiege der Therapeutenrotation. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 3: 199-205.
- Schneider U, Altmann A, Baumann M, Bernzen J, Bertz B, Bimber U, Broese T, Broocks A, Burtscheidt W, Cimander KF, Degkwitz P, Driessen M, Ehrenreich H, Fischbach E, Folkerts H, Frank H, Gurth D, Havemann-Reinecke U, Heber W, Heuer J, Hingsammer A, Jacobs S, Krampe H, Lange W, Lay T, Leimbach M, Lemke MR, Leweke M, Mangholz A, Massing W, Meyenberg R, Porzig J, Quattert T, Redner C, Ritzel G, Rollnik JD, Sauvageoll R, Schlafke D, Schmid G, Schroder H, Schwichtenberg U, Schwoon D, Seifert J, Sickelmann I, Sieveking CF, Spiess C, Stiegemann HH, Stracke R, Straetgen HD,

- Subkowski P, Thomasius R, Tretzel H, Verner LJ, Vitens J, **Wagner T**, Weirich S, Weiss I, Wendorff T, Wetterling T, Wiese B, Wittfoot J. (2001) Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. *Alcohol & Alcoholism* 36: 219-223.
- **Wagner T**, Krampe H, Jahn H, Stawicki S, Heutelbeck K, Jacobs S, Driessen M, Kröner-Herwig B, Rüther E, Ehrenreich H (**2001**) Psychiatrische Komorbidität (Achse-I-Störungen) bei Alkoholabhängigen im Verlauf einer ambulanten Therapie Erste Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 3: 41-48.
- Krampe H, **Wagner T**, Reinhold J, Stawicki S, Mahlke K, Galwas C, Barth U, Aust C, Haase A, Jahn H, Kröner-Herwig B, Ehrenreich H (**2003**) Therapeutenrotation erfolgreich für Alkoholkranke, erleichternd für Therapeuten: Therapieprozesse bei ALITA (Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke): Multiple Beziehungsgestaltung in der integrativen Therapie chronisch psychisch kranker Menschen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 34: 75-84.
- **Wagner T***, Krampe H*, , Stawicki S, Reinhold J, Galwas C, Aust C, Soyka M, Kröner-Herwig B, Küfner H, Ehrenreich H (**2003**) Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke" -Überprüfung des Konstrukts CMA im Rahmen der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke (ALITA). *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 5: 221-236.
- Krampe H, Wagner T, Küfner H, Jahn H, Stawicki S, Reinhold J, Timner W, Kröner-Herwig B & Ehrenreich H (2004) Therapist rotation a new element in the outpatient treatment of alcoholism. *Substance Use & Misuse* 39 (1): 135-179.
- Wagner T*, Krampe H*, , Stawicki S, Reinhold J, Jahn H, Mahlke K, Barth U, Sieg S, Maul O, Galwas C, Aust C, Kröner-Herwig B, Brunner E, Poser W, Henn F, Rüther E & Ehrenreich H (2004) Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment results of a prospective study. *Journal of Psychiatric Research* 38 (6): 619-635.
- Reinhold J, Stawicki S, Krampe H, **Wagner T**, Galwas C, Aust C, Ehrenreich H (**in press**) ALITA Eine Alternative nicht nur für schwerstabhängige, prognostisch benachteiligte Alkoholkranke. *Abhängigkeiten*.

Bücher und Buchkapitel

- Ehrenreich H, Krampe H, Rinn T, **Wagner T**, Jacobs S, Sindram-Krüger H, Havemann-Reinecke U & Poser W (**2000**) *Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke ALITA: Ein neuer Weg in der Behandlung schwer Alkoholabhängiger*. In J Zerdick (Hrsg) Suchtmedizin aktuell / 8. suchtmedizinischer Kongress der DGDS, 3.-5. Dezember 1999 in München. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, S. 245-246.
- Krampe H, Jahn H, **Wagner T**, Schwabe U, Sieg S, Heutelbeck K, Stawicki S, Maul O, Jacobs S, Poser W & Ehrenreich H (**2001**) *ALITA Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke: Plädoyer für eine Reform der Suchtkrankenhilfe.* In: Wienberg G, Driessen M (Hrsg) Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit, Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkohlproblemen. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 180-190.

^{*} Die Autoren trugen zu gleichen Anteilen zu der Arbeit bei

Ehrenreich H, Jahn H, Heutelbeck K, Reinhold J, Stawicki S, **Wagner T**, Wolff-Menzler C, Ahrens T, Haase A, Mahlke K, Maul O, Rusteberg W & Krampe H (**2002**) *ALITA – Neue Wege in der ambulanten Intensivbehandlung von Alkoholabhängigen*. In: Mann K (Hrsg) Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Pabst, Lengerich, S. 107-118.

8 Lebenslauf

Am 18.07.1969 wurde ich als drittes Kind von Heinrich Wagner und Brigitte Wagner in Bad Hersfeld, Deutschland, geboren. Getauft und konfirmiert wurde ich in der evangelischen Kirche in Kathus. Seit 2001 bin ich mit der Krankengymnastin Iris Wagner, geb. Hofmann, verheiratet.

Von 1976 bis 1980 besuchte ich die Grundschule in Sorga, danach bis 1982 die Förderstufe der Modellschule Obersberg in Bad Hersfeld, hieran schloss ich den Besuch des gymnasialen Zweiges der Modellschule Obersberg an, 1989 legte ich mein Abitur ab.

Von 1989 bis 1991 studierte ich Agrarwissenschaften an der Justus-Liebig-Universität in Gießen, von 1991 bis 1995 studierte ich Sozialwesen an der Fachhochschule Fulda und schloss als Dipl. Sozialpädagoge ab. Mein Anerkennungsjahr als Sozialpädagoge leistete ich an der psychiatrischen Universitätsklinik in Göttingen von 1995 bis 1996.

Von 1995 bis 2001 studierte ich Psychologie an der Georg-August-Universität in Göttingen. Von 1996 bis 2001 arbeitete ich kontinuierlich als Therapeut in der Arbeitsgruppe von Frau Prof. Dr. Dr. Ehrenreich im Rahmen von ALITA (Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke).

Von 2001 bis 2002 arbeitete ich als klinischer Psychologe am Klinikum Bad Hersfeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, auf einer allgemeinpsychiatrischen Station, seit 2002 arbeite ich am Klinikum Fulda, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, auf einer Kriseninterventions- und Psychotherapiestation.

Seit meinem Diplom im Fach Psychologie in 2001 arbeite ich kontinuierlich in der Arbeitsgruppe Klinische Neurowissenschaften am Max-Planck-Institut für experimentelle Medizin, Göttingen im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation von ALITA.

In diesem Rahmen fertigte ich die vorliegenden Untersuchungen unter Leitung von Prof. Dr. Dr. H. Ehrenreich an. Die Durchführung des gesamten Forschungsprojektes zu ALITA erfolgt in enger Kooperation mit Prof. Dr. B. Kröner-Herwig, Abteilung für Klinische Psychologie der Georg-August-Universität Göttingen. Wissenschaftlich beschäftige ich mich hauptsächlich mit der psychiatrischen Komorbidität und der Fragestellung der Chronizität bei Alkoholkranken. Daneben bin ich als Rater im Rahmen der Entwicklung eines video-

gestützten Beobachtungsinstruments zur Erfassung psychotherapeutischer Prozessvariablen von Therapiegesprächen und der Untersuchung der Therapeutenrotation beteiligt.

Seit August 2001 befinde ich mich bei der AWKV in Kassel in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten.

Thilo Wagner

Neuenstein, Oktober 2004

Danksagung

Die in dieser Arbeit zusammengefassten Projekte wurden gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und die Max-Planck-Gesellschaft.